



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales

Maestría en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva

Frecuencia y caracterización de la disfunción sexual masculina en estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Año 2018

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magister en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva

Autora:

Claudia Priscila Campos Aguilera

CI: 0102253440

Correo electrónico: prisica_10@hotmail.com

Director:

PhD Manuel Mateo Lucas Matheu

CI: 24074600V

Tutora:

Ms. Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas

CI: 0104457767

Cuenca, Ecuador

31-enero-2020



Resumen:

La disfunción sexual masculina es invisibilizada por constructos patriarcales provocado una desestructura de los hombres frente a su identidad.

Objetivo: describir la frecuencia y caracterización de la disfunción sexual masculina en los estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Año 2018.

Materiales y Métodos: estudio cuantitativo, observacional, analítico de corte transversal participaron 608 estudiantes, 358 cumplieron los criterios de inclusión; el análisis estadístico utilizó el programa IBM SPSS 15 y Epidat 3.1; la asociación estadística incluyó las pruebas U de Mann Whitney, Kruskal-Wallis y correlación de Spearman, aceptando la hipótesis con un valor de $p < 0.05$.

Resultados: la prevalencia de las disfunciones sexuales fue 28,80% ($n=103$); los trastornos sexuales alterados fueron: 2,3% aversión al sexo, 6,4% hipoactividad, 16,4% hiperactividad, 9,5% trastornos del orgasmo, 8,9% dispareunia. El 26% tiene disfunción eréctil leve, 2,5% leve a moderada y 0,3% moderada; 64% padece eyaculación precoz ocasionalmente, 7,8% eyaculación precoz importante. La media de edad es 22,85 años $\pm 3,13$, inician su vida sexual a los 17 años $\pm 2,15$, número de parejas sexuales $5 \pm 4,6$, cursaron el internado el 22,6% y segundo año el 20,7%. Se encontró correlación estadística de función eyaculatoria con edad y año de estudio, función eréctil con residencia, etnia, ocupación, religión y año de estudio con valor de $p < 0.05$.

Conclusiones: la prevalencia de disfunción sexual fue elevada está asociada estadísticamente con variables sociodemográficas e influenciada por constructos patriarcales que afecta directamente la sexualidad de los hombres.

Palabras claves: Sexualidad. Disfunciones sexuales fisiológicas. Masculinidades



Abstract:

Male's erectile dysfunction is made invisible by patriarchal constructs which caused by a disjoint for males towards their identity.

Objective: to describe the frequency and characteristics of male erectile dysfunction of medicine students from the University of Cuenca, 2018.

Materials and methods: quantitative, observational, analytical, of a cross-section study in which 608 students participated, 358 of the fulfilled the inclusion criteria, the statistical analysis used IBM SPSS 15 program and Epidat 3.1. The statistical associations included Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, and Spearman's correlation, accepting the hypothesis with a value of $p < 0.05$

Results: the incidence of male erectile dysfunctions was 28,80% (n=103), the altered sexual disorders were 2,3% aversion to sex, 6,4% sexual underactivity, 16,4% hyperactivity, 9,5% orgasm disorders, 8,9% dyspareunia, 26% of the participants have a slight erectile dysfunction, 2,5% slight to moderate and 0,3% moderate, 64% occasional premature ejaculation, 7,8% severe premature ejaculation. The age average in 22,85 years $\pm 3,13$, sex life beginning 17 years of age $\pm 2,15$, number of sex partners $5 \pm 4,6$, student who are taking the internship 22,6% and second year 20,7%, a statistical correlation of ejaculatory function with age and year of studies, erectile function with residency, ethnicity occupation, religion, and year of studies with a value of $p < 0.05$

Conclusions: The incidence of male's erectile dysfunction was high and it is statistically associated with socio-demographic variables and influenced by patriarchal constructs which directly affects male sexuality.

Keywords: Sexuality Sexual Dysfunction Physiological Masculinity



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
Cláusula de licencia y autorización para publicación en el repositorio institucional.....	7
Cláusula de propiedad intelectual.....	8
DEDICATORIA.....	9
AGRADECIMIENTO.....	10
1. INTRODUCCION	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
3. JUSTIFICACIÓN	19
4. ANTECEDENTES.....	21
5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	22
5.1. Conceptualización de la masculinidad.....	22
5.2. Rol social del cuerpo masculino	22
5.3. Género en la construcción de la masculinidad	23
5.4. Identidad masculina.....	25
5.5. Construcción de la masculinidad	26
5.6. Masculinidad y su relación con la sexualidad	29
5.7. Nuevas masculinidades.....	31
5.8. Salud sexual y salud reproductiva	32
5.8.1. Conceptualización de Salud sexual.....	35
5.8.2. Conceptualización de Sexualidad.....	35
5.9. Función sexual masculina.....	36
5.9.1. Fisiología sexual masculina.....	36
5.10. Disfunción Sexual (DS) masculina.	36
5.11. Neurofisiología del acto sexual masculino.....	36



5.11.1. Fases del acto sexual masculino.....	37
5.12. Clasificación de las disfunciones sexuales masculinas.....	38
5.13. Etiología de las disfunciones sexuales masculina.....	40
5.14. Disfunción sexual masculina y sus trastornos.....	41
5.14.1. Trastornos del deseo.....	41
5.14.2. Trastornos de la excitación.....	42
5.14.3. Trastornos del orgasmo.....	44
5.14.4. Trastornos por dolor.	46
5.15. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN LAS DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS.....	46
5.15.1. Edad.....	46
5.15.2. Lugar de residencia.....	47
5.15.3. Religión.....	47
5.15.4. Año de estudio.....	47
5.15.5. Etnia.....	47
6. OBJETIVOS.....	49
6.1. Objetivo general.....	49
6.2. Objetivos específicos.....	49
7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	49
8. HIPÓTESIS.....	49
9. DISEÑO METODOLÓGICO.....	50
9.1. Tipo y diseño general de estudio.....	50
9.2. Área de estudio.....	50
9.3. Universo y muestra.....	50
9.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	50
9.4.1.1. <i>Criterios de inclusión</i>	50
9.4.1.2. <i>Criterios de exclusión</i>	50
9.5. Materiales, métodos y procedimientos para recolección de información.....	50
9.5.1. Autorización.....	50
9.5.2. <i>Supervisión</i>	50
9.5.3. Instrumentos de recolección de datos.	51



9.6. Plan de tabulación y análisis de resultados	52
9.6.1.Métodos y modelos de análisis.....	52
9.7. Aspectos éticos.....	52
10. RESULTADOS.....	53
10.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO UNIVARIANTE	53
10.1.1. Tabla N° 1. Caracterización sociodemográfica de los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca.	53
10.1.2. Tabla N° 2. Caracterización sociodemográfica: estadísticos descriptivos edad, inicio vida sexual y número parejas sexuales.....	55
10.2. Frecuencia, caracterización y temporalidad de las disfunciones sexuales.....	56
10.2.1. <i>Tabla N° 3. Frecuencia de la disfunción sexual en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca</i>	56
10.2.2. Caracterización y Temporalidad de las disfunciones sexuales masculinas según trastorno	56
10.3. ASOCIACIÓN ESTADÍSTICA BIVARIADA	61
10.3.1. <i>Tabla N° 8. Asociación estadística índice de disfunción eyaculatoria con variables sociodemográficas</i>	61
10.3.2. <i>Tabla N° 9. Asociación estadística índice de disfunción eréctil con variables sociodemográficas</i>	63
10. DISCUSIÓN	65
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	70
11.1. CONCLUSIONES.....	70
11.2. RECOMENDACIONES.....	71
12. BIBLIOGRAFÍA	72
13. ANEXOS.....	78
13.1. ANEXO N° 1 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	78
14.2 ANEXO N° 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	85



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Claudia Priscila Campos Aguilera en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Frecuencia y caracterización de la disfunción sexual masculina en estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Año 2018", 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 de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad 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, 31 de enero del 2020

Claudia Priscila Campos Aguilera

C.I: 0102253440



Cláusula de Propiedad Intelectual

Claudia Priscila Campos Aguilera, autor/a del trabajo de titulación "Frecuencia y caracterización de la disfunción sexual masculina en estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca. Año 2018", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 31 de enero del 2020

Claudia Priscila Campos Aguilera

C.I: 0102253440



DEDICATORIA

Está investigación se desarrolló con la finalidad de permitir dar a conocer los problemas sociales por los que los hombres cursan en la actualidad debido a los estereotipos de género que culturalmente han sido promulgados.

A las personas que siempre han estado junto a mí quienes me han impulsado para dar un paso más en mi vida profesional, gracias por toda la escucha sobre el género, feminismo, masculinidad y otros términos que me han permitido ir construyendo nuevos conceptos que se requieren para seguir en la lucha contra esta sociedad androcéntrica hacia el camino de la igualdad entre hombres y mujeres

Claudia Priscila Campos Aguilera.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad de Cuenca, sus autoridades, docentes, maestrantes y todos los funcionarios que formaron parte de la Maestría de Género, Desarrollo, Salud Sexual y Salud Reproductiva quienes han permitido que mediante la convivencia durante el período que duró la maestría generar más conocimiento para seguir construyendo una sociedad más igualitaria.

Al Dr. Manuel Lucas Matheu por todo su apoyo en la dirección, revisión y aportes metodológicos e investigativos para llevar adelante este estudio, de igual manera a mi tutora Dra. Jeanneth Tapia y demás personas que estuvieron a mi lado para concluir este estudio.

A los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca quienes mediante su apoyo lograron que se pueda ejecutar esta investigación.

Claudia Priscila Campos Aguilera.



1. INTRODUCCION

La sexualidad como parte integral de la persona se compone de la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual cada una de estas tiene diversas perspectivas que comprenden: la identidad representada por la convivencia de cada persona de acuerdo a su sexo, el rol el cual es designado según el sexo y expresa la feminidad y masculinidad, y por último la orientación sexual que se refiere a la inclinación sexual y no determina la identidad y conducta sexual. (Fuentes, 2016)

La sexualidad se interrelaciona con factores biológicos, psicológicos y sociales todo esto en función del sexo y desenvolvimiento sexual; Master y Johnson (1960) en sus investigaciones sobre sexualidad exponen que el ciclo de respuesta sexual comprende: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución que constituyen los cambios fisiológicos del cuerpo durante la actividad sexual. (Gutierrez Teira, 2019), la vivencia de la sexualidad es diferente en hombres y mujeres no solo por temas biológicos sino debido a los constructos sociales, culturales y de género. (Fernandez et.al, 2018)

Las disfunciones sexuales masculinas son trastornos que afectan la salud sexual y salud reproductiva en los hombres, “es definida como la incapacidad para lograr el coito”, se presenta en cualquiera de las etapas del acto sexual provocando insatisfacción durante la actividad sexual; los desórdenes sexuales pueden manifestarse en cualquier edad, tanto en hombres jóvenes entre 18 a 35 años como en edad avanzada de 40 a 70 años, siendo la prevalencia de las disfunciones sexuales de mayor frecuencia en esta última. (Franco A, 2019)

Los trastornos sexuales pueden ocasionar alteraciones en cualquiera de las fases del ciclo de la respuesta sexual; están relacionadas directamente con las emociones y conductas sexuales; desde este contexto partimos para conocer como los trastornos sexuales afecta la salud sexual y salud reproductiva de los hombres desde la perspectiva social de género y masculinidades. (Franco A, 2019)

El género desde el acápite masculino ha sido investigado desde diferentes enfoques, lo que nos permite conocer la existencia de desigualdades entre hombres y mujeres, y el por qué es expresada mediante la subordinación y relaciones de poder



donde el cuerpo manifiesta estas inequidades a través de sus órganos sexuales (Butler 1993). El enfoque del estudio de género en los hombres se basó en el rol sexual y los imaginarios socioculturales, androcéntricos y heterosexistas revelando que la categoría dada a los hombres como machos es un tema que está en permanente discusión siendo esta la razón para que el género sea estudiado desde las ciencias humanísticas y sociales. (Núñez, 2016).

