

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA



TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO

“PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE DISFUNCIONES
SEXUALES MASCULINAS EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD
ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA. AÑO 2019”

AUTORA:

DIANA MERCEDES MOLINA REINO

DIRECTORA Y ASESORA:

DRA. JEANNETH TAPIA CÁRDENAS

CUENCA, ECUADOR

2019

RESUMEN

Antecedentes: las disfunciones sexuales abarcan diferentes formas de incapacidad para participar de manera satisfactoria en una relación sexual y su presencia puede acarrear implicaciones en la calidad de vida de las personas que las padecen.

Objetivo: determinar la prevalencia y caracterizar la disfunción sexual masculina en el personal docente y administrativo de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca en el 2019.

Metodología: estudio cuantitativo, observacional y transversal. Se encuestaron a 114 varones que cumplieron los criterios de inclusión. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva, para variables cuantitativas se empleó media y desviación estándar y para las cualitativas frecuencias y porcentajes.

Resultados: la prevalencia de disfunciones sexuales masculinas fue de 75.4% (IC 95% 67.09%-83.77%). Un 60.5% tuvieron edades entre 20 a 39 años, 60.5% estaban casados, 87.2% religión católica, 67.4% eran docentes. Según trastornos del deseo, el 27.9% presentó hiperactividad masculina, el 18.6% fobia y un 9.3% hipoactividad; según los trastornos de excitación, el 53.5% presentó disfunción eréctil, siendo un 93.5% leve. El 89.8% presentó eyaculación precoz, el 48.1% tuvieron se categorizaron como eyaculadores precoces con no buen pronóstico, el 36.2% la padecen ocasionalmente y pueden esperar a mejorar con el transcurso del tiempo y un 15.2% tienen eyaculación precoz importante con requerimiento de terapia. El trastorno orgásmico y la dispareunia masculina se presentó en el 30.2% y el 29.1% respectivamente.

Conclusiones: la prevalencia de disfunciones sexuales fue elevada en comparación con la bibliografía consultada.

Palabras claves: disfunción eréctil, eyaculación prematura

ABSTRACT

Background: sexual dysfunctions include different forms of inability to participate satisfactorily in a sexual relationship and their presence can have implications for the quality of life of people who suffer.

Objective: to determine the prevalence and characterize the male sexual dysfunction in the personal and administrative teacher of the Academic Unit of Health and Welfare of the Catholic University of Cuenca in 2019.

Methodology: quantitative, observational and cross-sectional study. 114 men who met the inclusion criteria were surveyed. The analysis was performed using descriptive statistics, for quantitative variables, means and standard deviation were used and for the qualitative frequencies and percentages.

Results: the prevalence of male sexual dysfunctions was 75.4% (95% CI 67.09%-83.77%). 60.5% were between the ages of 20 and 39, 60.5% were married, 87.2% Catholic religion, 67.4% were teachers. According to desire disorders, 27.9% presented male hyperactivity, 18.6% phobia and 9.3% hypoactivity; According to excitation disorders, 53.5% had erectile dysfunction, 93.5% being mild. 89.8% had premature ejaculation, 48.1% had to categorize as premature ejaculators with a poor prognosis, 36.2% suffer from it occasionally and can expect to improve over time and 15.2% have significant premature ejaculation with the need for therapy. Orgasmic disorder and male dyspareunia occurred in 30.2% and 29.1% respectively.

Conclusions: the prevalence of sexual dysfunctions was high compared to the literature consulted.

Keywords: erectile dysfunction, premature ejaculation

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 2 |
| ABSTRACT | 3 |
| CAPÍTULO I | 11 |
| 1.1. INTRODUCCIÓN | 11 |
| 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 12 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN | 15 |
| CAPÍTULO II | 17 |
| 2. FUNDAMENTO TEÓRICO | 17 |
| 2.1. ANTECEDENTES | 17 |
| 2.2. BASES TEÓRICAS | 19 |
| 2.2.1. Salud sexual | 19 |
| 2.2.2. Fisiología del acto sexual en el varón | 19 |
| 2.2.3. Disfunciones sexuales | 21 |
| 2.2.4. Clasificación de las disfunciones sexuales masculinas | 21 |
| CAPÍTULO III | 29 |
| 3. OBJETIVOS: | 29 |
| 3.1. Objetivo general | 29 |
| 3.2. Objetivos específicos | 29 |
| CAPÍTULO IV | 30 |
| 4. DISEÑO METODOLÓGICO | 30 |
| 4.1. Tipo y diseño general de estudio | 30 |
| 4.2. Área de estudio | 30 |
| 4.3. Universo y muestra | 30 |
| 4.4. Criterios de inclusión y exclusión | 30 |

| | |
|---|----|
| 4.5. Variables | 30 |
| 4.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos | 31 |
| 4.7. Aspectos éticos | 32 |
| CAPÍTULO V | 34 |
| 5. RESULTADOS | 34 |
| 5.1. Caracterización sociodemográfica de la población de estudio..... | 34 |
| 5.2. Inicio de vida sexual y compañeros sexuales | 35 |
| 5.3. Prevalencia de disfunciones sexuales masculinas | 35 |
| 5.4. Tipos de disfunciones sexuales masculinas | 36 |
| CAPÍTULO VI | 43 |
| 6. DISCUSIÓN..... | 40 |
| 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 43 |
| 7.1. CONCLUSIONES | 43 |
| 7.2. RECOMENDACIONES | 44 |
| 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 45 |
| 9. ANEXOS | 49 |
| ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 49 |
| ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 53 |
| ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 56 |
| ANEXO 4: PRESUPUESTO | 57 |
| ANEXO 5: CRONOGRAMA..... | 58 |

DEDICATORIA

A Dios por bendecirme con salud y vida, por ser mi apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

A mis padres Mario Molina Coba y Cecilia Reino Santacruz, por haber sido el pilar fundamental durante toda mi vida, especialmente en mis años de estudio; gracias por el amor, esfuerzo, valores y principios brindados para forjarme una persona de bien y poder llegar hasta este momento tan importante de mi formación como profesional, ustedes mi mayor inspiración.

A mi hermano Mario Molina Reino, por su cariño infinito, por sus consejos día a día y el impulso constante que me ha dado para poder concluir mi trabajo de investigación.

A mis abuelitos, que se encuentran en el cielo, ya que fueron mi guía y soporte en momentos claves de mi infancia, sé que desde lejos me miran mis ángeles, orgullosos al verme culminar esta etapa importante de mi vida, y aunque hoy no se encuentren físicamente, permanecen siempre en mi corazón.

Diana Molina Reino

AGRADECIMIENTO

A Dios, por todas sus bendiciones en mi diario vivir, gracias por la sabiduría que me has brindado Señor, para poder culminar con éxito mis metas propuestas.

A la Universidad Católica de Cuenca, por los conocimientos impartidos a lo largo de mi formación profesional.

A la Dra. Jeanneth Tapia Cárdenas, directora y asesora de tesis, por el tiempo, los aportes, las críticas y sugerencias respectivas para poder concluir este trabajo de investigación, gracias Dra. por haberme brindado la confianza necesaria, ya que a más de ser una docente es una amiga.

Diana Molina Reino

**CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Yo, Diana Mercedes Molina Reino, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación: "PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA. AÑO 2019", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible, no exclusiva, para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, noviembre del 2019



Diana Mercedes Molina Reino

CI: 0105779292

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Diana Mercedes Molina Reino, autora del trabajo de titulación, "PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA. AÑO 2019", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación, son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, noviembre del 2019.



Diana Mercedes Molina Reino

CI: 0105779292

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Diana Mercedes Molina Reino, con cédula de ciudadanía N° 0105779292, autora del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema "PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA. AÑO 2019", mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelará a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos. Los datos que se recolectaran permitirá conocer la prevalencia y caracterización de disfunciones sexuales masculinas en el personal de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca; las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, noviembre del 2019



Diana Mercedes Molina Reino

CI: 0105779292

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La salud sexual entendida como un estado de bienestar físico, mental y social relacionado con la sexualidad requiere un enfoque positivo y respetuoso de esta y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras, seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), expone que cuando existe alguna alteración en la esfera sexual, esto se traduce en un problema que debe ser tratado por profesionales sanitarios; una de las afecciones a las que hace mención son las disfunciones sexuales, las cuales son definidas como: “la ausencia, incapacidad o modificación de una o varias fases de la respuesta sexual como son: el deseo, la excitación y el orgasmo” (2) (3).

En esta línea, las disfunciones sexuales masculinas pueden ser causadas por múltiples trastornos orgánicos o psicológicos, no obstante, independientemente del factor desencadenante, estas alteraciones de orden sexual pueden generar angustia debido al desempeño sexual con su consecuente afección en la sexualidad del individuo ocasionando un impacto negativo en el estereotipo social de los hombres y su masculinidad (4).

En la revisión de la literatura nacional e internacional sobre disfunciones sexuales masculinas, es pobre la información que se puede recabar, y de entre los estudios que se han realizado se abordan mayormente temas de disfunción eréctil (DE) y la eyaculación precoz (EP) (por ser más frecuentes) dejando de lado otras alteraciones como el Síndrome Hipoactivo e Hiperactivo, dispareunia, entre otras.

Por ello, esta investigación buscó poner en evidencia los trastornos de orden sexual en el personal docente y/o administrativo de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, enfocándonos en exponer principalmente la prevalencia de disfunciones sexuales, así como sus características en función a variables sociodemográficas y el tipo de trastornos sexuales.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud masculina aplicada con perspectiva de género, aborda la disfunción no sólo como un síntoma asociado a una enfermedad subyacente, sino también como la expresión de la incapacidad de dar respuesta al modelo de sexualidad “normal” para los varones, que se basa y legitima en un ejercicio de la misma a partir del coito con erección, penetración, eyaculación y orgasmo masculino. Consideramos que el enfoque de género, para el análisis y abordaje de la disfunción sexual eréctil, permitirá “entender” dicho trastorno, no sólo como un síntoma asociado a una enfermedad subyacente, sino también como la expresión de la incapacidad de dar respuesta al modelo de sexualidad “normal” para los varones, que se basa y legitima en un ejercicio de la misma a partir del coito con erección, penetración, eyaculación y orgasmo masculino. A la vez, el análisis desde la perspectiva de género, permitirá develar que cualquier trastorno sexual, cualquier dificultad para cumplir el “mandato de la sexualidad androcéntrica”, significará para los varones la puesta a prueba de su masculinidad y su identidad de género (5).

Recordemos que la ideología nos dicta que "hay que chingar, estar siempre listos para el sexo, tener un pene de diez pulgadas, duro como un fierro y usarlo sin parar", es sin duda un modelo bastante hidráulico de la sexualidad masculina, donde el problema no tiene que ver con el placer sino con la masculinidad, pues los varones ven al sexo como una manera de confirmar su identidad como hombre, siendo esto un obstáculo para trabajar en su sexualidad y en la equidad de género, ya que ellos actúan a la defensiva cuando se tratan estos temas ya que pierden su “hombría” lo cual es sinónimo de debilidad especialmente ante el sexo opuesto (6).

Uno de los ámbitos donde se expresan las relaciones de poder entre los géneros es la sexualidad, muchos análisis sobre masculinidad provienen de los estudios de sexualidad y reproducción. La sexualidad se ejerce en el contexto de normas y valores sociales y culturales, donde las relaciones de género son determinantes. Analizar las relaciones de poder entre los géneros, la forma cómo se construyen las identidades de hombres y mujeres, el peso de los roles, estereotipos y expectativas sociales en la conducta sexual es una entrada no

solo a un mejor conocimiento del tema, sino también al desarrollo de estrategias sensibles a las necesidades de hombres. Si bien las diferencias culturales y socioeconómicas marcan diferentes formas de masculinidad, la literatura especializada afirma que el modelo de masculinidad hegemónica aceptada por hombres y mujeres, determina relaciones inequitativas entre los géneros. Este modelo de masculinidad enfatiza la fuerza física, el riesgo, la competencia y el poder sobre las mujeres y sobre otros hombres considerados inferiores (7).

La incidencia y prevalencia de los problemas de disfunción sexual (DS) es difícil de establecer debido a la variabilidad de resultados expuestos en diversos estudios. Por ejemplo, el Estudio Global de Actitudes y Comportamientos Sexuales, publicado en 2005, se investigó las actitudes, creencias y salud en las relaciones sexuales en 29 países de los cinco continentes abarcando a 13.882 mujeres y 13.618 hombres, con edades comprendidas entre 40 y 80 años encuestados al azar, concluyendo que: en las mujeres, la hipoactividad al sexo y la incapacidad para alcanzar el orgasmo, oscilaron en rangos de 26%, y 18%, respectivamente; en los hombres, la eyaculación precoz fue la queja más común, afectando al 12%, seguida de disfunción eréctil (8).