Los movimientos feministas instituyen los estudios de la masculinidad (Kimmel 2008) cuyas luchas históricas han promovido poco a poco la transformación de la cultura patriarcal y creando grupos de hombres que busquen un cambio en la estructura social (nuevas masculinidades) permitiendo deconstruir la desigualdad de género. (Sambade, 2017), según la Real Academia Española (RAE) el término masculinidad se refiere a la “cualidad de lo masculino”, mientras que, desde el enfoque de género es la construcción cultural según el rol designado por la sociedad y sexo biológico que de acuerdo al tiempo y cultura han sido analizados desde un enfoque constructivista. (Pascual, 2015)

Los hombre adapta su masculinidad en base de un modelo culturalmente creado, con la finalidad de demostrar el puesto privilegiado que tienen en la sociedad; lo que no les permite tomar en consideración que este atributo les puede provocar presión social, psicológica y cultural generando una represión de sus emociones y sentimientos, conllevándolos a tener una identidad masculina forzada provocando relaciones inequitativas a nivel personal, familiar, social y de género, lo que posteriormente se traduce a problemas en su salud física y psíquica alterando su sexualidad. Otras de las características de la masculinidad es la relación de poder entre el mismo género masculino, porque de acuerdo a este modelo, implica ser fuerte y dominante para demostrar su hombría frente a otros hombres como una exigencia social desde un contexto de la esfera sexual donde está inmersa la virilidad. (Garzón, 2015)

Es imperioso que se continúe con la realización de más procesos investigativos sobre los hombres, en los cuales promuevan su inclusión en búsqueda de una transformación de las tendencias machistas, sexistas entre otros, hacia un nuevo modelo de masculinidad donde los comportamientos y actitudes de los hombres busquen la equidad e igualdad entre los género. Además es imprescindible que los



Estado intervengan con políticas públicas con enfoque de género donde se integre la población masculina, pues existen muchos vacíos que provocan inequidades y desestructura social, siendo indispensable ya, iniciar con el cambio mediante investigaciones y políticas críticas e integradoras que arbitren este sistema patriarcal y heteronormativo. (Francisco A., Nacimiento M, 2016)

El análisis de las disfunciones sexuales masculinas evidencia que son causadas por trastornos orgánicos o psicológicos, siendo el principal factor la angustia, debido al desempeño sexual; dejando en segundo término las emociones y sentimientos por tener relación directa con la feminidad. Este conjunto de sentimientos conlleva a una afección directa en la sexualidad, manifestándose en un sin número de trastornos sexuales que ocasionan un impacto negativo en el estereotipo social que debe cumplir los hombres, estableciéndose de esta manera una relación entre disfunción sexual y masculinidad. (Fuentes, 2016).

Esta investigación parte desde un análisis del contexto patriarcal en el cual las disfunciones sexuales masculinas son encasillados en hombres de edad avanzada; no obstante existen escasos estudios sobre disfunción sexual en otros grupos etarios como es el caso de hombres jóvenes en edades menor a los 35 años, es así que surgió el interés de conocer la situación actual de como los trastornos sexuales afectan la vida del hombre y provocan disfunción sexual, la cual puede estar asociada no solo a factores orgánicos sino también sociales; es por ello que el enfoque social de las masculinidades que esta investigación ejecutó es en base al análisis de las inequidades existentes en los hombres jóvenes que presentaron trastornos sexuales y no son visibilizados por los constructos sociales existentes y la falta de decisiones políticas que promuevan brindar una atención integral en salud sexual y salud reproductiva en este grupo etario. Según lo expuesto se plateó la presente propuesta investigativa sobre la disfunción sexual en estudiantes varones de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca para conocer la frecuencia y caracterización de la disfunción sexual y como este problema de salud masculina se relacionó con las variables sociodemográficas y trastornos sexuales.

Las personas que trabajan en el campo de la salud se ven limitados por la falta de información y abordaje integral por el personal médico para el diagnóstico de las



disfunciones sexuales; la mayoría de investigaciones han sido realizadas en Europa cuya prevalencia en hombres jóvenes es mínima por la falta de asistencia a una consulta médica y diagnóstico que este grupo etario pues muchas veces no desea informar o que se conozca su situación real frente a trastornos sexuales que están viviendo porque ven afectada su masculinidad, ante este escenario se planteó esta investigación cuyo interés académico servirá de base para futuros estudios con la finalidad de visibilizar las alteraciones en la salud sexual de los estudiantes universitarios desde el enfoque biológico, médico y social de las masculinidades y género. (Leyton N. et.al., 2018)

La metodología aplicada fue cuantitativa con la finalidad de obtener estadísticas sobre las disfunción sexual en hombres de 18 a 35 años; durante el desarrollo de la investigación todos los estudiantes demostraron el interés por participar sin exclusión alguna, una barrera para la recolección de información fue la dificultad en los horarios de clase y actividades académicas; otra barrera encontrada para futuros estudios será conocer las percepciones de los estudiantes sobre la vivencia de la sexualidad en un contexto patriarcal para poder abordar de forma integral esta dinámica social y cómo afecta la vida de los hombres, sus parejas y familia.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud sexual según la OMS es concebida como un estado de bienestar físico, mental y social que se encuentra interrelacionado con la sexualidad; demanda un enfoque integral de las relaciones y experiencias sexuales, las cuales debe ser como la seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia («OMS | Salud sexual», s. f.) (OMS, 2018)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), determinó que cuando existe alteraciones en la salud sexual de las personas debe ser tratado por profesionales capacitados en sexualidad; de estos problemas sexuales los trastornos más frecuente y que provoca complicaciones en la salud sexual de las personas son las disfunciones sexuales que están 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”, sus causas son multifactoriales pueden ser biológicas, físicas o psicológicas. (WHO, 2018).

La salud masculina vista desde la perspectiva de género, vislumbra la disfunción sexual no solo desde lo biológico el cual está asociado alguna enfermedad o trastorno orgánico, sino como un enunciado que no tiene la capacidad de brindar una respuesta al modelo de sexualidad “normal” que para los varones está se fundamentada y legitimada en un ejercicio del acto sexual donde durante el coito se tiene que cumplir con todas sus fases: erección, penetración, eyaculación y orgasmo masculino sin tomar en consideración si su pareja está conforme o no con este tipo de relación coital. Desde esta posición se analiza porque el enfoque de género debe abordar y estudiar las disfunciones sexuales masculinas el cual nos permitirá “entender” el por qué la vivencia de la sexualidad en los hombres es tan importante, develando los trastornos sexuales que están contruidos desde el “mandato de la sexualidad androcéntrica”, poniendo a prueba para los varones su masculinidad e identidad de género. (Oprezzi M., Ramirez C., 2016)

Al revisar la literatura nacional e internacional sobre los problemas de disfunción sexual masculina se evidencia un déficit de investigaciones las cuales abordan mayoritariamente el trastorno de la excitación como la disfunción eréctil (DE) y trastorno del orgasmo como la eyaculación precoz (EP) por ser estas patologías frecuentes y



donde los hombres de avanzada edad en su mayoría buscan ser atendidos en el sistema de salud, dejando de lado otros trastornos sexuales como el síndrome hipoactivo e hiperactivo, dispareunia, dolor, entre otras. (Ceballos,et.al, 2015)

La incidencia y prevalencia de los problemas de disfunción sexual (DS) son difíciles 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, es el primer en su línea que investigó sistemáticamente las actitudes, creencias y salud en las relaciones sexuales en personas de mediana edad y mayores. Se llevó a cabo 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. Los resultados más relevantes de esta investigación fueron 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. (Figueroa, Duarte, Begoña, Ruyman, 2015)

A nivel mundial, los estudios muestran una alta prevalencia e incidencia de DE, correlacionando con insatisfacción general, edad y otras disfunciones sexuales. En Sudáfrica, un estudio exploratorio a una clínica de salud primaria en KwaZulu-Natal demostró una prevalencia del 64,9% (n=521) en una muestra de hombres de ≥ 18 años; la disfunción sexual se incrementó con la edad, y mostró una fuerte correlación con diferentes morbilidades. La Encuesta Nacional de Salud y Vida Social de los Estados Unidos (NHSLs) estima que aproximadamente el 31% de los hombres sufre de una disfunción sexual en su vida, el objetivo de esta revisión fue proporcionar a los médicos de familia un enfoque para la gestión de los tipos comunes de disfunción sexual masculina existentes. (P. Ramlachan, M.M.Campbell, 2014)

En Europa y Asia se mencionan cifras altas de disfunciones sexuales en general, que van de entre el 10% al 52% en varones. De acuerdo a McVary la disfunción sexual



masculina afecta a una proporción de 10% a 25% de los varones de edad madura y avanzada (Hernandez et.al, 2017).

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% al 20% acuden a consulta por dicha afección, se estima 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 y 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. (Mondejar, 2016)

A inicios de los años 90 se tienen los primeros estudios de disfunción eréctil donde se refleja este trastorno ligado con la edad y problemas cardiovasculares, su prevalencia está entre el 10% al 52% en hombres de 40 a 70 años con una incidencia en España de 25 a 30 casos por cada 1.000 habitantes por año según datos del estudio de Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina realizado en España. (Cruz et. al., 2017). Resultados investigativos confirman que en España, la prevalencia global de disfunciones sexuales es del 42% y la disfunción eréctil es la más frecuente. (Rodríguez T. R., 2017)

Se estima que del 5 al 47% de la población adulta presenta o manifiesta disfunción eréctil moderada a completa, esta proporción aumenta en relación directa con la edad; en el estudio Disfunción Eréctil en el Norte de Sudamérica (DENSA) reveló que más de la mitad de los hombres mayores de 40 años de edad en Venezuela, Colombia y Ecuador sufren algún grado de alteración con su erección. (Ceballos,et.al, 2015)

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. La Dra. Araí Vela Mosquera especialista en salud sexual de la clínica de Disfunción Eréctil dice que en Ecuador cerca del 52% de varones entre los 40 y 70 años tienen disfunción eréctil en algún grado, además las investigaciones han demostrado que más de la mitad de varones podrían presentar un episodio cardíaco (infarto o angina) cinco años después



del diagnóstico de disfunción eréctil. Así mismo, el 13% de diabéticos fueron diagnosticados a través de una consulta por esta disfunción. (Mosquera, 2017)

El estudio realizado en el Hospital de San Gabriel en Carchi en el año 2016 para determinar la disfunción sexual del personal de salud relacionado con el estrés laboral dio como resultado un 46,4% del personal masculino tiene disfunción sexual mediana y el 85,4% del personal femenino presenta disfunción sexual moderada, demostrando una relación de esta problemática de salud con el estrés laboral. (Herrera Z. D., 2016) Reflejando la insuficiencia de investigaciones en torno al tema propuesto, por ello se planteó el presente estudio, pues la salud sexual masculina no ha sido incorporada de manera efectiva en la atención de salud a pesar de los importantes cambios que hoy por hoy se han dado en torno a la sexualidad.

Frente a la escasa información que se ha encontrado en cuanto a las disfunciones sexuales masculinas en estudiantes universitarios según el tema propuesto, esta investigación puede servir de base para futuras investigaciones que se podrán realizar en base a los resultados encontrados; con este estudio se quiere demostrar que los estudiantes universitarios presentan una alta prevalencia de disfunciones sexuales vista desde un enfoque social de las masculinidades y esta problemática sea visibilizado para que el Estado y las políticas públicas se implementen de acuerdo a la realidad existente actual y de esta manera dar respuesta a los problemas de salud sexual y salud reproductiva de este grupo poblacional.



3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se enmarca en las líneas de investigación de la Maestría, anclándose en la segunda línea Instituciones, Poder y Derechos, sublínea de Instituciones Sociales, área de la Normativa de Jurisprudencia a la Salud Sexual y Reproductiva, Estado, Políticas Públicas, Sexualidad y Masculinidades; de acuerdo a las líneas de investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador este estudio se encasilla en el Área N°19 Sistema Nacional de Salud en la línea de Atención Primaria en Salud (APS), sublíneas promoción y prevención; además de la línea de Calidad de la atención, prestación y sistemas de apoyo, sublínea accesibilidad a los servicios de salud.

El aporte de esta investigación al conocimiento desde el punto de vista social será el exponer información referente a la sexualidad en estudiantes universitarios, quienes por sus estereotipos de género y masculinidad invisibilizan los problemas de salud en la esfera sexual.

El tema que se desarrolló en esta investigación quiere demostrar que los problemas de disfunciones sexuales están inmersos desde el enfoque social de las masculinidades siendo este el aporte académico a la maestría pues expone información que servirá como punto de inicio para activar políticas públicas referentes a la salud sexual y reproductiva en la población masculina.

El aporte de esta investigación para la Universidad de Cuenca permitirá evidenciar la falta de estudios en disfunción sexual masculina, pues esta se enfoca mayoritariamente en la enfermedad, edad y en el sexo femenino; dejando sin respuesta a muchos hombres sobre el tema de su sexualidad aunque se entrevea que las instituciones del Estado como el Ministerio de Salud Pública y otros organismos internacionales han visto la necesidad de incluir en las políticas públicas los problemas sexuales de los hombres aún falta que a nivel del país se implemente y se cumplan y sean ejercidas de manera efectiva en la población masculina.



Los estudiantes de la Carrera de Medicina fueron los beneficiarios directos de la investigación quienes posteriormente serán las personas que permitirán conocer cuáles son las causas psicogénicas que se manifiestan en las disfunciones sexuales y visibilizar que este problema de salud pública está presente en la población joven de 18 a 35 años a su vez de entever como afecta su calidad de vida en el ámbito sexual y reproductivo.

La aplicación de un diseño metodológico cuantitativo viabilizó la ejecución de la presente investigación, el uso de instrumentos validados permitió obtener los resultados de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteada en el estudio; el aporte de recursos humanos y apoyo institucional de la Universidad de Cuenca fue importante para el desarrollo del todo el proceso para la realización de esta investigación.



4. ANTECEDENTES

Dada la escasa bibliografía como se expuso anteriormente de acuerdo al tema de esta investigación se exponen dos series internacionales con características de interés similar a las expuestas en el presente estudio.

La encuesta nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva del año 2010 realizada en Francia que fue aplicada a 2309 personas de 15 a 24 años, de acuerdo al sexo fueron 842 mujeres y 642 hombres quienes informaron tener vida sexual activa durante los últimos 12 meses, el 48% presentó disfunción sexual femenina y el 23% masculina la cual está expresada en trastornos de satisfacción sexual general (Hernandez et.al, 2017)

Quinta y Nobre en el estudio realizado sobre la prevalencia de los problemas sexuales en Portugal: Resultados de un estudio basado en la población que utiliza una muestra estratificada de los hombres de 18 a 70 años con una muestra 650 hombres sexualmente activos, estratificados por edad, estado civil y nivel de estudios se les aplicó el cuestionario Índice Internacional de Función Eréctil, los resultados fueron: eyaculación rápida 23,2%, problemas de erección 10. 2%, problemas de orgasmo 8,2%) y bajo deseo 2,9%, todas las categorías mostraron tasas de prevalencia por edades, con dificultades sexuales aumentando gradualmente en los hombres por encima de los 45 años de edad fue significativo todas las dificultades sexuales, excepto la eyaculación precoz, los niveles más bajos de educación estaban relacionados con el trastorno del orgasmo. Los hallazgos son consistentes con la mayoría de los estudios epidemiológicos que indica una alta prevalencia de dificultades sexuales entre los hombres en la población general y poner de relieve la importancia y la necesidad de implementar programas de promoción de la salud sexual en la población objetivo. (Quinta G. Luisa, Nobre J. Pedro, 2014)



5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. Conceptualización de la masculinidad

La Real Academia de la Lengua Española define la masculinidad como «cualidad de lo masculino», pero que es, o que significa la palabra «masculino», según la RAE da diversos concepto y adjetivos “perteneciente al varón”, “dotado de órganos para fecundar”, “propio del varón que posee características atribuidas para él” analizando estos conceptos nos da una perspectiva del porque los hombres se representan en la sociedad como el sexo fuerte. (RAE, 2014); para Kimmel la masculinidad «significa cosas distintas para todo hombre a lo largo de su vida» (Donoso, 2015), De Keijzer (2003) la define como un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales para el varón en una cultura determinada, Alfred Adler (1911) estudia la masculinidad desde el psicoanálisis diciendo que existe polaridad entre los géneros donde lo femenino es desvalorizado y débil. (Fuentes, 2016)

5.2. Rol social del cuerpo masculino

El cuerpo es conceptualizado desde diversas posturas o perspectivas sociales, culturales y religiosas, Laqueur en su estudio 1994 plantea la discusión de los cuerpos desde la mirada de los sexos, mientras Aristóteles y Galeno en sus discursos planteaban un modelo único de sexo cada uno con un órgano sexual distinto, desde este enfoque se diferenciaba los roles de acuerdo al género; otro aspecto importante del rol que jugaba el cuerpo era el calor el cual estaba relacionado con los genitales femeninos y masculinos, al encontrarse externamente en el hombre y durante la erección era considerado lo principal del cuerpo humano siendo símbolo del calor, fuerza y energía lo contrario que se pensaba del genital en la mujer que al tenerlo internamente lo catalogaban como frío y necesitaba ser abrigado de esta forma se estableciendo reglas de poder, dominio y subordinación hacia otros géneros especialmente el femenino. (Mendieta Izquierdo, 2015)

Con la llegada de la corriente cartesiana la innovación sobre el pensamiento del cuerpo cambia hacia una perspectiva biologista y social generando avances en el



campo de la medicina y las ciencias sociales destacando que el cuerpo está sujeto a diferentes cambios sociales y culturales de acuerdo a la época en la que se encuentra, de esta manera se instaura el constructo social que naturaliza al cuerpo a partir de la categoría del sexo. (Fuentes, 2016), Bourdieu (2000) expresa que el cuerpo se construye como un polvillo político donde se instaura patrones, valores, dogmas, entre otros que son manifestados a través de los sentimientos y las emociones definiendo la teoría social del cuerpo que mezcla su estudio desde la antropología y la sociología creando así las corrientes sociales como el feminismo cuyo elemento teórico es la fenomenología para comprender al género, la identidad con la propósito de explicar los conceptos de masculinidad, de esta manera Janice Butler analiza al cuerpo, su percepción y extensión corporal como elementos el cual tiene diversas epístolas. (Mendieta Izquierdo, 2015)

5.3. Género en la construcción de la masculinidad

La OMS define al género como los roles, características y oportunidades definidas por las sociedades para hombres, mujeres, niños/as y personas con identidades diversas; también como el interés de conocer como son las relaciones entre las personas y estas relaciones pueden reflejar poder entre ellas, el género es un concepto dinámico que cambia de acuerdo al tiempo y lugar. (OMS, Género y Salud, 2019)

En el siglo XX se incorpora la teoría de género a partir de los estudios feministas, esta categoría proviene de las ciencias médicas de los años cuarenta en el contexto “anglo parlante–gender” desarrollada por científicos John Money y Robert Stoller (Muñoz, 2015), el género incluye todas las identidades femeninas, masculinas y la diversidad; así como la sexualidad, violencia, características sociales y culturales definiéndolo integralmente, el género incluye todo sin excepción. Segal se referirá a los hombres como: «una construcción de género y no la representación de la condición humana» (Donoso, 2015) en cambio Simone de Beauvoir, dice “no se nace hombre, sino que se llega a serlo” incorporando la categoría de género en los hombres. (Téllez et.al, 2017)

En las diferentes épocas el sentido que se daba al cuerpo y el cómo este era representado y transformado según cada época y sociedad, se utilizaba el sexo como



excusa para construir una identidad definida en dos géneros lo masculino y lo femenino y como el sistema patriarcal interactúa de acuerdo a la condición de su género, desde este enfoque se da inicio a las definiciones del cuerpo, género y sexualidad. (Mora, 2015).

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) destacó la importancia de implementar un nuevo modelo que se dirija hacia la igualdad de género donde las relaciones de poder y las inequidades no sigan siendo un obstáculo, es por ello que el CIPD promulga la construcción de nuevas identidades masculinas que se transformen hacia la equidad de género. (Mora, 2015)

El género como categoría social se instaure para facilitar la identidad sexual de las personas, traducida en serie de modelos de conducta dependiendo del sexo con el que nacen, creando de esta manera las identidades sociales, las cualidades, roles o responsabilidades que socialmente se definen para los hombres y mujeres se acaban naturalizando y percibiendo como biológicas convirtiéndose posteriormente en estereotipos donde la relación cuerpo y género es más evidente, dando como resultado una distribución inequitativa de roles; al género y la sexualidad se lo concibe desde lo público estableciendo una relación con niveles jerárquicos de estos dos términos, donde a partir de estas diferencias se crea el poder justificando al género masculino por estar involucrado su trabajo a partir de la esfera pública y privada dejando los temas del cuidado porque son parte innata de la mujer, y se instaure relaciones de poder del hombre sobre otros hombres, sobre la mujer y los diferentes géneros que no están contemplados dentro del binarismo. Llamas (1986) expone en su teoría que el género se construye a través de los cultos, costumbres sociales, culturales y experiencias vividas más no por el sexo orgánico con el que se nace cada persona. (Pascual, 2015)

El enfoque de género ha contribuido para conocer los procesos que inciden en la salud-enfermedad y comprender las desigualdades en los indicadores de morbilidad y mortalidad de los hombres, la disfunción eréctil analizada a partir del género entiende este problema desde la parte médica y expresión de su sexualidad que al instaurarse en la objetividad de la estructura social y subjetividad de la estructura mental afirmar su virilidad como prueba de su masculinidad Badinter (1994), al ser visibilizados los trastornos sexuales se cuestiona su identidad de género, y al no reconocerse como



hombres sexuados y deseados hace que la masculinidad sea una norma sin género expresada mediante las relaciones coitales por el significado e importancia que tiene para construir la identidad masculina. (Oprezzi M., Ramirez C., 2016)

5.4. Identidad masculina

La identidad tiene dos enfoques el esencialismo que se refiere a lo biológico diferenciando lo orgánico entre los hombres y las mujeres; el otro enfoque se deriva de las ciencias sociales haciendo referencia a las cualidades, actitudes y comportamiento aprendidos y construidos socialmente. (Fuentes, 2016)

La identidad masculina se construye desde diferentes perspectivas donde influyen factores biológicos y de género, el hombre y la mujer tiene aspectos físicos y orgánico que los diferencia, en el momento de la fecundación donde los cromosomas definen el sexo, Kimmel (1997) expone la creencia: «pensamos que la virilidad es innata, que reside en la particular composición biológica del macho humano, el resultado de los andrógenos o la posesión de un pene» experimentando a los niños y las niñas una diferenciación identitarias antes de nacer. El género se crea para facilitar la identidad sexual donde la sociedad impone a las personas sus reglas y conductas forjando una división entre lo masculino y lo femenino construyendo una relación social estereotipada. (Pascual, 2015)

En la construcción de la identidad masculina influye diversos factores entre ellos sexo y el género, la diferencia entre estas palabras determina las identidades masculinas y femeninas, al conceptualizar al sexo se hace referencia a lo biológico; mientras que al hablar de género expresamos un todo en el ser humano, es por ello que los estudios de género no son exclusivos o dirigidos solo hacia las mujeres como se cree comúnmente esta ideología es debido al sistema patriarcal y androcéntrico siendo una postura equívoca; Scott (1996) expresa porque no se puede hablar de género solo con una de las partes del componente humano, dejando a un lado a la otra parte de este sistema donde se encuentran los hombres pues para construir una sociedad igualitaria se necesita de ambos para deconstruir los pensamientos binarios y diferencia sexual. (Sambade, 2017)



La masculinidad hegemónica estudiada como el apartado principal ha causado el machismo y sociedades patriarcales que estereotipan lo femenino, desde este punto de vista es necesario analizar las masculinidades desde otras perspectivas que transformen los roles de género y los hombres generen un cambio en su forma de pensar, sentir y actuar para llegar a la equidad e igualdad y no se mire a la masculinidad desde un enfoque hegemónico, patriarcal o de clases sociales porque afecta de igual manera a los hombres, siendo imprescindible transformar el paradigma concebido a lo masculino como hegemónico hacia un nuevo pensamiento sobre las masculinidades donde el hombre necesita interrelacionarse con lo femenino, Kimmel (1997: 49) coincide con ese pensamiento al considerar la masculinidad «como un conjunto de significados siempre cambiantes, que construimos a través de nuestras relaciones con nosotros mismos, con los otros, y con nuestro mundo». (Pascual, 2015).