En Europa y Asia se mencionan cifras altas de disfunciones sexuales en general, que van de entre 10 al 52% en varones y de 25 a 63% en mujeres. De acuerdo a McVary la disfunción sexual masculina afecta a una proporción de 10 a 25% de los varones de edad madura y avanzada (9).

Epidemiológicamente, dentro de las afecciones sexuales masculinas, la disfunción eréctil es una de las más frecuentes, estimándose que actualmente alrededor de 150 millones de hombres la padecen, y de ellos sólo un 10 a 20% acuden a consulta por dicha afección, estimándose que para el año 2025 cerca de 322 millones de hombres estarán afectados por esta disfunción sexual, con prevalencia sobre todo en mayores de 50 años, razones suficientemente necesarias para considerarla como un problema de salud pública, no sólo por su frecuencia sino por el impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen (10).

Según el estudio de Envejecimiento Masculino de Massachusetts realizado en hombres de entre 40 a 70 años, la DE surge como una entidad nosológica relevante que afecta, aproximadamente el 10% de la población en cualquier edad la padece siendo mayor a medida que la edad aumenta: 40% a los 40 años, 50% a los 50 años y 60% a los 60 años (9). De acuerdo al National Institute of Health, Estados Unidos (EEUU 2009) la DE afecta alrededor de 30 millones de hombres en este país y la incidencia aumenta con la edad: alrededor del 4% en hombres con 50 años y más; y cerca del 17% de hombres mayores de 70 años experimentan la inhabilidad total de lograr una erección (3).

En España, Prieto, en el año 2010, concluyó que de las disfunciones en la población masculina, la más prevalente fue la eréctil con un 10 al 52%, sobre todo en rangos de edad entre los 40 a 70 años, subrayando una incidencia de 25 a 30 nuevos casos por 1000 habitantes anualmente (11). En este mismo país, en el año 2005 se realizó un estudio epidemiológico transversal, en el que se incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años que acudieron a la consulta de atención primaria en cualquier tipo de consulta, a quienes se aplicó un cuestionario elaborado con el fin de detectar disfunciones sexuales en la población general. Se eligió una muestra de 70 pacientes (23 hombres y 47 mujeres; como conclusión de la investigación se visibiliza las disfunciones sexuales afectan a un alto porcentaje de la población de mujeres que hombres y, por tanto, pueden constituir uno de los motivos más frecuentes de consulta en los centros de salud (12). Sánchez, en su estudio disfunciones sexuales femeninas y masculinas, México 2005, en su estudio exploratorio, descriptivo, transversal, retrospectivo, realizado en 384 mujeres y 363 hombres obtuvo una prevalencia de la disfunción sexual en mujeres fue el 52% y hombres 38,8% (13).

En nuestro país según datos epidemiológicos de morbilidad ambulatoria del Ministerio de Salud Pública en el año 2015, en el Ecuador se registraron apenas 2 casos de Disfunción Sexual y 44 diagnósticos de otros trastornos del pene. Resultando insuficientes las investigaciones en torno a disfunciones sexuales masculinas, por ello planteamos el presente estudio, ya que la salud sexual en los varones no ha sido incorporada en la atención de salud a pesar de los importantes cambios que hoy por hoy se han dado en torno a la sexualidad.

En este contexto, es claro que desde una visión más pragmática, el hombre tiene el control sobre la sexualidad y el poder, dejando a las mujeres el tema de lo reproductivo, donde lo patriarcal rige en la sociedad; por todo esto en Ecuador no muestran muchos estudios sobre la salud sexual y salud reproductiva de los hombres, siendo un problema porque se está dejando a un lado no solo este tema sino también otros procesos importantes donde la participación de los hombres es necesaria, aquí se habla de lo reproductivo y de su rol como padres y proveedores, además es necesario que ellos participen activamente en todos los temas de sexualidad para de esta manera crear equidad entre hombre y mujeres.

Ante este escenario, las personas que trabajamos en salud, nos vemos limitados por la falta de información, es por ello que pretendemos brindar bases sólidas que servirán no sólo para estimular futuras investigaciones sino para ayudar a comprender mejor nuestra realidad en torno a la casuística expuesta. Nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia y las características de disfunción sexual masculina el personal de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca en el año 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Los principales beneficiarios del presente estudio serán los participantes de la presente investigación, ya que de ser el caso se podrá recomendar el seguimiento de los casos pertinentes para profundizar en el diagnóstico y/o terapéutica de las disfunciones sexuales que se detecten.

Los resultados de la presente investigación serán puestos en consideración de las autoridades pertinentes para que se apliquen las medidas necesarias con la finalidad de mejorar la salud de los participantes del estudio.

La metodología planteada ha sido sustentada acorde a los objetivos propuestos, además la viabilidad de la presente investigación está basada en que se dispone de recursos humanos y materiales para ponerla en práctica.

Finalmente, los resultados que se encuentren en la presente investigación serán difundidos a través de las plataformas virtuales de la Universidad Católica de Cuenca, además se plantea realizar una publicación en una revista indexada.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Hernández, en el año 2017, en su investigación en 95 varones chilenos a los cuales se les aplicó el Índice Internacional de Función Eréctil, encontraron que el rango de edad estuvo comprendido entre 25 y 88 años, una media de 54 años; el 54.7% presentó DE (disfunción eréctil) luego de la aplicación del instrumento (14).

Corona y colaboradores en el año 2016, concluyó en su estudio sobre el trastorno de deseo sexual hipoactivo (TDSH) femenino y masculino, dan a conocer que la prevalencia del TDSH masculino pertenece al 6% de hombres jóvenes entre 18-24 años, el 41% corresponde a hombres de 66-74 años. Una pequeña proporción de varones se encuentran afectados por una falta de interés al sexo de 6 meses o más de duración, que es el 1.6% de hombres entre 16 y 44 años (15).

Espitia, en su estudio de tipo descriptivo transversal, publicado en el año 2018 en Colombia, aplicaron el Índice Internacional de la Función Eréctil (IIEF – 5) para valorar disfunción eréctil a 1902 hombres entre 18 a 87 años, observaron una edad media de 48.6 ± 6.9 años, el 76.18 % de participantes indicaron ser adeptos a la religión católica, el 61.82% vivían en unión libre y un 38.17% estaban casados; en cuanto a la actividad sexual, se registró que una media mensual de 3.8 ± 1.6 , el inicio de vida sexual fue de 16.8 ± 1.98 . Respecto al puntaje del cuestionario se encontró una media de $17,58 \pm 5,37$ puntos (rango entre 6 – 25 puntos), donde la prevalencia de disfunción eréctil alcanzó un 47.63%, el 85.81% correspondía a mayores de 50 años y de acuerdo al grado la severa fue la más común con 16.27%, la moderada 10.46% y leve a moderada 12.79% (16).

Pérez, en un estudio en 801 pacientes varones peruanos en el año 2017, observaron luego de la aplicación del Índice Internacional de Función Eréctil, que la prevalencia de disfunción eréctil fue de 46.4%, y de aquellos pacientes que

tuvieron DS el 39.5% fueron categorizados en grado leve, el 6.2% moderada y un 0.7% grave (17).

Fonte y colaboradores, en el año 2018, en su investigación de orden descriptiva transversal, con 220 hombres mayores de 60 años en Cuba, registraron que luego de la aplicación del Índice Internacional de Función Eréctil, el 65% de pacientes presentaron disfunción eréctil, con diferentes grados leve en un 37.8%, moderado en un 41% y severo 21.2%; de los pacientes que presentaron disfunción eréctil el 32.9% tenían un nivel de escolaridad de primaria, seguido de secundaria, técnico medio, preuniversitario y universitario con 30.1%, 20.3%, 9.1% y 7.7% respectivamente (18).

Pitts y col, en un artículo de revisión acerca de prevalencia de dolor pélvico con una muestra aleatoria de 4290 hombres australianos de 16 a 64 años, en donde se aplicó una entrevista telefónica asistida por computadora, la muestra de hogares se extrajo mediante marcación aleatoria de dígitos 8, se les preguntó sobre sus experiencias de dolor en la región pélvica en los últimos 12 meses, el 5% informó experimentar dolor asociado con las relaciones sexuales (19).

Karabakan y sus colaboradores en su estudio publicado en el año 2016, donde investigaron la prevalencia de eyaculación precoz en hombres turcos jóvenes con una buena salud física y mental, se incluyeron 1000 universitarios sanos con rangos de edad entre 24 y 30 años y una media de media fue de 27.3 años, a ellos se les aplicó la herramienta de diagnóstico de eyaculación precoz (PEDT), concluyeron que la prevalencia de eyaculación precoz fue de 9.2% por presentar puntaje de mayor a 11, el 6.6% obtuvieron entre 9 y 10, los mismos que fueron categorizados como aquellos tenían una probabilidad de padecer EP y el 84.2% restantes tuvieron una puntuación igual o inferior a 8 (20).

Kamnerdsiri y sus colaboradores en un estudio publicado en el año 2018, en la República Checa, en muestra conformada por 1004 hombres, con un rango de edad entre 15 y 84 años, encontraron una media de edad de 42.8 años, donde el 38.1% eran solteros, 13.1% divorciados, 6.2% viudos y el 42.6% casados o en una relación estable. Se aplicaron encuestas anónimas que constaban del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5) y el Índice de Eyaculación Precoz (IPE); encontrando que el 12.5% experimentaron un problema sexual alguna vez en su

vida, de estos el 4.3% 43 padecían eyaculación precoz, y el 4.6% de estos participantes refirieron tener antecedentes de disfunción eréctil. El 13.2% actualmente experimentan un problema sexual, donde el 1.2% mostraron tener eyaculación precoz en un 1.2% y 7.5% disfunción eréctil. La media general del índice de eyaculación precoz (IPE) fue de 19.44 (desviación estándar=2.368) y la de IIEF-5 fue de 19.28 (desviación estándar=5.53) (21).

Hanafy y sus colaboradores en su estudio de tipo transversal, en Egipto, con la participación de 750 pacientes que acudían a la clínica ambulatoria del Hospital Universitario de Banha, en la ciudad de Egipto, donde se aplicaron la herramienta de diagnóstico de eyaculación precoz (PEDT), observaron que la prevalencia de EP fue del 26.67%, la edad media fue de 37.4 ± 1.3 años, de los cuales no se dedicaban a ninguna ocupación el 6%, eran empleados el 21.5%, granjeros 15%, personas de libre dedicación 11.5%, profesionales 4% y obreros 42% (22).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Salud sexual

La salud sexual se considera un estado de bienestar físico, mental, emocional y social; es decir, no es solamente la ausencia de enfermedad, debilidad o disfunción, ya que la salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso para que de esta manera las relaciones sexuales puedan ser seguras, placenteras; libres de violencia y discriminación (23) (24).

2.2.2. Fisiología del acto sexual en el varón

La respuesta sexual es un fenómeno que se sustenta en múltiples acontecimientos fisiológicos para lograr una adecuada relación sexual. No obstante, para que esto suceda, tanto los órganos genitales masculinos como femeninos deben experimentar ciertos cambios funcionales, los mismos contribuyen que se consolide el acto sexual (25).

A continuación, se da a conocer 4 fases, cada una de ellas con sus respectivas características (25).

- **Fase de excitación:** esta comienza por un estímulo rápido estímulo ya sea visual, imaginario o de contacto, en esta fase aumenta el ritmo tanto respiratorio como cardíaco, además se produce una tensión muscular

generalizada, además a nivel genital se produce la erección del pene por afluencia de sangre y el engrosamiento del escroto y los testículos, así como la elevación estos últimos por medio de la contracción del músculo cremaster, haciendo que los mismos queden pegados al abdomen (25).