5.5. Construcción de la masculinidad

A partir de la década de los setenta en Estados Unidos aparecieron los primeros estudios sobre los hombres denominado Men's Studies iniciando la construcción de la masculinidad que surge de las políticas e investigaciones feministas (Kimmel 2008), respondiendo a la estructura social marcada por el patriarcado. (Sambade, 2017)

A finales de los años sesenta pensadoras como Betty Friedan, Kate Millet, Sulamith Firestone entre otras expresaban las relaciones de poder y subordinación hacia las mujeres en comparación con los hombres los cuales estaban enmarcados en el patriarcado, desde estas posturas las feministas norteamericanas como Simone de Beauvoir promovieron investigaciones sobre la situación de las mujeres denominado Women's Studies caracterizados desde la epistemología feminista. (Sambade, 2017)

Posterior en Francia, Pierre Bourdieu (2007) analiza el fenómeno de la “dominación masculina” desde la filosofía socio antropológica; siendo este autor un referente y comprender como estas existen relaciones de poder han afectado la convivencia entre hombres y mujeres a partir de los estereotipos de género, clase, raza y cultura donde la subordinación es visibilizada muchas veces en actos de violencia con la finalidad de reafirmar públicamente su hombría para no mostrar la crisis por la cual



muchos los hombres pasan al categorizar la feminidad como signo de debilidad. (Valcuende, Blanco, 2015).

A su vez Raewyn Connell (2002) teoriza la masculinidad basada en el análisis de las relaciones de poder desarrollando propuestas desde la perspectiva sociológica donde la masculinidad es una dimensión del orden de género que se remite a una estructura de relaciones sociales donde se involucra el cuerpo, la sexualidad, subordinación y desigualdades entre los sexos . (Téllez et.al, 2017).

Kimmel (1999) expresa que la construcción de la masculinidad es dinámica de acuerdo a la cultura y relaciones sociales de unos con otros, existen grupos que cuestionan el significado de ser hombre desde la visión hegemónica como tradicionalmente lo entiende el patriarcado esto ha generado una crisis de la masculinidad, donde esta imagen patriarcal afecta a muchos hombres que se sienten impotentes ante la pérdida de espacios públicos y privado; la concepción de esta postura ha sido asumida por diversos grupos feministas que critican las discusiones estandarizadas sobre la masculinidad dándole la conceptualización como universal la cual hace referencia a un solo tipo de hombre: blanco, heterosexual y de clase media a alta, jerarquizando la masculinidad, es por ello Judith Butler (2004) considera que es necesario una ruptura de la estructura socialmente atribuida a los hombre. (Sambade, 2017).

Los estudios feministas fundamentalistas centraron su estudio en la masculinidad patriarcal de occidente como lo global de la masculinidad construyendo en los hombres un discurso de división sexual donde las mujeres se encargaban del cuidado y trabajo doméstico por su apego con la naturaleza, mientras que el hombre desde el campo público, privado y sexual lo que destaca Marques y Osborne (1991) que desde este aspecto el sexo masculino tenía el conocimiento y era un referente en la estructura social. (Téllez et.al, 2017)

Olabarría en su estudio “modelos de masculinidad y desigualdad de género” (2004) realizado en Chile decía «ser hombre otorga un signo de distinción y fortaleza» por ello se les confiere privilegios y derechos que no tienen otros géneros, la masculinidad ha sido asociada con la virilidad y formas de vivir su sexualidad, este pensamiento ha provocado inseguridad y falta de autoconfianza porque al presentar



algún trastorno o problema sexual se los cataloga como poco hombres y son muchas veces rechazados en la sociedad creando conflictos internos a nivel personal; a esto se incluye que muchos hombres no tienen o no buscan información adecuada sobre su salud sexual incrementando de esta manera el riesgo de padecer patologías sexuales limitando la vivencia satisfactoria de su sexualidad. (Donoso, 2015)

Connell (1997) expresa que las masculinidades son múltiples figuras de relación entre sexo-género y están ligadas por diversos recorridos históricos, sociales y culturales, analizando el término masculinidad desde el enfoque de género se puede observar cuales han sido las formas sociales de establecer y mirar como algo natural la diferencia sexual entre hombres y mujeres cuya finalidad era construir un poder el cual debía ser ejercido por el sexo masculino; Connell manifestaba que “la estructura de poder es un cuestión de prácticas así como una condición [...] es un aparato socio-político que asume la dependencia de las mujeres por parte de los hombres”. La organización de género se mira desde cuatro dimensiones en las cuales se inserta la masculinidad: relaciones de poder, de producción, virilidad y emociones. Las relaciones de poder entre hombres y mujeres se interiorizan desde la subordinación y devaluación de lo femenino, y, en segunda instancia la dominación de unos hombres sobre otros, atendiendo a un modelo de masculinidad hegemónica. (Schongut Grollmus, 2012)

Las masculinidades no pueden ser estudiadas desde un solo enfoque, puesto que existen diversas conceptualizaciones, pensamientos y perspectivas que contribuyen al conocimiento a partir de una realidad social y cultural, lo que para Connell significa la teoría del orden y prácticas sociales antes de los prototipos sexuales, roles y relaciones de género, visibilizando tres categorías de masculinidad las hegemónicas (subordinación de hombres hacia las mujeres), conservadoras (dominación patriarcal y mismo género) y las subordinadas (relaciones de poder entre personas de la diversidad sexual) y a partir de estas se crea la identidad de género. (Bermudez, 2013)

Las investigaciones realizadas por organismos internacionales (UNFPA, OMS, CEPAL, etc.) y autores como Gutman (2000), Gutiérrez (2008), entre otros en temas de género y sexualidad en jóvenes enfatizan los cambios de pensamiento en esta población sobre la masculinidad, esto a causa de la transición cultural y social que ha



permitido que muchos jóvenes objeten el modelo estereotipo y normalizado que se ha dado al hombre desde hace mucho tiempo. (Ramirez, Gutierrez, Valladares, 2014)

5.6. Masculinidad y su relación con la sexualidad

En la actualidad las políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva han incorporado el enfoque de género pero lamentablemente cuando se puso en marcha los programas se visibilizó que estos estaban dirigidos mayoritariamente hacia las mujeres y el tema del cuidado; las reuniones de diferentes organismos internacionales y nacionales buscaban la forma de integrar los derechos de las mujeres; consolidándose en la década de los 90 los derechos sexuales y derechos reproductivos como parte de derechos humanos pero estos no fueron reconocidos porque violentaban el constructo patriarcal, en el año de 1994 se desarrolla la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIDP) en Cairo donde se incluye estos derechos como parte inherente del ser humano independientemente de su sexo y orientación sexual. (Mora, 2015)

Al incorporar la salud sexual y salud reproductiva fundamentada en los derechos de todos y todas, varias organizaciones sociales que tienen posiciones religiosas diferentes no permitieron la instauración de los derechos sexuales y reproductivos por, desarrollaron varias reuniones para la toma de decisiones sobre estos derechos que se centraron en la reproducción generando nuevamente que el hombre tenga posesión sobre el cuerpo de las mujeres sin poder ejercer ellas sus derechos con integralidad, de igual manera se vulneró el derecho de los hombres porque se dejó en segundo plano la vivencia y el ejercicio de su salud sexual y reproductiva. (Oprezzi M., Ramirez C., 2016)

Judith Halbersam (1998) publicó su obra *Fémale Masculinity* en la cual argumenta que las características de lo femenino y masculino son socioculturales; centra su análisis en la hipótesis que a pesar que las mujeres han sido subordinadas puede haber consideraciones culturales que modifiquen esta masculinidad dominante, Butler (2008) manifiesta que los sexos son una inscripción discursiva al igual que el género son una deconstrucción de la cultura occidental donde no se mira otras divisiones sexuales más que la heterosexual o binarismo sexual en el cual cada uno responde a un género según el sexo; todo lo que está fuera de esta división se excluye y patologiza. (Sambade, 2017)



Keijzer (2001) reflexiona el cuidado del cuerpo y salud masculina como algo inexistente en los hombres, pues destaca que el rol de cuidarse o cuidar se relaciona con lo femenino; ellos prefieren callar y no manifestar el malestar provocando riesgos para su salud, este pensamiento está asociado con la manera de demostrar el poder y autoridad, generando comportamientos riesgosos y violentos que pueden terminar en violencia. Otro punto de vista de este autor es la relación de trabajo y la masculinidad; históricamente se ha concedido al hombre el rol de proveedor de la familia y estar en los espacios públicos y privados como una exigencia de la sociedad patriarcal, desde este pensamiento se justifica que el hombre es más fuerte, inteligente y capaz, invisibilizando los problemas en salud física, emocional y mental porque se ha reprimido la toma de decisiones desde las vivencias propias como seres humanos por cumplir un estereotipo social. (Garzón, 2015).

Uno de los ámbitos donde se manifiesta las relaciones de poder es en la sexualidad; el hombre se limita al deseo y placer, pues al tener un órgano genital externo es símbolo de virilidad porque demuestra fuerza, limitando el placer y funciones reproductivas en forma restrictiva de las mujeres y dejándolas a un lado de lo público y político para que se encarguen del cuidado; para Alsina y Borrás la virilidad es una prisión y constante prueba para los hombres porque su sexualidad no responde únicamente al placer sino también a conservar su imagen masculina ante los demás, para Kimmel la característica continua de la virilidad es el miedo a no responder eficientemente durante el acto sexual porque pueden ser considerados como poco hombres y se niega su hombría constituyéndose la masculinidad en una defensa ante otros hombres o si mismo.. (Fonseca, 2018)

La unión sexual entre una mujer y un hombre es esencialmente triangular donde el tercer elemento es el órgano masculino. “En el coito el hombre ve un pene frente a él, mientras las mujeres ven un hombre detrás de un pene”. Al hombre se le prohíbe la feminidad porque atentan su virilidad siendo un factor que contribuye muchas veces a trastornos sexuales como la impotencia sexual, eyaculación precoz y disfunción eréctil, este enfoque biomédico restringe el placer sexual en el hombre reduciendo el acto sexual a la penetración y coito (Fonseca, 2018)



Zabala y Herrera (2009) piensan que este enfoque centraliza la salud sexual del hombre en el funcionamiento eficaz de su órgano sexual al momento de la relación coital, el abordaje del personal de salud es biologista; algunos hombres no desean que se indague sobre su salud sexual y sexualidad debido al machismo y otros factores que pueden poner en riesgo su masculinidad siendo una barrera al momento de la atención en salud y no registro de las patologías dando como resultado la deficiencia de datos epidemiológicos de disfunciones sexuales masculinas, siendo necesario que los Estados reformen sus políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva donde el hombre. (Fonseca, 2018)

5.7. Nuevas masculinidades

En la década de los años 70 en algunos países como EEUU e Inglaterra han surgido los denominados Men's Group quienes investigaron sobre la masculinidad patriarcal la cual está en crisis. Ángeles Carabí (2000) dice que estos grupos trabajan conjuntamente con las feministas luchando por la igualdad de los derechos y una sociedad igualitaria sin hacer distinciones de género y poder. (Donoso, 2015)

En América Latina hace 20 años se inicia los estudios de masculinidad, Olavarría y Valdés (1998) pretendían indagar la intervención de los hombres en las desigualdades de género, iniciando investigaciones con numerosos temas sobre la construcción de la masculinidad en diferentes países, organizaciones internacionales como ONU Mujeres y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) han apoyado en estas investigaciones y agendas políticas como las conferencias de Cairo (1994) y Beijing (1995) trabajaron los derechos sexuales y reproductivos, violencia, VIH con la finalidad de promover las políticas públicas que integren la salud masculina. (Aguayo F., Nacimientos M., 2016); además fomentaron la creación de redes masculinas con la finalidad de deconstruir la masculinidad tradicional y promover nuevos modelos. (Mora, 2015)

En Latinoamérica la conformación de las organizaciones de hombres estuvo influenciada por Norteamérica y Europa estos grupos eran conservadores y reclamaban sus derechos basándose en los derechos de la paternidad. En América Latina actualmente existen redes y alianzas entre grupos de hombres para trabajar en políticas



públicas para fortalecer la participación de los hombres en la esfera del cuidado, derechos sexuales y reproductivos, violencia contra las mujeres para de esta manera ir aplacando el patriarcado entre estos grupos tenemos al Colectivo de Varones Antipatriarcales en Argentina en 2009 y el Colectivo Varones contra el patriarcado en Costa Rica en 2011. (García, 2015)

La importancia de estas organizaciones es la mirada que tienen sobre la categoría hombre, substituyéndola por “varón” como un derecho a la política de su identidad y resistencia a la posición que el término hombre ha tenido históricamente en el sistema patriarcal cuestionando de esta manera los roles asignados socialmente y las relaciones inequitativas entre los géneros de esta manera la masculinidad sería entendida a partir de que los varones son sujetos de género. (García, 2015)

La existencia de diversas masculinidades y otros enfoque que tienen algunos hombres que defienden la igualdad entre los géneros desde una posición antipatriarcal y machista es primordial para cambiar los conceptos de género y la inclusión de la masculinidad igualitaria (Téllez et.al, 2017). Anteriormente la masculinidad se enfocaba en los privilegios otorgados a los hombres y su relación para construir el poder; pero a partir de las nuevas investigaciones sobre los hombres esta mirada está cambiando poco a poco, lo que va modificando la perspectiva de género en cuanto a la posición de los hombres sobre las mujeres en el campo público y privado (Muñoz, 2015).

Susana Covas (2008) en su estudio concluyó diciendo que el cambio masculino es posible, sin olvidar que existe resistencias para deslegitimizar el modelo hegemónico de masculinidad; existe un compromiso social de algunos hombres por cambiar esta concepción sin embargo no es suficiente para generar cambios frente a las inequidades de género, por lo cual es necesario deconstruir estos paradigmas sociales y culturales tanto en hombres como en mujeres. (CEPAIM, 2015).

5.8. Salud sexual y salud reproductiva

El Plan Nacional de salud sexual y salud reproductiva (PNSSySR) 2017-2021 está enmarcado en el ejercicio los derechos sexuales y derechos reproductivos los mismos que están protegidos y amparados por los derechos humanos, normativas, acuerdos internacionales y marcos constitucionales. La OMS en conjunto con otras



organizaciones internacionales y sociales realizan varias investigaciones en temas de salud sexual y salud reproductiva para garantizar que todos los Estados tengan una concepción unificada y de acuerdo a la caracterización de cada territorio se generen leyes, políticas y programas integrales para la prevención enfermedades y trastornos sexuales, de igual manera realizar estrategias para la promoción de una salud sexual y salud reproductiva que proteja la salud de sus pobladores y sea ejercida con responsabilidad. (MSP, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2017)

El Ecuador al ser un Estado de derecho, democrático, laico, multiétnico y pluricultural garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos" (Constituyente, 2008). El Ecuador ha sido un país que ha progresado en la implementación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva basándose en los marcos normativos internacionales ha transformando su sistema legal y rector sanitario para garantizar su acceso, el sistema nacional de salud está articulando con todos los subsistemas de salud públicos y privados con la finalidad de planificar y asignar recursos que permita brindar una atención basada en el marco de los derechos humanos garantizando la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres de acuerdo a su edad, sexo, género, orientación sexual, situación socio-económica y procedencia geográfica, de esta manera responde las demandas de la población por una salud integral. (MSP, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2017)

La sexualidad y salud sexual de la personas están influenciadas por entornos culturales, socioeconómicos, políticos y jurídicos y su ejercicio depende de los avances de estas dimensiones, para Foucault (2007), Rodríguez-Shadow y López (2009) la sexualidad es uno de los elementos que conforman la cultura debido a que logra regular la conducta por medio del poder y la dominación. (Fuentes, 2016)

En referencia a lo social se manifiesta por reglas, valores e ideologías donde el hombre tienen derecho a controlar el cuerpo de las mujeres y estos patrones se vuelven repetitivos que persiste en todos los extractos sociales y donde los comportamientos sexuales son vistos como normales, por ejemplo, cuando una persona tiene relaciones coitales con alguien del mismo sexo, dejando rezagado a las personas que tienen una identidad sexual diferente o diversa, la protección para evitar embarazos no deseados está a cargo del sexo femenino por estar relacionado con el cuidado, el número de



parejas sexuales, se piensa que el hombre mientras más parejas tenga se considera más macho como símbolo de hombría; de igual manera las desigualdades socioeconómicas y de género imponen roles, posición social, privilegios y relaciones de poder entre hombres y mujeres donde la raza, etnia, religión, edad y nivel económico son factores influyentes para este ejercicio de poder. (WHO, 2018)

La sexualidad es parte de la salud de la persona es por ello que deben ser atendidas y priorizadas para evitar enfermedades médicas y psicológicas, es necesario conocer cuáles son las causas que provocan los desórdenes sexuales en los hombres como disfunción sexual, eyaculación precoz, entre otros; y como estos problemas están relacionados con aspectos sociales, políticos y económicos. El Estado no ha generado políticas públicas para mejorar las enfermedades sexuales de los hombres, existen muy pocos datos de morbilidad por trastornos sexuales, lo que dificulta tomar acciones para mejorar la salud masculina; otro aspecto que no ha sido tomado en cuenta y existe escasa información es la relación de las disfunciones sexuales y lo social el cual debe analizarse desde el enfoque de género y masculinidades con la finalidad atacar todos los determinantes que provocan estas enfermedades. (Fuentes, 2016)

Las agendas sobre el desarrollo en la década de los 90 como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), organizada por la ONU en el Cairo (1994), se contempla y conceptualiza la salud sexual y reproductiva a partir del enfoque de género e incluye a los hombres en estos procesos de salud que no se visibilizaban para generar cambios en las políticas estatales. (Galoviche, 2016)

Las personas menores de 25 años de edad constituyen el 43% de la población mundial y muchos pertenecen a la población universitaria cuyas características son desiguales en relación a los conocimientos en salud sexual y salud reproductiva, estos están influenciados de acuerdo a su nivel social o cultural (Abou Orm Saab, K., & Camacaro Cuevas, M, 2013), en una investigación realizada en universitarios ecuatorianos el 91% considera importante la educación sexual en la universidad, pues desconocen sus derechos sexuales y reproductivos desde este aspecto es fundamental que la academia sea un escenario de formación integral en educación sexual. (Hernández et.al, 2015)



5.8.1. Conceptualización de Salud sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1974 realiza el primer informe sobre sexualidad y tratamiento en sexualidad humana definiendo a la salud sexual como «la integración de los elementos anatómicos, emocionales, intelectuales y sociales del individuo sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor». En el año 2010 ésta definición se complementa con las palabras como sexo, sexualidad y se suma todo el abordaje de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como resultado de estos cambios su definición fue: “la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar”. La salud sexual requiere del enfoque de la sexualidad y relaciones sexuales para que todas las personas tengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales para tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. (WHO, 2018)

5.8.2. Conceptualización de Sexualidad.

El Comité de Sexualidad Humana de la Asociación Médica Americana, manifiesta que la sexualidad involucra lo que realiza la persona y lo que es; está influenciada por las creencias sociales y culturales influyendo en las conductas interpersonales del ser humano. (Ramirez, Gutierrez, Valladares, 2014)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la sexualidad como lo central del ser humano y, está presente desde el nacimiento hasta el deceso de la persona; abarca el sexo, las identidades, los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción; se expresa en todas las dimensiones de género, en los roles, las creencias, las actitudes, comportamientos, los pensamientos, deseos y valores. La sexualidad incide en los procesos biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos los cuales permiten ejercer plenamente o no la sexualidad. (WHO, 2018)



5.9. Función sexual masculina

5.9.1. Fisiología sexual masculina.

La función sexual masculina normal requiere de interacciones entre los sistemas vascular, neurológico, hormonal y psicológico mediante la sinapsis con los receptores cerebrales para producir la respuesta sexual que inicia con la erección del pene, este fenómeno vascular está desencadenado por neurotransmisores que emiten señales neurológicas y circulatorias (Franco A, 2019), además tiene que existir un medio hormonal apropiado para que de manera se equilibre y controle la respuesta sexual humana durante las relaciones sexuales. (Irvin H. Hirsch, 2017)

5.10. Disfunción Sexual (DS) masculina.

La Disfunción Sexual es un trastorno que afecta la salud de los hombres a nivel físico y mental que afecta no solamente a la persona que la padece sino también s a su familia (Cruz et. al., 2017). Se define como la incapacidad para alcanzar y/o mantener la erección del pene durante el acto sexual hasta su finalización con disminución de la rigidez eréctil; también se conceptualiza como la ausencia o modificación de una o varias fases de la respuesta sexual: deseo, excitación, orgasmo y resolución. (P. Ramlachan, M.M.Campbell, 2014), las disfunciones sexuales masculinas incluyen la disfunción eréctil (DE), disminución del deseo y la eyaculación anormal. (Porrás, 2016)

5.11. Neurofisiología del acto sexual masculino

La respuesta sexual humana (RSH) es parte importante de la sexualidad de las personas porque es la capacidad de responder frente a todos los cambios orgánicos que se producen durante la actividad sexual la misma que se expresa de acuerdo a los estímulos eróticos que tiene la persona al iniciar el acto sexual. (Fuentes, 2016)

En el sistema nervioso está presente funciones sensitivas, integradoras y motoras, a nivel cerebral la neurona mediante la sinapsis genera, recibe y transmite todos los impulsos nerviosos hacia otras neuronas; posterior a esta actividad se activa el encéfalo que es la parte integradora cuyas funciones son: almacenamiento de los recuerdos, concepción de ideas y generación de emociones; por último se encuentran las terminaciones nerviosas simpáticas y parasimpáticas que segregan sustancias



transmisoras sinápticas como la acetilcolina y norepinefrina provocando la estimulación simpática y los efectos excitatorios en algunos órganos y partes del cuerpo, dando como resultado la erección y la eyaculación, pero también estas sustancias pueden desencadenar efectos inhibitorios en otros órganos causando insatisfacción o inhibición del libio. (Franco A, 2019)

El modelo lineal de las teorías de William H. Masters y Virginia E. Johnson la respuesta sexual humana tiene un ciclo sexual que se caracteriza por cuatro etapas excitación, meseta, orgasmo y resolución en las cuales existen cambios fisiológicos influidos por factores orgánicos, circunstanciales y cognitivos. (Gutierrez Teira, 2019). Helen Kaplan propone un modelo de dos fases: los cambios generados por la vasocongestión y la respuesta miodónica que se producen durante la fase del orgasmo, posteriormente incorpora una etapa anterior a la fase vasocongestiva llamada fase de deseo; Juan Luis Álvarez-Gayou propuso otras fases de respuesta sexual para un mejor estudio y clasificación de las disfunciones sexuales el cual se compuso de seis fases: estímulo sexual efectivo, excitación, meseta, orgasmo, resolución y período refractario las cuales pueden presentarse durante todas las etapas de la vida donde el cerebro es la parte esencial del ser humano porque desde allí inicia todos los cambios fisiológicos. (Franco A, 2019)

5.11.1. Fases del acto sexual masculino.

- **Fase de excitación** dura varios minutos hasta horas la respuesta a este fase es el aumento del nivel de tensión muscular, frecuencia cardíaca e inicio de la vasocongestión, aumento de los órganos genitales, lubricación vaginal y uretral, durante esta fase pueden existir estímulos adversos que acorten o disminuyan o interrumpan la excitación (Franco A, 2019)
- **Fase de meseta** se incrementa los niveles de excitación puede durar de 3 a 5 segundos hasta llegar al orgasmo en la cual se producen contracciones intermitentes de la musculatura lisa genital y esquelética. (Franco A, 2019)
- **Fase orgásmica** definida como placer intenso y subjetivo dura de 3 a 15 segundos es la fase de liberación de la tensión sexual y se manifiesta con la eyaculación. (Franco A, 2019)