- **Fase de meseta:** es una etapa previa al orgasmo, la misma que se mantiene durante un lapso de tiempo, aquí la tensión sexual llega al máximo presentando una erección total, se produce la secreción de líquido preseminal y/o preeyaculatorio por las glándulas de Cowper, las mismas que están ubicadas cerca de la próstata (25).
- **Fase de orgasmo:** en esta etapa hay un aumento del ritmo cardiaco, respiratorio y de la presión sanguínea, el orgasmo es inminente, por lo que se producen contracciones de la próstata, vesículas seminales y testículos; además del depósito del líquido seminal en la parte posterior de la uretra, después se produce la eyaculación, gracias a las contracciones involuntarias tanto de los genitales internos con del pene, por ello el orgasmo suele coincidir con el momento de la eyaculación (25).
- **Fase de resolución:** es un periodo en el cual existe relajación total de todo el cuerpo, en donde la sangre abandona el área genital, la misma que se da en dos fases: en la primera, cuando finaliza la eyaculación suele desaparecer con rapidez la mitad de la erección y por un tiempo puede mantenerse con una erección parcial; posterior a este acontecimiento viene el periodo refractario el mismo que es el tiempo durante el cual no se vuelve a presentar otro orgasmo (25).



Ilustración 1 Fisiología del acto sexual en el varón. Fuente: (26).

2.2.3. Disfunciones sexuales

Se conoce como disfunción sexual a la “dificultad durante cualquier fase del acto sexual, ya sea en el deseo, excitación, orgasmo y resolución; la misma que no permite que su pareja disfrute de la actividad sexual” (27).

2.2.4. Clasificación de las disfunciones sexuales masculinas

Tabla 1: Clasificación de disfunciones sexuales masculinas

| | |
|---|--|
| Trastornos del deseo sexual | Aversión al sexo |
| | Trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH) |
| | Trastorno hipersexual (THS) |
| Trastornos de la excitación sexual | Disfunción eréctil |
| Trastornos orgásmicos | Trastorno orgásmico masculino |
| | Eyacuación precoz |
| Trastornos sexuales por dolor | Dispareunia masculina |

Fuente: Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones Sexuales (27).

2.2.4.1. Trastornos del deseo sexual

- **Aversión al sexo**

Se considera una fobia sexual, la persona puede tener deseo sexual pero este tipo de fobia le conduce a evitar cualquier tipo de encuentro con su pareja, presentando de esta manera angustia y rechazo al contacto erótico (27).

El tratamiento se basa principalmente en la terapia psicológica, en donde se logren descubrir las causas que le llevaron a presentar este tipo de fobia. Se

suele emplear la desensibilización, la misma que consiste en irle presentando al paciente la situación de manera progresiva hasta que logre superarla. También se suele realizar desensibilización en vivo que consiste en la exposición gradual de situaciones que presenten fobia, desde la menos angustiosa a la que causea más ansiedad angustia y de manera gradual pueda ir las enfrentando (27).

- **Trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH)**

Se define como la ausencia ya sea persistente o recurrente de fantasías o pensamientos sexuales y se clasifica de acuerdo al momento en que apareció: (28)

- **Primario:** está presente desde el inicio de vida sexual, es decir toda la vida ha tenido un deseo sexual bajo.
- **Secundario:** es la que aparece después de un deseo sexual satisfactorio.
- **Situacional:** existe un bajo deseo sexual por algún tipo específico de pareja o actividad sexual.
- **Generalizado:** es cuando hay un bajo deseo sexual por cualquier tipo de pareja o de actividad sexual.

Se manifiesta principalmente con pérdida de fantasías, pensamientos para iniciar la actividad sexual. En los hombres la presencia de deseo sexual bajo, disfunción eréctil y decremento de las erecciones por la mañana indican una disminución de la testosterona (28).

Su diagnóstico se basa principalmente en una evaluación clínica muy detallada y exámenes complementarios. En la evaluación se realiza la confección de la historia clínica, sobre todo en base a indagaciones sobre sus pensamientos antes, durante, terminada la actividad sexual y después que pasa un tiempo sin tenerla, la atracción y/o frecuencia sexual en pareja o por autoerotismo (28)

Una vez que se sospeche de la presencia de estas alteraciones, es necesario solicitar exámenes complementarios como: hemograma, colesterol, triglicéridos, glicemia, función renal (urea, creatinina) y electrocardiograma (28).

El tratamiento no farmacológico del deseo sexual hipoactivo se basa principalmente en educación integral de la sexualidad, donde se debe enfatizar

que la respuesta sexual muestra modificaciones a lo largo de la vida, y según sea el caso es importante explicar cada cambio de respuesta sexual ya sea por enfermedades, drogas o fármacos. Además, es importante mediante la terapia, tratar de descubrir alguna causa primaria para poder en primera instancia tratarla con su respectivo especialista. La terapia individual o en pareja, así como los inductores del deseo como: películas o lecturas que contengan material erótico y la pornografía se recomiendan según sea el caso para aumentar el deseo sexual. La terapia farmacológica a su vez se basa en sustitución con andrógenos y/o testosterona, pero únicamente si existe un déficit de dichas hormonas (28).

- **Trastorno Hipersexual (THS):** es un trastorno en el que la persona tiene un exceso de fantasías, pensamientos, deseos y conductas sexuales; su nivel de interés por el sexo se encuentra muy alto y no puede ser controlado, lo cual puede llegar a interferir en su vida diaria (29).

De la misma manera que el deseo sexual hipoactivo, el diagnóstico del trastorno hipersexual se basa primordialmente en el interrogatorio, el cual parte de consultarle al paciente que tengan edades de al menos 18 años que presente fantasías e impulsos sexuales repetitivos, planificando y participando en conductas excesivas de orden sexual de tal modo que interfiera con otras importantes actividades u obligaciones, sin tomar en cuenta el riesgo de daño físico o emocional a sí mismo u otras personas (29).

El tratamiento es multidisciplinar, ya que van de la mano la psicoterapia y la farmacoterapia. Los medicamentos utilizados son: antidepresivos como los inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS) tales como: la sertralina, paroxetina o fluoxetina, así como también los antiandrógenos como el acetato de ciproterona ya que reducen los efectos de las hormonas sexuales en los varones (andrógenos), reduciendo de esta manera los impulsos y las conductas sexuales compulsivas (29).

2.2.4.2. Trastornos de la excitación sexual

- **Disfunción eréctil (DE)**

La disfunción eréctil se considera como la incapacidad de mantener una erección suficientemente rígida y duradera para una relación sexual satisfactoria (30).

La disfunción eréctil puede ser de causa psicológica u orgánica, estas últimas pueden ser de tipo: neurogénico, anatómico, hormonal, vascular o inducida por algún tipo de fármacos, no obstante, cualquier que sea la causa que la produzca, se va a generar vasodilatación o deterioro de los vasos sanguíneos del pene, razón por la cual este tipo de disfunción aumenta ante la presencia de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes (30).

Para su diagnóstico se utilizan varios cuestionarios auto administrados, no obstante, el más utilizado es el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5), el cual es de elección para DE, ya que posee una adecuada validez de criterio, con una alta sensibilidad y especificidad, centrándose específicamente en la erección, está compuesto por cinco preguntas, cada pregunta consta de 5 ítems que tienen un valor de 1 a 5 puntos cada una y se puntúa de la siguiente manera: disfunción eréctil grave 5 a 10 puntos; disfunción eréctil moderada 11 a 15 puntos; disfunción eréctil ligera 16 a 20 puntos y función eréctil normal 21 – 25 puntos (14) (31).

Ante la sospecha diagnóstica se pueden solicitar exámenes de laboratorio tales como: glucemia y perfil lipídico, testosterona total, prolactina, hormona estimulante de la tiroides (TSH) y tiroxina (T4), entre otros. En otros casos se pueden solicitar pruebas especiales de imagen como la ecografía doppler dúplex peneana o la tomografía axial multicorte, en pacientes con: disfunción eréctil primaria (no causada por enfermedad orgánica ni psicógena), varones que han sufrido trauma pélvico o perineal o aquellos con deformidades peneanas, trastornos endocrinos o psiquiátricos complejos (31).

El tratamiento está enfocado en la restauración de la satisfacción sexual, el objetivo principal es el manejo de los factores de riesgo y enfermedades que se encuentren asociadas tales como: hipertensión, diabetes o depresión, razón por la cual es imprescindible detectar la etiología. Se debe instruir cambios en el estilo de vida como suspensión de alcohol tabaco e incrementar el ejercicio físico (31).

En los casos de deficiencia de testosterona, el reemplazo hormonal está indicado en pacientes con disfunción eréctil (31). La primera línea de tratamiento son los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDE5), estos son fármacos que actúan

induciendo el aumento intracelular de los niveles de guanósín monofosfato cíclico (GMPc) en el músculo cavernoso, lo que provoca la relajación del músculo liso y la erección como respuesta al estímulo sexual, pertenecen a esta clase el sildenafil, vardenafil y tadalafil (30).

El sildenafil, que es el más popular de esta línea de medicamentos, tiene un inicio de acción de 30 a 60 minutos después de su administración oral, no obstante, si se toma posterior a la ingestión de algún alimento, se retrasa la absorción y se reducen los niveles plasmáticos y por ende la eficacia. El vardenafil, tiene efecto a los 30 minutos luego su administración oral, disminuyendo su eficacia si se ingiere con comidas ricas en grasa, está contraindicado en pacientes que consumen antiarrítmicos como la quinidina, procainamida, amiodarona. El tadalafil es un fármaco que produce un inicio de acción después de 30 minutos de su administración oral, se mantiene por 36 horas, cuya característica es la que le diferencia de los dos fármacos descritos anteriormente. La eficacia entre estos 3 medicamentos se encuentra en la misma línea, por lo que no se ha logrado hasta el momento identificar la superioridad entre uno y otro. Si en la primera toma existe una falla a la respuesta sexual, se recomienda su uso nuevamente, ya que son múltiples factores por lo pudiera existir un fallo, ya sea por ingestión luego de alimentos, sin estimulación sexual, momento no propicio y según la Asociación Europea de Urología menciona que se requiere un mínimo de 4 dosis fallidas para diagnosticar de fracaso terapéutico (31).

El uso simultáneo de los inhibidores de la PDE5 con nitratos está contraindicado ya que puede llegar a producir una hipotensión severa. De la misma manera se debe tener precaución de estos medicamentos con la administración de un bloqueador alfa, ya que de igual forma produce un efecto hipotensor. Entre las reacciones adversas que puede provocar son dolor de cabeza, alteraciones visuales, enrojecimiento facial, dispepsia, congestión nasal, las mismas que suelen presentarse de forma transitoria (30).

Los tratamientos locales son los fármacos de segunda línea, entre ellos la inyección intracavernosa de prostaglandina E1 como con una dosis de 5-20mg disueltos en 1ml de solución salina fisiológica, este medicamento actúa

produciendo un aumento de adenosín monofosfato cíclico (AMPc), provocando rigidez peneana entre los 5 y 10 minutos próximos a su administración y entre sus efectos adversos son de origen local, suele presentarse dolor y rara vez priapismo (30).

El tratamiento quirúrgico se aplica en pacientes con antecedentes de trauma pélvico y las prótesis peneanas donde se disponga de evidencia de falla a la terapia oral e intracavernosa, pues este es un procedimiento invasivo e irreversible, reservado para pacientes que tienen que presentan una causa de origen orgánica severa (31).

2.2.4.3. Trastornos orgásmicos

- **Eyacuación precoz (EP)**

La eyacuación precoz es una disfunción sexual masculina en la que el hombre eyacula antes de lo deseado, a veces nada más al iniciar el acto sexual o incluso antes de la penetración. Considerando que el tiempo de latencia intravaginal hasta la eyacuación normal (IELT) en promedio es entre 3 y 6 minutos, se considera eyacuación precoz si el IELT se produce antes de un minuto y una eyacuación precoz probable si el IELT está entre 1 y 1.5 minutos (32).

El mecanismo exacto por el que se produce la eyacuación precoz es desconocido, sin embargo, se considera que el proceso de eyacuación es un proceso regulado por un reflejo espinal, controlado por receptores sensoriales, vías nerviosas aferentes, áreas sensoriales y motoras y el generador espinal de la eyacuación, el mismo que se encuentra ubicado entre T12 – L2. Este sistema incluye neurotransmisores de tipo serotoninérgicos y dopaminérgicos, además el sistema serotoninérgico es el encargado de inhibir el reflejo eyaculatorio en el hipotálamo y el dopaminérgico se encarga de que se pueda dar la eyacuación (33).

La eyacuación precoz se clasifica de la siguiente manera (33):

Eyacuación precoz permanente: es la que inicia desde la primera experiencia sexual y se mantiene a lo largo de la vida; esta se da de una forma rápida, a veces incluso antes de la penetración con un tiempo de latencia intravaginal menor de 1 a 2 minutos (33).

Eyacuación precoz adquirida: es un tipo de eyacuación en donde su primera experiencia sexual resulta normal y con el tiempo presenta una evolución gradual lo que lleva a la eyacuación precoz (33).

El diagnóstico de la EP, parte principalmente de la información aportada ya sea por el paciente o la pareja y con el objetivo de optimizar el tiempo de la consulta se vienen aplicando diversos instrumentos útiles para recolectar información necesaria sobre eyacuación precoz tales como (32):

- PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool), herramienta de diagnóstico de eyacuación precoz, que consta de 5 ítems los que evalúan el control, la frecuencia, la estimulación mínima, angustia y dificultad interpersonal. Cada pregunta se puntúa de 0-4, donde 0 es el puntaje mínimo y 20 el máximo, la sumatoria de estos ítems es expresada de la siguiente manera: un puntaje igual o inferior a 8 expresa que no presenta eyacuación precoz, 9 o 10 baja probabilidad de EP y un puntaje igual o superior a 11 establece un diagnóstico de EP (20).
- Test de eyacuación precoz de Gindin y Huguet, este es el instrumento más utilizado. En cuanto a los resultados, un puntaje menor de 15 puntos no es eyaculador precoz; entre 15 – 20 puntos, padece ocasionalmente eyacuación precoz y puede esperar a mejorar con el tiempo; entre 30 – 40 puntos, presenta eyacuación precoz importante y requiere terapia sexual; más de 40 puntos el pronóstico no es bueno (27).

En pacientes que presenten persistencia de eyacuación precoz el tratamiento de base de primera línea es la farmacoterapia, la misma que puede ir acompañada de terapia psicosexual. Entre la terapia farmacológica de primera línea se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), en este grupo se encuentran: la paroxetina (20-40 mg/dl), sertralina (25-200 mg/dl) y fluoxetina (10-60mg/dl). Su efecto suele producirse entre 1 y 2 semanas posterior al inicio del tratamiento, por lo que se sugiere que la administración del medicamento sea diaria ya que es menos efectivo si se aplica a libre demanda (33).

En el tratamiento tópico están los anestésicos locales como la lidocaína – prilocaína, su presentación en crema o aerosol, se aplica 20-30 minutos antes

del coito, lo cual aumenta el tiempo de latencia intravaginal eyaculatorio (IELT), su acción consiste en inhibir los canales de sodio, además la transmisión sináptica e hipersensibilidad neuronal, no obstante el principal efecto adverso es el entumecimiento del pene (33).

La terapia psicológica se basa en terapia tanto conductual como psicológica, no es el tratamiento de primera línea, más bien se debería implementar como un tratamiento coadyuvante, la terapia debería incluir técnicas físicas que ayudan al paciente a que desarrolle habilidades para la eyaculación precoz y que mejore la autoconfianza (32).

2.2.4.4. Dispareunia masculina

Se define como el dolor que se presenta en los genitales y la estructura pélvica asociado con las relaciones sexuales, puede presentarse antes durante o después del coito (34).

Para establecer el diagnóstico de dispareunia no existen pruebas específicas, únicamente consiste en una detallada historia clínica y exploración física, cuyo objetivo esencialmente es establecer su etiología ya sea orgánica o psicológica. La historia clínica se enfoca en documentar los antecedentes patológicos y/o quirúrgicos, las características del dolor, indagando el tiempo determinado de su aparición y la duración, además de su relación con el acto sexual y las diferentes posturas, y los diferentes síntomas asociados tales como: secreción uretral, disuria, entre otros. En el examen físico se realiza el examen genital y rectal, sobre todo para descartar posibles causas orgánicas. Entre los estudios complementarios es recomendable solicitar un análisis de orina o urocultivo, uretrocistoscopia, ecografía prostática transrectal y/o en caso de ser necesario (34). El tratamiento está enfocado en la etiología causante del dolor genital en dependencia de las causas infecciosas, inflamatorias o anatómicas (34).

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS:

3.1. Objetivo general

- Establecer la prevalencia y caracterizar la disfunción sexual masculina en el personal docente y administrativo de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca en el 2019.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio según: edad, facultad, residencia y etnia.
- Identificar la edad de inicio de vida sexual y compañeros sexuales de los participantes.
- Determinar la prevalencia de disfunción sexual masculina.
- Exponer los tipos de disfunción sexual masculina según: trastornos del deseo, excitación, orgasmo, dolor y temporalidad.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

- 4.1. Tipo y diseño general de estudio:** cuantitativo, observacional, descriptivo, de cohorte transversal.
- 4.2. Área de estudio:** la investigación se ejecutó en la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, localizada en Cuenca, en la provincia del Azuay.
- 4.3. Universo y muestra:** se contó con una población de 114 varones del personal docente y/o administrativo de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, contratados para el semestre de marzo a agosto del 2019 distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 2: Distribución de la población de estudio

| Facultad | Número |
|-------------|--------|
| Medicina | 50 |
| Odontología | 37 |
| Psicología | 15 |
| Biofarmacia | 12 |
| Total | 114 |

Elaborado por: Diana Molina Reino

4.4. Criterios de inclusión y exclusión.

4.4.1. Criterios de inclusión:

- Docentes y/o personal administrativo de sexo masculino que laboren en la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, contratados para el semestre de marzo a agosto del 2019.
- Firma del consentimiento informado.

4.4.2. Criterios de exclusión:

- Participantes que no terminen el llenado del formulario.

4.5. Variables

4.5.1. Descripción de variables

- Variables sociodemográficas: edad, estado civil, ocupación, etnia, residencia, religión, facultad de pertenencia y ocupación.

- Variables de función sexual: inicio de vida sexual, número de compañeros sexuales, disfunción sexual masculina y tipos de alteraciones sexuales.

4.5.2. Operacionalización de variables (anexo 2)

4.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.6.1. Método: observacional

4.6.2. Técnica: encuesta

4.6.3. Instrumento de recolección de datos

Se elaboró un cuestionario de recolección de datos con las variables de estudio (anexo 1), el mismo que estuvo conformado por 2 secciones: la primera de variables sociodemográficas y la segunda incluyó preguntas referentes a disfunción sexual para lo cual se utilizaron los siguientes cuestionarios:

- Índice Internacional de Función Eréctil: se trata de un cuestionario auto administrado, que consta de 5 ítems con 5 opciones de respuesta cada una y busca información referente a los últimos 6 meses de vida sexual; el rango de puntuación oscila entre 5 y 25 puntos, considerando el punto de corte óptimo en 21. La Disfunción eréctil se puede clasificar en cuatro categorías: disfunción eréctil grave 5 a 10 puntos; disfunción eréctil moderada 11 a 15 puntos; disfunción eréctil leve 16 a 20 puntos y función eréctil normal 21 – 25 puntos (14) (31).
- El cuestionario de autoinforme de eyaculación precoz de Gindin y Huguet que es un test de fácil administración, codificación y análisis, requiere de un menor esfuerzo de interpretación por parte de los encuestados y resulta útil para el diagnóstico y autopercepción del sujeto, contiene 21 preguntas cerradas, de estas 17 son dicotómicas (con sólo dos alternativas de respuesta sí/no) y 4 tienen varias alternativas de respuesta pero solo puede seleccionarse una, su interpretación se basa en una asignación de puntaje de acuerdo a la edad del participante y el número de la pregunta, si la suma general de los diferentes ítems es menor de 15 puntos: no es un eyaculador precoz, entre 15 y 20 puntos: padece ocasionalmente de eyaculación precoz y puede esperar a mejorar con el transcurso del tiempo, entre 30 y 40 puntos:

padece una eyaculación precoz importante y requerirá asistencia terapia sexual, más de 40 puntos: el pronóstico no es bueno (27).

4.6.4. Procedimiento para la recolección de la información

Luego de contar con las autorizaciones respectivas por parte del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca y de la Decana de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, se procedió a aplicar las encuestas de manera individual a cada uno de los participantes, previamente se solicitó la firma del consentimiento informado (anexo 3), se crearon condiciones de privacidad, iluminación y tiempo necesarias para la realización del cuestionario de recolección de datos.

La información recaba en el instrumento de la investigación (anexo 1) fue tabulada en una matriz de Excel y analizada mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.

4.6.5. Plan de tabulación y análisis de resultados

La información se presentó por medio de tablas, se aplicó estadística descriptiva, y en dependencia al tipo de variable se utilizó media y desviación para variables cuantitativas y para las variables cualitativas frecuencias y porcentajes.

4.7. Aspectos éticos

- Previa a la realización de la presente investigación se contó con la autorización de la decana de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, así como del Comité de Bioética de dicha institución.
- Para asegurar la confidencialidad de los resultados obtenidos se asignó un código de 3 dígitos que reemplazó los nombres de los participantes.
- El manejo de la información tanto en físico como en digital fue realizado únicamente por la investigadora.
- El acceso a la información recolectada fue restringido, estará a cargo de la investigadora del estudio, y quedará al alcance en caso de ser requerirla por las autoridades pertinentes.

- Se solicitó la firma de un consentimiento informado (anexo 2) a cada uno de los participantes del estudio como requisito para ser parte de la presente investigación.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. Caracterización sociodemográfica de la población de estudio

Tabla 3

Distribución según características sociodemográficas de 114 trabajadores varones de la Unidad Educativa de Salud y Bienestar, año 2019.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------|------------|------------|
| Edad | | |
| 20 a 39 años | 72 | 63.2 |
| 40 a 64 | 42 | 36.8 |
| Total | 114 | 100 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 40 | 35.1 |
| Casado | 67 | 58.8 |
| Viudo | 1 | 0.9 |
| Divorciado | 4 | 3.5 |
| Unión Libre | 2 | 1.8 |
| Total | 114 | 100 |
| Facultad de pertenencia | | |
| Medicina | 50 | 43.9 |
| Odontología | 37 | 32.5 |
| Psicología | 15 | 13.2 |
| Biofarmacia | 12 | 10.5 |
| Total | 114 | 100 |
| Ocupación | | |
| Docente | 75 | 65.8 |
| Personal administrativo | 39 | 34.2 |
| Total | 114 | 100 |
| Etnia | | |
| Mestizo | 112 | 98.2 |
| Blanco | 2 | 1.8 |
| Total | 114 | 100 |
| Residencia | | |
| Urbana | 111 | 97.4 |
| Rural | 3 | 2.6 |
| Total | 114 | 100 |
| Religión | | |
| Católica | 97 | 85.1 |
| Protestante | 16 | 14 |
| Otras | 1 | 0.9 |
| Total | 114 | 100 |

*Edad: media 37.04 años Desviación estándar \pm 7.5

Fuente: Base de datos

Elaboración: Diana Molina Reino

En nuestra serie participaron 114 varones, cuyo rango de edad con mayor frecuencia fueron las personas entre 20 a 39 años con el 62.2%, de estado civil

casados en un 58.8%, residentes en áreas urbanas en un 97.4% y de religión católica con el 85.1%. Un 65.2% de encuestados fueron docentes, cuya Facultad de pertenencia en su mayoría fue medicina en un 43.9% seguida de Odontología con el 32.5% (tabla 3).

5.2. Inicio de vida sexual y compañeros sexuales

Tabla 4
Edad de inicio de vida sexual y números de compañeros/as sexuales de 114 trabajadores varones de la Unidad Educativa de Salud y Bienestar, año 2019.

| | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
|----------------------------------|--------|--------|-------|---------------------|
| Edad inicio de vida sexual | 12 | 25 | 17.32 | 2.705 |
| Número de compañeros/as sexuales | 1 | 60 | 8 | 7 |

Fuente: Base de datos
Elaboración: Diana Molina Reino

El inicio de vida sexual activa de los encuestados tuvo una media de 17.32 años con una desviación estándar ± 2.7 y un rango inferior de 12 y superior de 25 años, además en cuanto al número de compañeros/as sexuales la media fue de 8 con una desviación estándar ± 7 , con un rango máximo de 60 (tabla 4).

5.3. Prevalencia de disfunciones sexuales masculinas

Tabla 5
Prevalencia de disfunción sexual masculina en 114 trabajadores varones de la Unidad Educativa de Salud y Bienestar, año 2019.

| | Frecuencia | Porcentaje | IC 95% |
|--------------------------------|------------|------------|---------------|
| Sí | 86 | 75.4 | |
| Disfunción Sexual Masculina No | 28 | 24.6 | 67.09 a 83.77 |
| Total | 114 | 100 | |

Fuente: Base de datos
Elaboración: Diana Molina Reino

La prevalencia de disfunciones sexuales en la población de estudio fue de 75.4% con un intervalo de confianza al 95% de 67.09% a 83.77% (tabla 5).