- **Fase de resolución** el organismo y órganos sexuales vuelve a los niveles normales de frecuencia cardíaca, presión arterial, respiración y contracción muscular, y se experimenta una sensación general de bienestar esa fase puede durar de 10 a 15 minutos. (Franco A, 2019)
- **Fase o período refractario** en esta etapa el hombre presenta una resistencia temporal a la excitación y difícilmente logre un orgasmo dura varios minutos, horas o hasta días dependiendo de la edad, en el caso de la mujer no presenta este período ya que responde satisfactoriamente a nuevos estímulos es multiorgásmica. (Franco A, 2019)

La respuesta sexual masculina (RSH) tiene un factor psíquico importante que puede iniciar la RSH o inhibirlo, el acto sexual masculino es el resultado de mecanismos reflejos propios integrados en la médula espinal sacra y lumbar iniciados por estimulación psíquica o sexual táctil. (Franco A, 2019)

5.12. Clasificación de las disfunciones sexuales masculinas

Las disfunciones sexuales masculinas (DS) se presentan debido algún trastorno durante la fase de la respuesta sexual, se clasifican en:

- **Trastornos de eyaculación y del orgasmo:** eyaculación precoz, retardada, retrógrada, aneyaculación y dolor (dispareunia) durante el acto sexual.
- **Trastornos del deseo sexual:** deseo sexual hipoactivo (fantasías sexuales), hiperactividad (actividad sexual impulsiva) y aversión al sexo (fobia al contacto sexual).
- **Trastornos de excitación:** disfunción eréctil (en la que se centra esta revisión). (Fernandez R, Arguelles O., 2015)

Las disfunciones sexuales masculinas, además se clasifican y diagnostican de acuerdo a la temporalidad en: primaria (de por vida) la disfunción está presente desde el inicio de la actividad sexual y perdura durante toda su vida sexual, o secundaria (adquirido) cuando se ha evidenciado la afección a partir de un cierto momento de la vida posterior a un período de actividad sexual normal; si no se ha presentado un problema de



disfunción sexual antes o por ninguna de las descripciones anteriores para tener un diagnóstico más preciso e integral se realiza la anamnesis basada en los subtipos y clasificación que proporciona el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM); este estudio utiliza algunas de las clasificaciones de los trastornos sexuales en base al DSM-IV como parte de las disfunciones sexuales que se pueden presentar en los hombres. (Pichot P. Lopez-Ibor Aliño J.J. Valdés Miyar M., 2001). En el año 2013 se realiza una actualización por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) con la ayuda de la OMS al DSM-IV publicando el DSM-5, modificando algunos diagnósticos y codificación de los trastornos sexuales, además para la evaluar la temporalidad se cambia la definición del diagnóstico primario por: cuando se alcanzado una madurez sexual; a continuación se realiza un cuadro comparativo de las modificaciones realizadas. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) (Rodríguez F. M., 2016).

CLASIFICACIÓN AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION TRASTORNOS SEXUALES

	DSM-IV	DSM-5
Trastornos del deseo sexual	F52.0 Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón (302.71).	Sin cambios
	F52.10 Trastorno por aversión al sexo (302.79)	F52.8 Otra disfunción sexual especificada (302.79)
Trastornos de la excitación sexual	F52.2 Trastorno de la excitación de la mujer (302.72)	F52.22 Trastorno del interés/excitación sexual femenino (302.72)
	F52.2 Trastorno de erección en el varón (302.72)	F52.21 Trastorno eréctil (302.72)
Trastornos orgásmicos	F52.3 Transtorno orgásmico femenino (antes orgasmo femenino inhibido). (302.73)	F52.31 Transtorno orgásmico femenino (302.73)
	F52.3 Trastorno orgásmico masculino	F52.32 Eyaculación



	(antes orgasmo masculino inhibido) retardada (302.74) (302.74)	
	F52.4 Eyaculación precoz (302.75).	F52.4 Eyaculación prematura (precoz) (302.75).
Trastornos sexuales por dolor	F52.6 Dispareunia (302.76) (no debido a una enfermedad médica). F52.5 Vaginismo (306.51) (no debido a una enfermedad médica).	F52.6 Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración (302.76) en hombres y mujeres
Otras disfunciones sexuales	Trastorno sexual inducido por sustancias - F10.8 Alcohol (291.8) - F15.8 Anfetamina (o sustancias de acción similar) (292.89) - F14.8 Cocaína) (292.89) - F11.8 Opiáceos) (292.89) - F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) (292.89) - F19.8 Otras sustancias (o desconocidas)) (292.89) F52.9 Trastorno sexual no especificado (302.70).	Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos - F19.181 Con trastorno por consumo, leve (292.89) - F19.281 Con trastorno por consumo, moderado o grave (292.89) - F19.981 Sin trastorno por consumo, leve (292.89) F52.8 Otra disfunción sexual especificada (302.79) F52.9 Disfunción sexual no especificada (302.70)

Fuente: Tomado del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association)

5.13. Etiología de las disfunciones sexuales masculina

Se han planteado diversas causas que podrían producir la disfunción sexual masculina, pero con la finalidad de facilitar el estudio de estas disfunciones los investigadores han agrupado en dos principales causas:



1. **Orgánicas:** entre las que figuran principalmente las enfermedades crónicas no transmisibles, endocrinológicas (diabetes mellitus, alteraciones tiroideas, hipogonadismo), genitourinarias, cardio-vasculares, neurológicas entre otras.
2. **Psicosomáticas:** como la ansiedad, depresión, estrés, psicosis, adicciones. (Rodríguez F. M., 2016)

5.14. Disfunción sexual masculina y sus trastornos

5.14.1. Trastornos del deseo.

5.14.1.1 Síndrome de Hipoactividad Masculina (TDSH).

Es la ausencia persistente o recurrente de pensamientos o fantasías eróticas de deseo para iniciar la actividad sexual. Se califica como una categoría de trastorno la falta de deseo sexual el cual debe estar acompañado desasosiego personal. De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana Quinta Edición (DSM-5) establece como criterio para clasificarlo como trastorno cuando existe una duración de síntomas en un tiempo de al menos seis meses, otros autores dicen que debe tomarse en cuenta los cambios orgánicos de la persona durante todo el ciclo vital para catalogarlo como una patología. (Jurado et. al., 2015). Los trastornos de síndrome de hipoactividad se clasifican de acuerdo con el momento y circunstancias de aparición en:

- **Primario:** aparece desde el inicio de la actividad sexual, la persona ha presenta un deseo sexual bajo durante toda su vida
- **Secundario:** se inicia después de un período de deseo sexual satisfactorio
- **Generalizado y situacional:** existe bajo deseo para cualquier tipo de actividad sexual o de pareja.

5.14.1.2 Síndrome de Hiperactividad Masculina (THS)

Es el estado en el cual se produciría exceso de fantasías, deseos y conductas sexuales que interfiere con las actividades diarias de los varones. Aún no se reconoce como un trastorno de entidad propia que está aún en validación científica. La prevalencia de THS a nivel global es de 3 al 6% más frecuente en hombres que en mujeres y aumenta en pacientes con comorbilidades psiquiátricas, el abordaje terapéutico es a través del



tratamiento farmacológico con testosterona pero en pacientes con déficit de esta hormona, modificación de estilos y hábitos de vida además de la terapia sexual. (Jurado et. al., 2015)

5.14.1.3 Aversión al sexo

Este trastorno sexual se lo denomina también fobia sexuales un signo de la ansiedad de la persona este caracteriza por una evitación activa de contacto sexual genital con otra persona. Helen Kaplan definió a la aversión al sexo como una condición recurrente e irracional y puede o no estar asociada con la disfunción sexual y esta aversión puede estar relacionado con la sexualidad. (Rubio, 2014), las personas con este trastorno generalmente no buscan una pareja y tener relaciones pues les provoca una gran angustia por lo que las evitan. (Fuentes, 2016)

5.14.2. Trastornos de la excitación.

5.14.2.1. Disfunción eréctil

La disfunción eréctil (DE) fue definida en 1992 por el panel de consenso de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (Luna P., 2014) como la incapacidad persistente o recurrente de lograr o mantener una erección lo suficientemente firme como para tener una relación sexual y puede incluir desde la incapacidad total de producir una erección hasta la inhabilidad de hacerlo con consistencia o la tendencia de mantener solamente erecciones breves. (Rivera Colón R., Santiago Centeno Z., 2016)

En 1993 el consenso sobre impotencia del NIH (National Institutes of Health) define la disfunción eréctil como “La incapacidad permanente para iniciar o mantener una erección suficiente como para permitir una actividad sexual satisfactoria” (Arango, 2014). Actualmente la OMS clasifica la disfunción eréctil (DE) como enfermedad tipo III por las graves repercusiones en la calidad de vida del paciente, de su pareja, pudiendo generar pérdida de la autoestima y otros trastornos psicológicos que repercuten en la relación del individuo con su medio social. (Jiménez L, 2015)

La prevalencia de la disfunción eréctil está relacionada con la edad, es un trastorno muy frecuente, un estudio Mexicano en hombres de 18 años el 9,7% tuvo disfunción. (Rubio, 2014), a nivel mundial su prevalencia es alta y se asocia la



insatisfacción sexual, edad y otras disfunciones con un porcentaje del 64,9% en hombres de ≥ 18 años de acuerdo a la investigación realizada en Sudáfrica. (P. Ramlachan, M.M.Campbell, 2014)

5.14.2.2. Etiología de la disfunción eréctil

Las causas de la disfunción eréctil pueden ser biológicas y los pacientes pueden tener comorbilidades que ha dañado el tejido endotelial que es necesario para la erección se presenta en enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, entre otras; los problemas psicológicos con otras causas de disfunción entre estos tenemos la ansiedad, problemas emocionales y la distracción porque el hombre centra su pensamiento en la calidad de erección que va a tener lo que puede generar pérdida de excitación y erección. (Rubio, 2014)

5.14.2.3. Diagnóstico disfunción eréctil

El diagnóstico de la disfunción eréctil inicia con la anamnesis al paciente para evaluar factores de riesgos o comorbilidades; también se efectúa la prueba de tumescencia y rigidez penéana nocturna que debe realizarse al menos 2 noches. La funcionalidad eréctil se mide mediante la erección con al menos un 60% de y dura 10 min o más. Otra prueba que se realiza es con inyección intracavernosa con la finalidad de conocer el estado vascular pero no es muy confiable y por ello se realiza actualmente la ecografía doppler. Si el resultado de la ecografía es anormal, se debe realizar una arteriografía y una prueba de cavernosografía/cavernosometría con infusión dinámica únicamente en los pacientes que son posibles candidatos para una cirugía vascular reconstructiva. También existen otros instrumentos de tipo encuesta para la valoración de la DE como el International Index of Erectile Function (IIEF) y el Sexual Health Inventory for Men (SHIM)

El tratamiento desde un enfoque terapéutico debe ser integral que incluye lo psicosexual, lo farmacéutico y el acompañamiento de la pareja denominada intervención mixta. (Correa, Kurt, Espinoza, Ariza, Alarcón, 2015)



5.14.3. Trastornos del orgasmo.

5.14.3.1. Eyaculación precoz (EP)

La eyaculación precoz es el trastorno masculino más frecuente y se presenta a cualquier edad, su prevalencia está en un 15 a 40% según el estudio PEPA (The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes), mientras que en estudio NHSLs en EEUU la prevalencia en hombres 18 a 29 años está en el 30% (Fernandez D., 2014), los factores culturales son determinantes para presentar este desorden orgánico que está asociado a disfunción eréctil en un 30%. (Rodríguez F. M., 2016).

La eyaculación precoz (EP) “es una disfunción sexual en el cual el hombre eyacula antes de lo deseado, en la mayor parte de los casos al iniciar el acto sexual, al tocar la vagina o incluso antes de intentar la penetración. El tiempo de latencia normal intravaginal hasta la eyaculación (IELT) que se considera un promedio está entre 3 y 6 minutos. Se considera una eyaculación como precoz si se produce antes de un minuto y una probable eyaculación precoz si el tiempo IELT está entre 1 y 1,5 minutos”. (Fernandez D., 2014)

5.14.3.2. Definición de la eyaculación precoz

La Asociación Americana de Urología la define como “*la eyaculación que ocurre antes de lo deseado, ya sea antes o poco después de la penetración, causando angustia a uno o a ambos compañeros*” (Fernández, 2014), la Sociedad Internacional de Medicina Sexual (ISSM) se centra en una relación sexual clásica del varón definiéndola como: “una disfunción sexual donde la eyaculación se produce antes o un minuto después de la penetración debido a la incapacidad para retrasar la eyaculación provocando efectos personales negativos como angustia, malestar, frustración y evitación de las relaciones íntimas por la razón de no tener la capacidad de evitar una eyaculación temprana.” «Definition of Premature Ejaculation (PE) ISSM», (s.f). (International Society for Sexual Medicine, 2018).