Tabla 6
Prevalencia de disfunción sexual masculina de 88 trabajadores varones de la Unidad Educativa de Salud y Bienestar, año 2019 según: edad, estado civil, ocupación y religión.

| Disfunciones Sexuales Masculinas | | |
|---|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Edad | | |
| 20 a 39 años | 52 | 60.5 |
| 40 a 64 años | 34 | 39.5 |
| Total | 86 | 100 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 29 | 33.7 |
| Casado | 52 | 60.5 |
| Viudo | 1 | 1.1 |
| Divorciado | 2 | 2.3 |
| Unión Libre | 2 | 2.3 |
| Total | 86 | 100 |
| Ocupación | | |
| Docente | 58 | 67.4 |
| Personal administrativo | 28 | 32.6 |
| Total | 86 | 100 |
| Religión | | |
| Católica | 75 | 87.2 |
| Protestante | 11 | 12.8 |
| Total | 86 | 100 |

Fuente: Base de datos
Elaboración: Diana Molina Reino

De los 86 participantes que tuvieron disfunciones sexuales, un 60.5% fueron encasillados con rangos de edad entre 20 a 39 años, de estado civil casados con el 60.5%, religión católica en un 87.2% y de ocupación docentes con el 67.4% de los casos (tabla 6).

5.4. Tipos de disfunciones sexuales masculinas

Tabla 7
Disfunciones sexuales en 88 trabajadores varones de la Unidad Educativa de Salud y Bienestar, año 2019 según: frecuencia y temporalidad de los trastornos del deseo.

| | | | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Trastornos del deseo sexual | Fobia al contacto sexual | Sí | 16 | 18.6 |
| | | No | 70 | 81.4 |
| | | Total | 86 | 100 |
| | Temporalidad | Últimos 6 meses | 13 | 81.3 |
| | | Durante toda su vida sexual | 3 | 18.8 |
| | | Total | 16 | 100 |
| | Hipoactividad masculina | Sí | 8 | 9.3 |
| | | No | 78 | 90.7 |
| | | Total | 86 | 100 |
| | Temporalidad | Últimos 6 meses | 8 | 100 |
| | | Durante toda su vida sexual | 0 | 0 |
| | | Total | 8 | 100 |
| | Hiperactividad masculina | Sí | 24 | 27.9 |
| | | No | 62 | 72.1 |
| | | Total | 86 | 100 |
| Temporalidad | Últimos 6 meses | 10 | 41.7 | |
| | Durante toda su vida sexual | 14 | 58.3 | |
| | Total | 24 | 100 | |

Fuente: Base de datos
Elaboración: Diana Molina Reino

En lo que respecta a trastornos del deseo sexual, el 27.9% presentó hiperactividad masculina y según la temporalidad el 58.3% de los encuestados especificaron haberla presentado durante toda su vida sexual; el 18.6% indicó tener fobia al contacto sexual, de ellos el 81.3% manifestaron presentarla durante los 6 últimos meses; finalmente, un 9.3% refirió presentar hipoactividad, presentando dicha alteración en el 100% de los casos durante los últimos 6 meses (tabla 8).

Tabla 8
Disfunciones sexuales en 88 trabajadores varones de la Unidad Educativa de Salud y Bienestar, año 2019 según: frecuencia de trastornos de la excitación.

| | | Porcentaje | Frecuencia | |
|---|--|------------|------------|------|
| Trastornos de la excitación sexual | Trastorno de la erección en el varón (Disfunción eréctil)* | Sí | 46 | 53.5 |
| | | No | 40 | 46.5 |
| | | Total | 86 | 100 |
| | Trastorno de la erección en el varón (Disfunción eréctil) | Moderada | 3 | 6.5 |
| | | Leve | 43 | 93.5 |
| | | Total | 46 | 100 |

*Media función eréctil 21.1 Desviación Estándar \pm 2.7

Fuente: Base de datos

Elaboración: Diana Molina Reino

Según los trastornos de excitación, el 53.5% tuvo puntuaciones \leq 20 puntos según el Índice de Función Eréctil (media 21.1 y desviación estándar de \pm 2.7), considerándose como disfunción eréctil según los rangos establecidos por este instrumento, de ellos el 93.5% fueron categorizados con DE leve (tabla 9).

Tabla 9
Disfunciones sexuales en 88 trabajadores varones de la Unidad Educativa de Salud y Bienestar, año 2019 según: frecuencia y temporalidad de trastornos de la orgásmicos

| | | f | % | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|--|------|
| Trastornos orgásmicos | Trastorno orgásmico masculino | Sí | 26 | 30.2 |
| | | No | 60 | 69.8 |
| | | Total | 86 | 100 |
| | Temporalidad | Últimos 6 meses | 19 | 73.1 |
| | | Durante toda su vida sexual | 7 | 26.9 |
| | | Total | 26 | 100 |
| | Eyaculación precoz * | Sí | 79 | 89.8 |
| | | No | 7 | 10.2 |
| | | Total | 86 | 100 |
| | | Tipo de eyaculación precoz | Padece ocasionalmente eyaculación precoz | 29 |
| Padece eyaculación precoz importante y requerirá terapia sexual | | | 12 | 15.2 |
| El pronóstico no es bueno | 38 | | 48.1 | |
| Total | 79 | 100 | | |

*Media función eyaculadora 22.5 Desviación Estándar \pm 11.5

Fuente: Base de datos

Elaboración: Diana Molina Reino

El trastorno orgásmico se presentó en un 30.2% de los encuestados, de ellos el 73.1% indicó haberla presentado durante los últimos 6 meses de su vida sexual (tabla 10).

Al aplicar el cuestionario de eyaculación precoz de Gindin y Huguet, se encontró una media de 22.5 con una desviación estándar de ± 11.5 , donde el 89.8% de participantes según la suma general de los diferentes ítems fue mayor a 15 puntos encasillándose como eyaculador precoz, de ellos el 48.1% tuvieron más de 40 puntos determinándose de eyaculador precoz con no buen pronóstico, el 36.2% según este índice padece ocasionalmente de eyaculación precoz y puede esperar a mejorar con el transcurso del tiempo y un 15.2%, se mostró con eyaculación precoz importante y requerirá asistencia terapia sexual (tabla 10).

Tabla 10
Disfunciones sexuales en 88 trabajadores varones de la Unidad Educativa de Salud y Bienestar, año 2019 según: frecuencia y temporalidad de trastornos sexuales por dolor

| | | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Trastornos sexuales por dolor | Dispareunia masculina | Sí | 25 | 29.1 |
| | | No | 61 | 70.9 |
| | | Total | 86 | 100 |
| | Temporalidad | Últimos 6 meses | 15 | 60 |
| | | Durante toda su vida sexual | 10 | 40 |
| | | Total | 25 | 100 |
| | | | | |

Fuente: Base de datos
Elaboración: Diana Molina Reino

En la tabla 11 se puede observar que el 29.1% de participantes refirieron haber presentado dispareunia masculina, el 60% de ellos indicaron tener dicha alteración durante los últimos 6 meses y el 40% en toda su vida sexual.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Las disfunciones sexuales provocan modificaciones en una o varias fases de la respuesta sexual como: el deseo, la excitación, el orgasmo y/o resolución; además abarcan diferentes formas de incapacidad para participar satisfactoriamente en una relación sexual, viéndose influenciadas por múltiples factores que se interrelacionan tales como: los psicógenos, emocionales, neurológicos, vasculares y endócrinos (28).

En nuestra serie encontramos una elevada prevalencia de disfunciones sexuales masculinas con el 75.4% (IC 95% 67.09% -83.77%), de ellos un 60.5% tuvieron rangos de edad entre 20 a 39 años, 60.5% estaban casados, 87.2% religión católica, el 67.4% de ocupación docentes.

Concerniente a los trastornos del deseo sexual, observamos que el 27.9% presentó hiperactividad masculina un el 18.6% indicó tener fobia al contacto sexual y un 9.3% hipoactividad. En este sentido, algunos autores han contextualizado que las alteraciones en el deseo en las personas, sobre todo la ausencia de fantasías sexuales (32) o la falta de interés por iniciar la actividad sexual en pareja (41), están influenciados a múltiples factores tales como: los cambios fisiológicos a lo largo del ciclo vital, pues concretamente en los hombres con la edad se produce una disminución de la testosterona (35); además de los conflictos de pareja (6) y la duración de la relación (4), la presencia de adecuados inductores externos del deseo (estímulos relacionados con los órganos de los sentidos) (5), la violencia psicológica o física, el alcoholismo o el consumo de sustancias y/o la infidelidad de pareja, entre otros (15).

Con relación al trastorno de hipoactividad masculina, según la Federación Europea de sexología, pocos estudios han investigado su prevalencia, aunque Corona et al, en el año 2016, encontraron una prevalencia de dicha alteración en un 6% de varones con edades de entre 18-24 años y el 41% correspondió a hombres de 66-74 años, además el 1.6% indicaron estar afectados por una falta de interés al sexo de 6 meses o más de duración (15).

En esta línea, es claro que durante el climaterio masculino, hay una declinación parcial androgénica propia del proceso del envejecimiento, el cual se produce por una disminución de la testosterona total libre, cuyos efectos se traducen no solo con una reducción del deseo sexual sino también con trastornos en la fase de la excitación, concretamente en la función eréctil, siendo la disfunción eréctil (DE) el síntoma comúnmente reportado en dicha fase (36). En nuestra serie, respecto a las alteraciones de la excitación, un 53.5% de participantes presentaron DE, de ellos el 93.5% fueron categorizados con DE leve; además los el trastorno orgásmico se presentó en un 30.2% de los de los casos.

Resultados similares a los concluidos por autores como: Hernández, en el 2017, quien luego de la aplicación del Índice Internacional de Función Eréctil, encontró que un 54.7% de participantes presentó DE (14). Espitia, en su estudio en el 2018 en Colombia, concluyó una prevalencia de disfunción eréctil tras la aplicación de dicho instrumento fue de 47.63% y de acuerdo al grado la severa fue la más común con 16.27%, la moderada 10.46% y leve a moderada 12.79% (16). Por su parte, Pérez, en su investigación en el 2017, identificó una frecuencia del 46.4% de DE, y el 39.5% fueron categorizados en grado leve, el 6.2% moderada y un 0.7% grave (17).

En cambio Fonte et al, en el año 2018, en su investigación en Cuba, concluyeron que el 65% de participantes presentaron disfunción eréctil luego de la aplicación del Índice de función Eréctil, con un grado leve en un 37.8%, moderado en un 41% y severo 21.2% (18). No obstante, Kamnerdsiri y sus colaboradores en un estudio publicado en el año 2018, en la República Checa, con la aplicabilidad del mismo instrumento antes mencionando observaron un 7.5% de disfunción eréctil (21).

Finalmente, tras la aplicación del cuestionario de Gindin y Huguet, encontramos que el 89.8% de participantes superó los 15 puntos según la sumatoria de los diferentes ítems de dicho instrumento, de ellos el 48.1% se clasificó como eyaculador precoz con no buen pronóstico, el 36.2% padecía ocasionalmente de eyaculación precoz y mejorará con el transcurso del tiempo y un 15.2% se mostró con eyaculación precoz importante y requiriendo asistencia terapia sexual.

Dichas cifras de eyaculación precoz son muy superiores a las encontradas por otros autores como: Hanafy et al, observaron una prevalencia de 26.67% de EP (22) y Karabakan y sus colaboradores en su estudio en 1000 universitarios, encontraron que el 9.2% de ellos presentaron eyaculación precoz, el 6.6% obtuvieron puntuaciones entre 9 y 10 siendo considerados como varones que tenían probabilidad de padecer EP y el 84.2% mostraron puntuaciones iguales o menores a 8 (20); igualmente Kamnerdsiri et al., en el año 2018, en la República Checa, indicaron que solo el 4.3% padecían eyaculación precoz según el índice de eyaculación precoz (21).

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

- Participaron 114 varones, en su mayoría adultos jóvenes de estado civil casados, residentes en áreas urbanas y de religión católica; en cuanto a la ocupación más de la mitad de encuestados fueron docentes cuya facultad de pertenencia en su mayoría fue medicina.
- El inicio de vida sexual activa de los encuestados tuvo una media de 17 años con un número de compañeros/as sexuales medio de 8.
- La prevalencia de disfunciones sexuales fue muy elevada, más de la mitad tuvieron edades entre 20 a 39 años, de estado civil casados, de religión católica y de ocupación docentes.
- En lo que respecta a los trastornos del deseo sexual, 27 de cada 100 personas presentaron hiperactividad masculina y según la temporalidad más de la mitad de ellos especificaron haberla presentado durante toda su vida sexual; el 18 de cada 100 indicaron tener fobia al contacto sexual, la mayoría de ellas manifestaron presentarla durante los 6 últimos meses; 9 de cada 100 varones tenía hipoactividad, todos indicaron que presentaron esta alteración durante los últimos 6 meses de la actividad sexual.
- De acuerdo a los trastornos de excitación, más de la mitad de los encuestados tuvieron disfunción eréctil y de los que la presentaron la mayoría fueron categorizados con DE leve.
- Un cuarto de participantes presentaron trastorno de retraso del orgasmo y en su mayoría refirieron haberla presentado durante los últimos seis meses de sus contactos sexuales. Además, más de la mitad de encuestados fueron considerados como eyaculadores precoces según el cuestionario de Gindin y Huguet, de ellos el casi la mitad tuvieron más de 40 puntos determinándose de eyaculador precoz con no buen pronóstico, otros por su parte según este índice padecían ocasionalmente de eyaculación precoz y podían mejorar con el transcurso del tiempo y en menor frecuencia tuvieron eyaculación precoz importante y requerirán asistencia terapia sexual.

- Finalmente, un cuarto de varones refirieron dispareunia masculina, de ellos más de la mitad indicaron tener dicha alteración durante los últimos 6 meses.

7.2. RECOMENDACIONES

- Las disfunciones sexuales en la mayor parte de personas, pueden generar malestar y deterioro de la autoimagen y el autoestima, además de afectar las relaciones de pareja, por ello consideramos necesario el abordaje de la salud sexual en los diversos escenarios donde se desenvuelve una persona, no solo en los establecimientos de salud, sino en los ambientes laborales como parte de los parámetros de salud ocupacional, ya que la asistencia a la consulta por este tipo de desórdenes tiene múltiples variantes, desde aquellos que asisten de inmediato a consulta después de un mínimo fallo en su respuesta sexual a otros que solicitan ayuda después de largos periodos de presentar dichos trastornos, y como es evidente este incompleto bienestar en la salud sexual puede acarrear repercusiones no solo en el ámbito personal, de pareja, familiar, social, sino también laboral.
- Es importante que una vez se identifiquen pacientes con disfunciones sexuales, el personal de salud debería mostrarse atento y receptivo ante los datos proporcionados por estas personas durante la consulta, de manera que se maneje la problemática expuesta enfatizando en aspectos éticos tales como: la confidencialidad y la autonomía del paciente.
- Es imperioso que se continúe con la elaboración de trabajos de investigación sobre temas de salud sexual y sexualidad no solo en mujeres sino también en la población masculina, de manera que se promueva su inclusión en estudios no solo de orden cuantitativo sino también cualitativo en diferentes poblaciones de varones no solo a nivel local sino también nacional.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS | Salud sexual [Internet]. WHO. [citado 12 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
2. WHO | World Health Organization [Internet]. WHO. [citado 12 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/%20%20link
3. Hidalgo JL-T. La detección de las disfunciones sexuales en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2012;44(9):525–526.
4. Fuentes DX. Sexualidad Humana y Disfunciones Sexuales. 2016;3.
5. Oppezzi M, Ramírez C. Los varones en las políticas de salud: ¿Cuerpos invisibilizados? Un estudio en las políticas sanitarias de la Provincia de Neuquén, Argentina. *Psicol Conoc Soc*. 2012;2(2).
6. Kimmel M. La masculinidad y la reticencia al cambio. *Rev Let*. 1999;8–9.
7. Herrera G, Rodríguez L. Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva. *Masculinidades En Ecuad*. 2001;157–178.
8. Figueroa-Martín L, Duarte-Clíments G, Sánchez-Gómez MB, Ruyman Brito-Brito P. Abordaje de la sexualidad en atención primaria: ¿qué valorar? *Ene* [Internet]. 2015 [citado 9 de enero de 2018];9(2):0-0. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2015000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=en
9. Hernández R. Adaptación y Análisis Psicométrico de la Versión Española del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) en Población Chilena. *Ter Psicológica*. 2017;35(3):223–230.
10. Mondejar María. Intervención Educativa sobre factores de riesgo de disfunción sexual eréctil. In *Crescendo* [Internet]. junio de 2016;3(1):38-51. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/issue/viewFile/47/95#page=38>
11. Prieto Castro R, Campos Hernández P, Robles Casilda R, Ruíz García J, Requena Tapia MJ. Epidemiología de la disfunción eréctil: Factores de riesgo. *Arch Esp Urol Ed Impresa*. 2010;63(8):637–639.
12. Rivera A del PA. Educación para la salud sexual. Universidad de Caldas; 2003.

13. Bravo CS, Melendez JC, Ramirez SM, Lopez MEG. Feminine and masculine sexual dysfunctions: gender comparison in a Mexico City sample. *SALUD Ment.* 2005;28(4):74–80.
14. Hernández R, Thieme T, Araos F. Adaptación y Análisis Psicométrico de la Versión Española del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) en Población Chilena. *Ter Psicológica.* diciembre de 2017;35(3):223-30.
15. Corona G, Trípodi F, Reisman J, Maggi M. Male hypoactive sexual desire disorder. *The EFS and EESM Syllabus of Clinical Sexology.* 2016;532-55.
16. De La Hoz FJE. Prevalencia de disfunción eréctil en hombres del Quindío, y factores de riesgo asociados. *Rev Urol Colomb Colomb Urol J.* junio de 2019;28(02):169-76.
17. Pérez Medina LF. DISFUNCION ERECTIL: PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO Y ACTITUDES EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO 2017. *TZHOECOEN.* 14 de diciembre de 2018;10(4):567-81.
18. Sevillano TF, Pérez AR, Pino YH, Hedman DJS. Epidemiología de la disfunción sexual eréctil en ancianos de un área de salud. *Rev Cuba Med.* 57(2):1-18.
19. Pitts M, Ferris J, Smith A, Shelley J, Richters J. Prevalence and Correlates of Three Types of Pelvic Pain in a Nationally Representative Sample of Australian Men. *J Sex Med.* mayo de 2008;5(5):1223-9.
20. Karabakan M, Bozkurt A, Hirik E, Celebi B, Akdemir S, Guzel O, et al. The prevalence of premature ejaculation in young Turkish men. *Andrologia.* noviembre de 2016;48(9):983-7.
21. Kamnerdsiri WA, Rodríguez Martínez JE, Fox C, Weiss P. Clinical correlation between erectile function and ejaculatory function in the Czech male population. *Thumbikat P, editor. PLOS ONE.* 12 de julio de 2018;13(7):1-10.
22. Hanafy S, Hamed AM, Hilmy Samy MS. Prevalence of premature ejaculation and its impact on the quality of life: Results from a sample of Egyptian patients. *Andrologia.* septiembre de 2019;51(8):1-5.
23. Durán GR, García MB. Salud sexual y reproductiva. *Rev Cuba Enferm.* marzo de 2015;31(1):1-2.
24. OPS. Día de la Salud Sexual [Internet]. 2017 [citado 10 de noviembre de 2019]. Disponible en:

- https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=462:dia-de-la-salud-sexual&Itemid=215&lang=es
25. Espinoza CRA. Sexualidad y Respuesta Sexual Humana [Internet]. 2012 [citado 8 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://files.uladech.edu.pe/docente/09400711/Sexualidad_Humana/Sesi%C3%B3n_0/TEXTOS%20SEXUALIDAD%20HUMANA.pdf
 26. Fases de la respuesta sexual humana [Internet]. El Diván de Irene - Tu Psicóloga y Sexóloga Online. 2016 [citado 15 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.eldivandeirene.com/fases-de-la-respuesta-sexual-humana/>
 27. Valls SA, Ruiz LGG, Blanco CSM. Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones Sexuales [Internet]. 2012 [citado 7 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sexo.pdf
 28. Blanco E de D, Navarro AD, Zuasnábar LR. Trastorno de deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. Rev Sexol Soc. diciembre de 2016;22(2):166-87.
 29. Jurado AR, Infante AF, Blanco CSM, Quintana EUV. Salud sexual del hombre [Internet]. Semergen; 2015 [citado 7 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.semergen.es/files/docs/biblioteca/semDoc/guia_rapida_semergen_salud_sexual.pdf
 30. Zúñiga LP. Disfunción Eréctil. Rev Médica Costa Rica Centroamérica. octubre de 2016;73(620):587-90.
 31. Ceballos M del P, Álvarez Villarraga JD, Silva Herrera JM, Uribe JF, Mantilla D. Guía de disfunción eréctil. Sociedad Colombiana de Urología. Urol Colomb. diciembre de 2015;24(3):1-22.
 32. Fernández Delgado D. La eyaculación precoz: actualización del tema. Rev Clínica Med Fam. febrero de 2014;7(1):45-51.
 33. Córdova LC, Valle ER. Eyaculación precoz: revisión de la alteración y actualidades en el tratamiento. Rev Mex Urol. 2017;77(4):328-35.
 34. Villarreal Valerio JA. Dispareunia masculina. An Fac Med. 27 de marzo de 2019;80(1):79-85.

35. Corona G, Isidori AM, Aversa A, Burnett AL, Maggi M. Endocrinologic Control of Men's Sexual Desire and Arousal/Erection. *J Sex Med.* marzo de 2016;13(3):317-37.
36. Castelo M, Machado M. Algunas consideraciones del síndrome de declinación parcial androgénica en el envejecimiento masculino. *Rev Cubana Endocrinol* [Internet]. 2006;17(2):12. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v17n2/end06206.pdf>

XI. ANEXOS

ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

“PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, AÑO 2019”

Código del formulario: _____

| SECCIÓN A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | | | |
|--|---|--------------------------------|--|
| Edad: _____ | | | |
| Estado civil | 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión libre | Facultad de pertenencia | 1. Medicina 2. Odontología 3. Psicología 4. Biofarmacia |
| Etnia | 1. Mestizo 2. Afroecuatoriano 3. Blanco 4. Indígena 5. Mulato 6. Montubio 7. Otra | Residencia | 1. Urbana 2. Rural |
| | | Ocupación | 1. Docente 2. Personal administrativo |
| Religión | 1. Católica 2. Protestante 3. Evangélica 4. Testigo jehová 5. Otras | de | |
| SECCIÓN B: INFORMACIÓN ACTIVIDAD SEXUAL Y FUNCIONES SEXUALES | | | |
| B1. ACTIVIDAD SEXUAL | | | |
| La edad de inicio de vida sexual: _____ | | | |
| Número de compañeros/as sexuales _____ | | | |
| ¿Ha tenido relaciones en los últimos 6 meses? | | | |
| 1. Sí 2. No | | | |
| Si su respuesta fue No agradecemos su participación en el estudio | | | |
| Si su respuesta fue sí, continúe con la sección B2 | | | |
| B. FUNCIONES SEXUALES | | | |
| B2.1. ¿Usted ha sentido fobia persistente o recurrente al contacto sexual y ha decidido por ello evitar el contacto con su compañero/a sexual | | | |
| 1. Sí 2. No | | | |
| Si su respuesta fue Sí responda: | | | |
| ¿Esta fobia se ha presentado únicamente en? | | | |
| 1. Los últimos 6 meses de su vida sexual 2. Durante toda su vida sexual | | | |
| Si su respuesta es No pase a la siguiente pregunta | | | |
| B2.2. ¿Usted ha sentido que durante su acto sexual habido ausencia o retraso persistente o recurrente de su orgasmo? | | | |
| 1. Sí 2. No | | | |
| Si su respuesta fue Sí responda: | | | |
| ¿Esta ausencia o retraso se ha presentado únicamente en? | | | |
| 1. Los últimos 6 meses de su vida sexual 2. Durante toda su vida sexual | | | |
| Si su respuesta es No pase a la siguiente pregunta | | | |

B2.3. ¿Usted ha sentido ausencia persistente o recurrente de fantasías/pensamientos sexuales, y/o deseo de receptividad a la actividad sexual?

1. Sí
2. No

Si su respuesta fue **Sí** responda:

¿Esta ausencia o recurrencia de fantasías se ha presentado únicamente en?