5.14.3.3 Clasificación

El DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) propone la siguiente clasificación:



- **Eyacuación Precoz Permanente:** este trastorno se presenta todo el tiempo durante el acto sexual la eyacuación es menor de un minuto, su causa probablemente es genética o neurobiológica.
- **Eyacuación Precoz Adquirida:** puede ser orgánica o psíquica, puede manifestarse posterior a tener relaciones sexuales sin problemas de eyacuación
- **Disfunción Eyaculatoria Prematura:** Su origen es psicológico los hombres se tienen la percepción de sentirse como eyaculadores precoces pese a que su tiempo de eyacuación es normal entre los 3 a 7 minutos, este tipo de disfunción también considera a los hombres que presentan su eyacuación hasta más de diez minutos. (Fernández, 2014)

Las causas de la EP son multifactoriales: los factores orgánicos son varios y diferentes teorías que dicen que el hombre puede tener mayor sensibilidad en el pene o centros medulares de la excitación debido alteraciones en los receptores de serotonina, alteraciones prostáticas y algunos fármacos. Los factores psicológicos más relevantes de la respuesta eyaculatoria pueden ser debido a experiencias desagradables, desconocimiento del hombre de su respuesta sexual o trastornos de personalidad ansiosa ante los encuentros sexuales. (Rodríguez F. M., 2016)

La eyacuación precoz es una patología con altos índices de subdiagnóstico que influye directamente en la salud sexual del hombre porque no se cura su tratamiento es farmacológico y psicológico mediante técnicas de para tener el control eyaculatorio. (Puentes R. Y., Blanco E., 2016)



5.14.4 Trastornos por dolor.

5.14.4.1 *Dispareunia masculina*

Se define como el dolor genital antes durante y después de una relación sexual. (Rivera Colón R., Santiago Centeno Z., 2016), este término fue citado por el médico inglés Robert Barnes, la dispareunia puede presentarse en el pene, prepucio, testículos, uretra y glándula prostática y está asociado con la eyaculación, erección o penetración, este trastorno no ha sido muy estudiado por lo que su prevalencia es hipotética, Lauman en 1794 en su investigación en hombres de 18 y 59 años encontró una prevalencia del 3%, mientras que Pitts M. Ferris (2007) en su estudio en Australia de 4000 hombres el 5% presentaron dolor asociado a la relación sexual. Las causas de la dispareunia son debido a infecciones del órgano sexual y su tratamiento es de acuerdo a los síntomas presentados. (Villarreal V., 2019)

5.15. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN LAS DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS

5.15.1. Edad

Numerosas encuestas dirigidas a la población indican que las disfunciones sexuales son muy prevalentes en la población general y aumenta con la edad, aunque la ansiedad personal y reactiva disminuye (Gallach et.al., 2017)

La sexualidad es el centro del ser humano y abarca el sexo, las identidades, papeles de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción esto se expresa en fantasía, deseo, sentimientos, creencias, actitudes, valores y comportamientos pero no todas son estas se expresan, el ejercicio de la sexualidad considera importante la primera relación sexual como paso de la infancia a la adultez está influenciada por factores culturales, sociales, políticos, económicos y educativas; este inicio puede ser satisfactorio o traumático determinando la vivencia sexual en un futuro, la edad de inicio tiene importantes implicaciones en lo personal y de salud pública por el riesgo de ITS, embarazos deseados entre otros determinantes. (Argüelles, 2016).



Carlos Welti señala que el primer encuentro sexual es uno de los elementos que conforman la serie de eventos que marcan la vida de las personas y que tales sucesos se presentan de una manera distinta dependiendo la edad que cada individuo tiene en el momento del acontecimiento (Argüelles, 2016)

5.15.2. Lugar de residencia

Los hombres indígenas de zonas rurales tienen su primera relación sexual a partir de la presión del grupo social o de pares solo por el hecho de demostrar su hombría estas relaciones coitales no tienen vínculos afectivos son de placer, lo contrario de los hombres urbanos donde su relación tiene lazos afectivos y la decisión es individual, este comportamiento es de acuerdo al lugar de crianza. (Fuentes, 2016)

5.15.3. Religión

La religión católica es una de las primeras ideologías que tienen la mayor parte de las personas, Research Center, en 2014 en las entrevistas aplicadas a 100 adultos, 90 dijeron ser criados en la religión católica, siendo desde este culto la mirada de la sexualidad donde se prohíbe algunas formas de expresarla y vivirla, dentro de las religiones denominadas como protestantes cualquiera se a su nombre el ejercicio de la sexualidad es a partir de la racionalización, pero todas las religiones coinciden que es mejor la abstención (Fuentes, 2016)

5.15.4. Año de estudio

En revisión bibliográfica es muy escasa en cuanto a la asociación el año de estudio y las disfunciones sexuales que son investigados a partir de causas fisiológicas, psicológicas o la edad, en el estudio realizado a estudiantes universitarios de Santiago de Chile evidencia que la disfunción eréctil se concentra en los tres primeros años de estudio con mayor incidencia en el tercer año pues son los años donde los estudiantes tienen mayor presión académica y les genera estrés. (Leyton N. et.al., 2018)

5.15.5. Etnia

En las investigaciones de disfunciones sexuales no se ha encontrado una relación directa en la cual visible como la etnia influye en la disfunción eréctil; lo que se ha planteado es a partir del diagnóstico de enfermedades mentales, donde los factores como el género, clase social, etnia y orientación sexual se los analizado desde la perspectiva del constructivismo social en el cual está inmersas las prácticas culturales



como la etnia, raza, etc. influyendo en la salud sexual de los hombres. (Garces Andrea, Cobos, Constanza, Pino Santiago, 2013), las desigualdades de género son el resultado de normas, división de roles y privilegios alterando las relaciones íntimas (sexuales) provocando alteraciones durante el desempeño sexual. (WHO, 2018)



6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

Describir la frecuencia y caracterización de las disfunciones sexuales masculinas en los estudiantes de la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Año 2018.

6.2. Objetivos específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio según edad, etnia, año de estudio, residencia, ocupación, orientación sexual, religión, inicio de vida sexual y número de parejas sexuales.
- Determinar la frecuencia y temporalidad de las disfunciones sexuales masculinas.
- Caracterizar la disfunción masculina según trastornos del deseo, excitación, orgasmo y dolor
- Determinar la asociación estadística de la disfunción eréctil, disfunción eyaculatoria con edad, año de estudio, etnia, ocupación, religión y residencia.

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia y caracterización de las disfunciones sexuales masculinas en estudiantes de la Carrera de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en el año 2018?

8. HIPÓTESIS

La frecuencia y caracterización de las disfunciones sexuales masculinas se presenta en hombres jóvenes; en un porcentaje mayor al 23% y está asociada con las características sociodemográficas como edad entre los 18 a 35 años, año de estudio superior al cuarto año, en estudiantes que trabajan y estudian, de religión católica y residencia urbana.



9. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1. Tipo y diseño general de estudio

La presente investigación correspondió a un estudio de orden cuantitativo, observacional, descriptivo, analítico, transversal que permitió conocer la disfunción sexual en estudiantes varones de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca desde el enfoque de las masculinidades y su correlación con los factores asociados según la bibliografía investigada.

9.2. Área de estudio

Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, en el periodo 2018.

9.3. Universo y muestra

La población estudiada fue todos los estudiantes varones matriculados en la Carrera de Medicina durante el primer semestre del periodo 2017-2018.

9.4. Criterios de inclusión y exclusión

9.4.1.1. Criterios de inclusión

1. Estudiantes varones matriculados para el primer semestre, periodo 2017-2018 en la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca que se encuentren asistiendo a clases con regularidad, edad entre 18 a 35 años.
 1. Firma del consentimiento informado.

9.4.1.2. Criterios de exclusión

1. Estudiantes que presenten trastornos psiquiátricos.
2. Estudiantes con déficit cognitivo o retraso mental.
3. Estudiantes con antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas

9.5. Materiales, métodos y procedimientos para recolección de información.

9.5.1. Autorización.

Se entregó un oficio al Decano de la Carrera de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca para la aprobación de ejecución de la investigación.

9.5.2. Supervisión.

El presente trabajo fue supervisado por el Dr. Manuel Lucas, Director de la investigación y la Dra. Jeanneth Tapia como tutora.



9.5.3. Instrumentos de recolección de datos.

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

- **Cuestionario de salud sexual para hombres (SHIM) Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE-5)**

Población varón general. Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 5 ítems con 5 opciones de respuesta cada una. 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 cinco categorías: severa (puntuación 5-7), moderada (8-11), de media a moderada (12-16), media (17-21), y no sufre disfunción eréctil (22-25). (Servicio Andaluz de Salud., 2018)

- **El cuestionario de autoinforme de eyaculación precoz de Gindin y Huguet**

Cuestionario autoadministrado consta de 21 preguntas cada una con una ponderación de si el valor de 2 a 4 y no el valor es 0 puntos, en la pregunta 1 la calificación es de 2 a 5 puntos, en las preguntas 8 la ponderación es (8 p) menos de 30 segundos (6 p) menos de 1 minuto (4 p) de 1 a 3 minutos (1 p) más de 3 minutos (0 p) más de 15 minutos en la pregunta 9 (9 p) menos de 1 minuto (6 p) de 1 a 5 minutos (3 p) de 5 a 15 minutos (1 p) de 15 a 30 minutos (0 p) más de 30 minutos todos valores de repuestas se suman y de acuerdo al resultado se evalúa 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. (Alcoba, García, San Martín, 2004)



9.6. Plan de tabulación y análisis de resultados

9.6.1. Métodos y modelos de análisis.

Estudio **cuantitativo, observacional, analítico de corte transversal** el análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS 23 y Epidat 3.1 y la asociación estadística con U de Mann Whitney, Kruskal-Wallis y correlación de Spearman; se aceptó la hipótesis con un valor de $p < 0.05$

Los resultados se presentaron en forma de tablas. En dependencia del tipo de variable con el propósito de resumir la información se trabajó las variables cuantitativas con la media aritmética (\bar{x}) y la desviación estándar (DS), para variables cualitativas con frecuencias (N°) y porcentajes (%), se realizó un análisis descriptivo univariado y analítico bivariado para evaluar la correlación estadística con las variables de estudio; se aplicó la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov comprobando que el nivel de significancia de la población estudiada es menor que 0.05, la distribución no es normal recomendando el uso de pruebas no paramétricas para el análisis de los resultados.

9.7. Aspectos éticos.

Previo a la aplicación de la encuesta se le explicó a los estudiantes el objetivo de la investigación y la confidencialidad de los resultados obtenidos, se entregó la encuesta y consentimiento informado codificándola con 3 dígitos (anexo 3). El acceso a la información recolectada fue restringido y estuvo a cargo de la investigadora del estudio, quedará al alcance en caso de ser requerirla por la Comisión Académica de Postgrados de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca.

10. RESULTADOS

10.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO UNIVARIANTE

El análisis descriptivo univariante, según los objetivos planteados se presenta en la tabla Nro. 1 y Nro. 2 la caracterización sociodemográfica de la población en estudio (objetivo 1), en la tabla Nro. 3 se determina la frecuencia de las disfunciones sexuales (objetivo 2) y en las tablas Nro. 4 a la Nro. 7 se presenta la frecuencia, temporalidad y caracteriza según trastornos sexuales correspondiente a los objetivos 2 y 3.