1. Los últimos 6 meses de su vida sexual
2. Durante toda su vida sexual

Si su respuesta es No pase a la siguiente pregunta

B2.4. ¿Usted se identifica como alguien que abandona actividades importantes por cumplir actos sexuales, es decir no puede controlar sus impulsos, a pesar que sabe que esto puede traerle consecuencias sociales, familiares, económicas, legales, entre otras?

1. Sí
2. No

Si su respuesta fue **Sí** responda:

¿Estos impulsos sexuales se han presentado únicamente en?

1. Los últimos 6 meses de su vida sexual
2. Durante toda su vida sexual

Si su respuesta es No pase a la sección

B2.5. ¿Usted ha sentido dolor genital persistente asociado a la relación sexual, antes, durante o después del coito?

1. Sí
2. No

Si su respuesta fue **Sí** responda:

¿Este dolor asociado a la relación sexual se ha presentado únicamente en?

1. Los últimos 6 meses de su vida sexual
2. Durante toda su vida sexual

Si su respuesta fue No pase a la sección C

SECCIÓN C: FUNCIÓN ERECTIL

Por favor continúe respondiendo las siguientes preguntas (tome en cuenta las recomendaciones antes de registrar sus respuestas)

- Cada pregunta tiene 5 respuestas posibles.
- Marque el número que mejor describa su situación.
- Seleccione sólo una respuesta para cada pregunta

En los últimos 6 meses:

Cómo clasificaría su confianza para conseguir y mantener una erección?

- | | |
|------------|------------|
| 1 Muy baja | (1 punto) |
| 2 Baja | (2 puntos) |
| 3 Moderada | (3 puntos) |
| 4 Alta | (4 puntos) |
| 5 Muy alta | (5 puntos) |

Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿Con qué frecuencia sus erecciones fueron suficientemente rígidas para la penetración?

- | | |
|--|------------|
| 1 Nunca / Casi nunca | (1 punto) |
| 2 Pocas veces (Menos de la mitad de las veces) | (2 puntos) |
| 3 A veces (Aproximadamente la mitad de las veces) | (3 puntos) |
| 4 La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces) | (4 puntos) |
| 5 Casi siempre / Siempre | (5 puntos) |

Durante el acto sexual, ¿Con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?

- | | |
|--|------------|
| 1 Nunca / Casi nunca | (1 punto) |
| 2 Pocas veces (Menos de la mitad de las veces) | (2 puntos) |
| 3 A veces (Aproximadamente la mitad de las veces) | (3 puntos) |
| 4 La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces) | (4 puntos) |
| 5 Casi siempre / Siempre | (5 puntos) |

Durante el acto sexual, ¿Qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto sexual?

- | | |
|--------------------------|------------|
| 1 Extremadamente difícil | (1 punto) |
| 2 Muy difícil | (2 puntos) |

| | |
|--|---|
| 3 Difícil | (3 puntos) |
| 4 Ligeramente difícil | (4 puntos) |
| 5 No difícil | (5 puntos) |
| Cuando intentó el acto sexual, ¿Con qué frecuencia fue satisfactorio para usted? | |
| 1 Nunca / Casi nunca | (1 punto) |
| 2 Pocas veces (Menos de la mitad de las veces) | (2 puntos) |
| 3 A veces (Aproximadamente la mitad de las veces) | (3 puntos) |
| 4 La mayoría de las veces (Mucho más de la mitad de las veces) | (4 puntos) |
| 5 Casi siempre / Siempre | (5 puntos) |
| Interpretación (esta sección será llenada únicamente por el investigador) | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Severa (puntuación 5-10) 2. Moderada (11-15) 3. Leve (16-20) 4. No sufre disfunción eréctil (21-25). | |
| SECCIÓN D: FUNCIÓN EYACULADORA (GINDIN Y HUGUET) | |
| Lea atentamente cada pregunta y subraye la respuesta que se ajuste más a su caso. | |
| 1. Seleccione el rango de edad en el que se encuentra actualmente: | (5p) Menor de 20 años (4p) De 20-25 años (3p) De 25-30 años (2p) Mayor de 30 años |
| 2. Transpiración en las manos antes del acto sexual y otra actividades sexuales | (2p) Sí (0p) No |
| 3. Taquicardia y/o sensación de ahogo previo al acto sexual | (2p) Sí (0p) No |
| 4. Nerviosismo o ansiedad al pensar cómo le irá en el coito | (2p) Sí (0p) No |
| 5. Frecuencia coital | (1p) 3 por semana (2p) 1-2 veces por semana (3p) 1 por semana (4p) 1 cada 15 días o menos |
| 6. Dificultad para la erección, frecuentes pero no continuas | (3p) Sí (0p) No |
| 7. Imposibilidad de tener una decisión voluntaria sobre el momento de eyacular | (5p) Sí (0p) No |
| 8. Duración habitual de la penetración coital en segundos/minuto | (8p) Menos de 30 segundos (6p) Menos de 1 minuto (4p) De 1 a 3 minutos (1p) Más de 3 minutos (0p) Más de 15 minutos |
| 9. Duración habitual de los juegos previos | (9p) Menos de 1 minuto (6p) De 1 a 5 minutos (3p) De 5 a 15 minutos (1p) De 15 a 30 minutos (0p) Más de 30 minutos |
| 10. ¿Intenta habitualmente tener una segunda relación para compensar el fracaso de la primera? | (2p) Sí (0p) No |
| 11. ¿Evita con frecuencia el acto sexual propuesto o insinuado por su compañera? | (4p) Sí (0p) No |
| 12. Quejas habituales de la compañera sobre la rapidez de penetración o la duración del coito | (4p) Sí (0p) No |
| 13. A veces, eyacula antes de la penetración | (4p) Sí (0p) No |
| 14. Eyaculación durante la penetración | (4p) Sí |

| | |
|--|--------------------|
| | (0p) No |
| 15. Eyaculación a los pocos movimientos (menos de 30) | (4p) Sí (0p) No |
| 16. ¿Intenta tener relaciones compulsivamente pensando que esta vez o con esta persona le irá muy bien? | (2p) Sí (0p) No |
| 17. ¿Es mucho más importante dar placer a la otra persona que el placer personal? | (3p) Sí (0p) No |
| 18. ¿Antes y durante el acto sexual «piensa en otra cosa» para distraerse de tener que eyacular rápidamente? | (2p) Sí (0p) No |
| 19. ¿Usa anestésicos locales, pomadas o condones para «disminuir la sensibilidad del pene»? | (4p) Sí (0p) No |
| 20. Después del coito, si su compañera no llegó al orgasmo, ¿Intenta que llegue por otros medios? | (2p) No (0p) Sí |
| 21. ¿Evita usted que su compañera toque, acaricie o estimule sus genitales? | (4p) Sí (1p) No |
| Interpretación (esta sección será llenada únicamente por el investigador). | |
| Menos de 15 puntos: no es un eyaculador precoz. Entre 15 y 20 puntos: padece ocasionalmente de eyaculación precoz y puede esperar a mejorar con el transcurso del tiempo. Entre 30 y 40 puntos: padece una eyaculación precoz importante y requerirá asistencia terapia sexual. Más de 40 puntos: el pronóstico no es bueno | |

Firma del Investigador

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

| VARIABLES | CONCEPTO | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA |
|--|---|--------------------|---------------------------|---|
| Edad | Años cumplidos desde el nacimiento. | Temporal | Número de años cumplidos | 1. 20-24 años 2. 25-29 años 3. 30-34 años 4. >35 años |
| Estado civil | Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes | Legal | Estado civil (Cédula) | 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión libre |
| Facultad de pertenencia | Facultad a la que pertenece el participante de la investigación | Institucional | Registro en el formulario | 1. Medicina 2. Odontología 3. Psicología 4. Biofarmacia |
| Etnia | Grupo social, comunidad de personas que comparten diversas características y rasgos. | Autoidentificación | Registro de formulario | 1. Mestizo 2. Afroecuatoriano 3. Blanco 4. Indígena 5. Mulato 6. Montubio 7. Otra |
| Residencia | Zona en la que habita una persona | Geográfica | Registro de formulario | 1. Urbana 2. Rural |
| Ocupación | Trabajo empleo, oficio o actividad que una persona realiza la mayor parte de su tiempo | Laboral | Formulario recolección | 1. Docente 2. Administrativo |
| Religión | Autoidentificación en una religión determinada por los participantes del estudio | Religiosa | Formulario de recolección | 1. Católica 2. Protestante 3. Evangélica 4. Testigo de Jehová 5. Otros |
| Inicio de Vida Sexual Activa | Edad en la cual tuvo su primera actividad sexual, penetrante por vía vaginal. | Práctica sexual | Formulario de recolección | Numérica |
| Número de compañeros sexuales | Número de personas con las que ha mantenido relaciones sexuales desde el inicio de su vida sexual | Social | Formulario de recolección | Numérica |
| Disfunción sexual | Deterioro persistente de los patrones normales de interés y respuesta sexuales | Sexual | Formulario recolección | 1. Sí 2. No |
| Temporalidad de disfunción sexual | Se denominará como primaria cuando la disfunción ha estado | Sexual | Formulario recolección | 1. Primaria 2. Secundaria |

| | | | | |
|---|--|--------|------------------------|--|
| | presente durante toda la vida. Secundaria cuando aparece luego de un periodo de funcionamiento sexual normal | | | |
| Trastornos del deseo sexual | Alteraciones en el impulso apetitivo que es necesario para provocar cambios físicos anteriores a la excitación sexual | Sexual | Formulario recolección | 1. Sí 2. No |
| Síndrome de deseo sexual hipoactivo | Aquella persona que refiera ausencia persistente o recurrente de fantasías/pensamientos sexuales, y/o deseo o receptividad a la actividad sexual | Sexual | Registro de formulario | 1. Sí 2. No |
| Síndrome de deseo sexual hiperactivo | Aquella persona que se identifique como alguien que abandona actividades importantes por cumplir actos sexuales, es decir no puede controlar sus impulsos sexuales, a pesar que sabe que esto puede traerle consecuencias sociales, familiares, económicas, legales, entre otras | Sexual | Registro de formulario | 1. Sí 2. No |
| Aversión del deseo sexual | Aquella persona que sienta aversión fóbica persistente o recurrente al contacto sexual con su compañero/a sexual | Sexual | Registro de formulario | 1. Sí 2. No |
| Disfunción eréctil (trastorno de excitación) | Alteración en la capacidad para alcanzar y mantener una erección. | Sexual | Registro de formulario | 1. Severa (puntuación 5-10) 2. Moderada (11-15) 3. Leve (16-20) 4. No sufre disfunción eréctil (21-25). |
| Trastornos del orgasmo | Trastornos que interfieran en la sensación de intenso placer en la fase orgásmica del acto sexual se consideran dentro de estas alteraciones la eyaculación precoz y la anorgasmia masculina | Sexual | Registro de formulario | 1. Sí 2. No |
| Eyaculación precoz | Cuando el varón refiere que eyacula antes de lo deseado, a veces nada más iniciar el acto sexual, al tocar la vagina | Sexual | Registro de formulario | 1. Menos de 15 puntos: no es un eyaculador precoz. 2. Entre 15 y 20 puntos: padece ocasionalmente de |

| | | | | |
|--|---|--------|------------------------|---|
| | o incluso antes de intentar la penetración. | | | <p>eyaculación precoz y puede esperar a mejorar con el transcurso del tiempo.</p> <p>3. Entre 30 y 40 puntos: padece una eyaculación precoz importante y requerirá asistencia terapia sexual.</p> <p>4. Más de 40 puntos: el pronóstico no es bueno</p> |
| Anorgasmia Masculina | Persona que refiera que durante su acto sexual ha sentido ausencia o retraso persistente o recurrente de su orgasmo | Sexual | Registro de formulario | <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> |
| Dispareunia Masculina | Aquella persona que refiera haber sentido dolor genital persistente asociado a la relación sexual, antes, durante o después del coito | Sexual | Registro de formulario | <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> |
| Disfunción Eyaculatoria Prematura | Incluyen los eyaculadores considerados normales, de 3 a 7 minutos, incluidos los que duran más de diez minutos. Estos son los varones que se quejan subjetivamente de una eyaculación precoz, a pesar de la normalidad de sus tiempos | Sexual | Registro de formulario | <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> |

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

| | |
|--|---|
| Nombre del proyecto de Investigación: | PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA, AÑO 2019 |
| Institución a la que pertenece el Investigador: (Universidad, Institución, empresa u otra) | UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR |
| Nombre del Investigador principal | DIANA MERCEDES MOLINA REINO |
| Datos del Investigador principal: (número de teléfono, Email) | dianamr_1995@hotmail.com |

| |
|--|
| Descripción del proyecto de Investigación |
| <p>Usted ha sido preguntado si le gustaría participar en este estudio que será realizado para desarrollar y obtener conocimientos que comprueben lo ya conocido o aporten con nuevos conocimientos sobre un problema de salud.</p> <p>Le proporcionamos toda la información sobre el tema de investigación que le hemos propuesto participar.</p> <p>Introducción: las disfunciones sexuales abarcan diferentes formas de incapacidad para participar de manera satisfactoria en una relación sexual, por ello que es importante su abordaje ya que pueden acarrear implicaciones en la calidad de vida de las personas que la padecen.</p> |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN |
| <p>Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Docentes y/o personal administrativo de sexo masculino que laboren en la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, contratados para el semestre de marzo a agosto del 2019. • Firma del consentimiento informado. <p>Exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes que no terminen el llenado del formulario |
| OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN |
| Determinar la prevalencia y caracterizar la disfunción sexual masculina en el personal docente y administrativo de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca en el 2019. |
| DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS |
| Una vez que usted acepte participar en la investigación, se le aplicará una encuesta con las preguntas del estudio. |
| RIESGOS Y BENEFICIOS |
| <p>Durante el tiempo que dure el proceso de la investigación usted no sufrirá ningún daño físico, mental, emocional o moral.</p> <p>Además, en todo el desarrollo de la investigación se procurará siempre mantener su beneficio, buscando su bienestar personal y el bienestar de los otros sujetos de la sociedad. Con su participación en este estudio usted está apoyando al desarrollo de conocimientos médicos que podrían ayudarle a usted y posteriormente a otros pacientes.</p> |
| CONFIDENCIALIDAD |
| Con esta firma usted otorga además su consentimiento para el traspaso de los datos recogidos de su persona, para proceder a una evaluación estadística. Todos los datos serán manejados de forma anónima (es decir, solo se transmitirán sus iniciales o el número que se le asigna); su nombre y dirección solamente son conocidos por su investigador y no serán comunicados a terceras partes estando sujetos a las normas de protección de datos. En caso de publicación de esta investigación se guardará todas las normas antes establecidas. |
| AUTONOMIA (DERECHO A ELEGIR) |
| Usted con su firma acepta participar en el proyecto de investigación, declarando que se ha leído a usted toda la información respectiva de la investigación, que ha comprendido lo que |

dice el documento, que le han contestado todas las inquietudes que pueda surgir sobre el tema propuesto, y que su decisión de participar es voluntaria, libre y pensada por usted, sin ningún tipo de obligación o imposición por otras personas. Antes de tomar la decisión de firmar este documento, usted tiene toda la libertad para consultar con familiares u otros profesionales médicos independientes para poder tomar una decisión razonada. Usted tiene derecho a dar por finalizada su participación en el estudio en cualquier momento y por cualquier razón, sin experimentar ninguna consecuencia negativa. Durante el transcurso del estudio su investigador le informará de cualquier nuevo hallazgo que pudiese influenciar sobre su decisión de participar en el mismo.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO NECESARIO

Si usted tiene cualquier otra pregunta que no esté suficientemente cubierta en esta información escrita o quiere obtener información adicional, su investigador a cargo le ayudará gustosamente. En caso de preguntas posteriores, por favor contactar al 0992975651 o al correo electrónico dianamr_1995@hotmail.com.

Comprendo mi participación en este estudio. Recibí explicación de los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Mis preguntas fueron respondidas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

| | |
|--------------------------------|---------------|
| Firma del participante: | Fecha: |
| Firma del Testigo: | Fecha: |
| Firma del Investigador: | Fecha: |

ANEXO 4: PRESUPUESTO

| Fuentes | Discriminación detallada de Recursos | Unidades que se Requieren | Valor de cada Unidad (USD) | Costo Total (USD) |
|--------------------|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------|
| Autora del estudio | Computadora | 1 | -- | -- |
| | Impresora | 1 | -- | -- |
| | Hoja A4 | 1000 | 0.01 | 10.00 |
| | Impresiones | 1000 | 0.02 | 20.00 |
| | Fotocopias | 2000 | 0.01 | 20.00 |
| | Internet (horas) | 400 | 0.1 | 40.00 |
| | Esferográficos | 2 | 0.6 | 1.20 |
| | Alimentación | 60 | 1 | 60.00 |
| | Transporte | 45 | 1 | 45.00 |
| | Varios | 1 | 70 | 70.00 |
| TOTAL | | -- | USD | 266.20 |

ANEXO 5: CRONOGRAMA

| ACTIVIDADES | TIEMPO EN MESES | | | | | | | | RESPONSABLES |
|--|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| | 2019 | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| Presentación y aprobación del protocolo | | | | | | | | | Investigadora Directora |
| Elaboración del marco teórico | | | | | | | | | Investigadora Directora |
| Revisión de los instrumentos de recolección de datos | | | | | | | | | Investigadora |
| Recolección de los datos | | | | | | | | | Investigadora |
| Análisis e interpretación de los datos | | | | | | | | | Investigadora Directora |
| Elaboración y presentación de la información | | | | | | | | | Investigadora Directora |



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 17/6/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Prevalencia y caracterización de disfunciones sexuales masculinas en el personal de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, año 2019.

Trabajo de titulación realizado por Diana Mercedes Molina Reino

Código: Mo92PreME39



DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 02 de octubre de 2019.

Señora Doctora.
Susana Peña Cordero
DECANA DE LA UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Su despacho. -



De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante MOLINA REINO DIANA MERCEDES de la Carrera de Medicina con CI: 0105779292, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguida institución, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "PREVALENCIA Y CARACTERIZACION DE DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA, AÑO 2019". La Investigación será dirigida por el DRA. JEANNETH TAPIA, especialista en Ginecología, docente de internado de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:




LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 02 de octubre de 2019.

Señora Doctora.
Susana Peña Cordero
DECANA DE LA UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Su despacho. -



De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante MOLINA REINO DIANA MERCEDES de la Carrera de Medicina con CI: 0105779292, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguida institución, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "PREVALENCIA Y CARACTERIZACION DE DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA, AÑO 2019". La Investigación será dirigida por el DRA. JEANNETH TAPIA, especialista en Ginecología, docente de internado de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

Tesis

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

2%

FUENTES DE
INTERNET

2%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Catolica De Cuenca

Trabajo del estudiante

4%

2

docplayer.es

Fuente de Internet

2%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 170 words



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. JEANNETH TAPIA CÓRDOVA
DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: Prevalencia y Caracterización de Distorsiones Sexuales Masculinas en el Personal de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, Año 2019

Nombre del estudiante: Diana Mercedes Molina Reina

Director: Dr. Jeanneth Tapia Córdova

Título a obtener: Médico

Fecha de sustentación:

| PROCESO | EVALUACIÓN | | | |
|----------------------|------------|---------------------|-----------|--------------|
| | Cumple | Cumple parcialmente | No cumple | Calificación |
| Estructura de tesis | / | | | 1 /1 |
| Redacción Científica | / | | | 1 /1 |
| Pensamiento crítico | / | | | 1 /1 |
| Marco teórico | / | | | 1 /1 |
| Anexos | / | | | 1 /1 |
| Total | 5 | | | 5 /5 |

| CONCLUSIÓN* | |
|--|---|
| Tesis apta para publicación | / |
| Tesis apta para publicación con modificaciones | |
| Tesis no apta para publicación | |

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Ninguna

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN

of MH



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

[Firma manuscrita]
 Universidad Católica de Cuenca
 Unidad Académica de Salud y Bienestar
 Carrera de Medicina
 Calle 17 N° 253

Firma y sello de responsable

[Firma manuscrita]

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
 UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
 CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
 COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. JEANNETH CÁRDENAS H.
 DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: Prevalencia y caracterización de Disfunciones Sexuales Masculinas en el Personal de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica Cuenca, Año 2019

Nombre del estudiante: Diana Mercedes Molina Reino

Director: Dra. Jeanneth Tapia Cárdenas

Título a obtener: Médico

Fecha de sustentación:

| PROCESO | EVALUACIÓN | | | |
|----------------------|------------|---------------------|-----------|--------------|
| | Cumple | Cumple parcialmente | No cumple | Calificación |
| Estructura de tesis | ✓ | | | 1 / 1 |
| Redacción Científica | ✓ | | | 1 / 1 |
| Pensamiento crítico | ✓ | | | 1 / 1 |
| Marco teórico | ✓ | | | 1 / 1 |
| Anexos | ✓ | | | 1 / 1 |
| Total | | | | 5 / 5 |

| CONCLUSIÓN* | |
|--|---|
| Tesis apta para publicación | ✓ |
| Tesis apta para publicación con modificaciones | |
| Tesis no apta para publicación | |

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Manuel Vega y Pío Bravo
 Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
 UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
 CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN

Handwritten signature

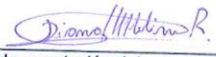


**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN


Dr. Gabriel A. Hugo Merino
Medicina Interna
MSP L45 F12 M 366
INHM1 # 17 Q8 04896

Firma y sello de responsable



Firma de aceptación del estudiante



Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Informe Nro.: UCACUE-UTCM-034-2019-I
Cuenca, 06 de diciembre de 2019

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado septiembre 2018 – agosto 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rúbricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rúbricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: El/la estudiante MOLINA REINO DIANA MERCEDES, ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación: PREVALENCIA Y CARACTERIZACION DE DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA, AÑO 2019, obteniendo las siguientes notas:

1. Rúbricas de director y asesor: 40/40
2. Rúbrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

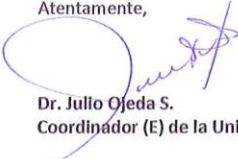
Revisores: Dr. GABRIEL HUGO/ Dr. JUAN PABLO MUÑOZ
Director: DRA. JANETH TAPIA/ Asesor: DRA. JANETH TAPIA
Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

El/la estudiante ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

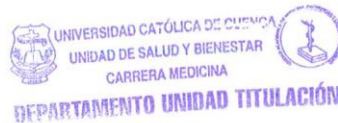
Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto, en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.


Atentamente,


Dr. Julio Ojeda S.

Coordinador (E) de la Unidad de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



06 DIC 2019

RECIBIDO
HORA: 3:30... FIRMA: 

UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
CARRERA DE MEDICINA

Cuenca 06 de Diciembre del 2019

Dr.
Julio Cesar Ojeda Sánchez
Responsable de la Unidad de Titulación de la Carrera de Medicina
Unidad Académica de Salud y Bienestar
Universidad Católica de Cuenca

Su despacho.

De mi consideración:

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el trabajo de grado, de título: "Prevalencia y Caracterización de Disfunciones Sexuales Masculinas en el Personal de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, Año 2019". Realizado por el estudiante DIANA MERCEDES MOLINA REINO, ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la sustentación de este. Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Md. Jeanneth Tapia
Gineco-Obstetra
Magister Investigación Salud

Dra. Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas

Manuel Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

| | |
|--|------------------------------|
| Tema: Prevalencia y caracterización de Distinciones sexuales Masculinas en el Personal de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca. Año 2019. | |
| Nombre del estudiante: Diana Mercedes Molina Reino | |
| Nombre del responsable de la calificación | |
| Director: | Dra. Jeanneth Tapia Cárdenas |
| Asesor: | Dra. Jeanneth Tapia Cárdenas |

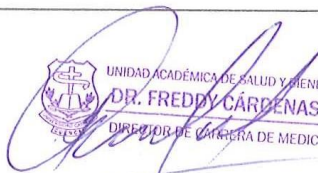
| PROCESO | EVALUACIÓN | | | | |
|----------------------|------------|---------------------|-----------|--------------|-----------|
| | Cumple | Cumple parcialmente | No cumple | Calificación | |
| | | | | Aprobado | reprobado |
| Estructura de tesis | / | | | / | |
| Redacción Científica | / | | | / | |
| Pensamiento crítico | / | | | / | |
| Marco teórico | / | | | / | |
| Anexos | / | | | / | |

* Marcar con una x lo que corresponda

| CONCLUSIÓN* | |
|---|---|
| Tesis apta para sustentación | / |
| Tesis apta para sustentación con modificaciones | |
| Tesis no apta para sustentación | |

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:


UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. FREDDY CÁRDENAS H.
DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA

Firma y sello del Director o Representante de Dirección de la Carrera de Medicina



Firma de aceptación del estudiante