10.1.1. Tabla N° 1. Caracterización sociodemográfica de los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad		
18 a 23	238	66,5
24 a 29	105	29,3
30 a 35	15	4,2
Total	358	100
Estado civil		
Soltero	348	97,2
Casado	6	1,7
Divorciado	1	0,3
Unión Libre	3	0,8
Total	358	100
Año de estudio		
Primer año	5	1,4
Segundo año	74	20,7
Tercer año	25	7,0
Cuarto año	47	13,1
Quinto año	38	10,6
Sexto año	23	6,4
Séptimo año	29	8,1
Octavo año	11	3,1



Noveno año	18	5,0
Décimo año	7	2,0
Internado	81	22,6
Total	358	100
Etnia		
Mestizo	340	95,0
Afroecuatoriano	1	0,3
Blanco	10	2,8
Indígena	6	1,7
Mulato	1	0,3
Total	358	100
Residencia		
Urbana	332	92,7
Rural	26	7,3
Total	358	100
Ocupación		
Estudia	335	93,6
Trabaja y estudia	23	6,4
Total	358	100
Orientación sexual		
Heterosexual	340	95,0
Homosexual	9	2,5
Bisexual	7	2,0
Otros	2	0,6
Total	358	100
Religión		
Católica	288	80,4
Evangélica	16	4,5
Otras	54	15,1
Total	358	100

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Priscila Campos



La Tabla N° 1 muestra que del total de 358 formularios aplicados a los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, la edad estaba entre 18 a 23 años con una frecuencia del 66,5% (n=238), el rango máximo de edad fue de 30 a 35 años con el 4.2% (n=15), el 97,2% eran solteros (n=348), residen en la zona urbana el 92,7% (n=332), un 95% se auto identificaron como mestizos (n=340), el 80.4% se refirieron ser parte de la religión católica (n=288); de acuerdo a su orientación sexual el 95% (n=340) indicaron ser heterosexuales y 5% (n=18) pertenecientes a la diversidad sexual, según el año de estudio los estudiantes que ingresaron mayoritariamente a este estudio cursaban el internado, representando el 22,6% (n=81) y el 20,7% (n=74) en el segundo año, en cuanto a la ocupación el 93.6% (n=335) se dedican exclusivamente a estudiar y el 6,4% (n=23) trabajan y estudian.

10.1.2. Tabla N° 2. Caracterización sociodemográfica: estadísticos descriptivos edad, inicio vida sexual y número parejas sexuales

VARIABLE	N°	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	DS ±
Edad	358	18	35	22,85	3,13
Inicio de la vida sexual	358	12	25	17	2,15
Número de compañeras/os sexuales	358	1	34	5	4,60

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Priscila Campos

Los resultados de la Tabla N° 2 análisis descriptivo por edad, inicio de la vida sexual y número de compañeras/os sexuales muestra que la media de edad fue de 22,85 años $\pm 3,13$ categorizándose los estudiantes con un grupo etario joven según la OMS; el inicio de las relaciones sexuales fue a una edad temprana 12 años con una media de 17 años $\pm 2,15$, edades donde no existe aún una madurez física y emocional lo que puede



convertirse un factor positivo o negativo que influya posteriormente en su vida sexual; la edad máxima de inicio de relaciones sexuales fue a los 25 años; de acuerdo al número de compañeras o compañeros sexuales se observa un número máximo de 34 parejas y mínimo con una pareja con una media de $5 \pm 4,60$.

10.2. Frecuencia, caracterización y temporalidad de las disfunciones sexuales

10.2.1. *Tabla N° 3. Frecuencia de la disfunción sexual en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca*

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Disfunción Sexual	Sí	103	28.8
	No	255	71.2
	Total	358	100

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Priscila Campos

Los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca que presentaron disfunción sexual fue del 28,8% (n=103) mientras que el 71,2% (n=255) no tienen disfunción lo que este estudio demuestra que a pesar de la edad en la que se encuentran los estudiantes si se presenta este problema de salud.

10.2.2. **Caracterización y Temporalidad de las disfunciones sexuales masculinas según trastorno**

La frecuencia de las disfunciones sexuales fue determinada por el número de casos alterados según trastorno sexual y la temporalidad se categorizó en: primaria cuando existe alteración del trastorno sexual desde primer contacto sexual y continua hasta la edad actual (durante toda la vida) y secundaria cuando aparece luego de un periodo de funcionamiento sexual o período determinado de tiempo (últimos 6 meses).



10.2.2.1. Tabla N° 4. Caracterización y temporalidad de las disfunciones sexuales masculinas según trastornos del deseo

AVERSIÓN AL SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tiene fobia al contacto sexual	350	97,8
Esta fobia al contacto sexual se ha presentado en los últimos 6 meses	7	2,0
Esta fobia al contacto sexual se ha presentado durante toda su vida sexual	1	0,3
Total	358	100

SINDROME DE HIPOACTIVIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tiene ausencia o retraso a fantasías sexuales	335	93,6
Esta ausencia o retraso a fantasías sexuales se ha presentado en los últimos 6 meses	13	3,6
Esta ausencia o retraso a fantasías sexuales se ha presentado durante toda su vida sexual	10	2,8
Total	358	100

SINDROME DE HIPERACTIVIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Controla sus impulsos sexuales	299	83,5
Estos impulsos sexuales se han presentado en los últimos 6 meses	37	10,3
Estos impulsos sexuales se han presentado durante toda su vida sexual	22	6,1
Total	358	100

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Priscila Campos

En la tabla N°4 del total de 358 estudiantes encuestados de la Carrera de Medicina en relación a la prevalencia y temporalidad del trastorno del deseo, el 97,8% (n=350) no presentó aversión al sexo; 1 estudiante presentó aversión primaria y 7 estudiantes aversión secundaria, no tienen hipoactividad el 93,6% (n=335); mientras que 10



estudiantes expresaron hipoactividad primaria y 13 hipoactividad secundaria, en cuanto al trastorno de hiperactividad el 83% (n=229) estudiantes no presenta este dominio alterado; mientras que 22 estudiantes encuestados tienen el trastorno del deseo hiperactivo primaria y 37 secundaria.

10.2.2.2 Tabla N° 5. Caracterización y temporalidad de las disfunciones sexuales masculinas según trastorno del orgasmo

TRASTORNOS DEL ORGASMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tiene ausencia o retraso al orgasmo	324	90,5
La ausencia o retraso al orgasmo se ha presentado en los últimos 6 meses	30	8,4
La ausencia o retraso al orgasmo se ha presentado durante toda su vida sexual	4	1,1
Total	358	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Priscila Campos

En la tabla N°5 del total de estudiantes encuestados 358 de la Carrera de Medicina en relación a la frecuencia del trastornos del orgasmo el 90,5% (n=324) no presentó ausencia o retraso al orgasmo, y aquellos que si refirieron esta alteración cuanto a la temporalidad el 8,4% (n=30) la presentaron en los últimos seis meses y el 1,1% (n=4) partir del primer contacto sexual.



10.2.2.3 *Tabla N° 6. Caracterización y temporalidad de las disfunciones sexuales masculinas según trastorno del dolor*

TRASTORNOS DEL DOLOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No presenta dolor asociado a la relación sexual	326	91,1
El dolor asociado a la relación sexual se ha presentado en los últimos 6 meses	24	6,7
El dolor asociado a la relación sexual se ha presentado durante toda su vida sexual	8	2,2
Total	358	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Priscila Campos

En la tabla N°6 del total de los 358 participantes en relación a la frecuencia del trastornos del dolor el 91,1% (n=326) no refirió dolor asociado a la relación sexual, mientras que de acuerdo a los que sí la presentaron 6,7%(n=24) la evidenció durante los últimos seis meses y el 2,2% (n=8) a partir del primer contacto sexual.

10.2.2.4 *Tabla N° 7. . Caracterización de las disfunciones sexuales masculina según trastornos de excitación y orgasmo*

DISFUNCIÓN ERECTIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No sufre disfunción eréctil	255	71,2
Disfunción Eréctil Leve	93	26
Disfunción Eréctil Moderada		
Disfunción Eréctil leve a moderada	9	2,5
EYACULACIÓN PRECOZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No es eyaculador precoz	101	28,2
Padece ocasionalmente de eyaculación precoz	229	64



Padece una eyaculación precoz importante	27	7,5
El pronóstico no es bueno	1	0,3
Total	358	100,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Priscila Campos

La frecuencia de las disfunción sexual masculina según los trastornos de excitación y orgasmo que presentan los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca son que el 71,2% (n=255) no tienen disfunción eréctil, mientras que el 2,8% (n=10) tiene disfunción moderada y 26% (93) disfunción leve. En lo que respecta al trastorno del orgasmo el 64% (n=229) padecen ocasionalmente eyaculación precoz y 28,2% (n=101) no tiene este trastorno



10.3. ASOCIACIÓN ESTADÍSTICA BIVARIADA

10.3.1. Tabla N° 8. Asociación estadística índice de disfunción eyaculatoria con variables sociodemográficas

VARIABLE	TOTAL	CORRELACION
EDAD		
18 a 23 años	238	Rho de Spearman
24 a 29 años	105	Valor de p 0,000
30 a 35 años	15	
Número de compañeras sexuales	358	Rho de Spearman Valor de p 0,580
Edad inicio vida sexual activa	358	Rho de Spearman Valor de p 0,649
AÑO DE ESTUDIO		
Primero a Tercer Año	104	
Cuarto a Sexto Año o Séptimo a Noveno Año	108	Kruskal Wallis Valor de p 0,023
Décimo Año al Internado	88	
ESTADO CIVIL		
Soltero	348	
Casado	6	Kruskal Wallis
Divorciado	1	Valor de p 0,355
Unión Libre	3	
ETNIA		
Mestizo	340	
Afroamericano	1	Kruskal Wallis
Blanco	10	Valor de p 0,214
Indígena	6	
Mulato	1	
RESIDENCIA		
Urbana	332	U de Mann-Whitney Valor de p 0,063
Rural	26	



ORIENTACIÓN SEXUAL		
Heterosexual	340	
Homosexual	9	Kruskal Wallis
Bisexual	7	Valor de p 0,544
Otros	2	

RELIGION		
Católica	288	
Evangélica	16	Kruskal Wallis
Otras	54	Valor de p 0,324

OCUPACIÓN		
Estudia	335	Kruskal Wallis
Trabaja y estudia	23	Valor de p 0,929

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Priscila Campos

El resultado de la correlación de Spearman entre función eyaculatoria y edad nos da un valor de p 0,00; en la prueba estadística de Kruskal Wallis correlacionada esta misma variable con el año de estudio el valor de p 0,023 lo cual nos indica que la edad y el año que se encuentran cursando los estudiantes si tiene relación estadísticamente significativa; en cuanto a las variables número de compañeras sexuales, inicio de vida sexual activa, religión, ocupación, orientación sexual, residencia y etnia no se correlacionaron estadísticamente.

**10.3.2. Tabla N° 9. Asociación estadística índice de disfunción eréctil con variables sociodemográficas**

VARIABLE	TOTAL	CORRELACION
EDAD		
18 a 23 años	238	
24 a 29 años	105	Rho de Spearman
30 a 35 años	15	Valor de p 0,854
RESIDENCIA		
Urbana	26	U de Mann-Whitney
Rural		Valor de p 0,021
ETNIA		
Mestizo	340	
Afroecuatoriano	1	Kruskal Wallis
Blanco	10	Valor de p 0,020
Indígena	6	
Mulato	1	
OCUPACIÓN		
Estudia	335	Kruskal Wallis
Estudia y Trabaja	23	Valor de p 0,007
RELIGIÓN		
Católica	288	
Evangélica	16	Kruskal Wallis
Otras	54	Valor de p 0,000
AÑO DE ESTUDIO		
Primero a Tercer Año	104	
Cuarto a Sexto Año o	108	Kruskal Wallis
Séptimo a Noveno Año	58	Valor de p 0,041
Décimo Año al Internado	88	
ESTADO CIVIL		
Soltero	348	
Casado	6	Kruskal Wallis
Divorciado	1	Valor de p 0,172
Unión Libre	3	



ORIENTACIÓN SEXUAL		
Heterosexual	340	
Homosexual	9	Kruskal Wallis
Bisexual	7	Valor de p 0,603
Otros	2	
<hr/>		
Número compañeras sexuales		Rho de Spearman
	358	Valor de p 0,393
<hr/>		
Edad inicio vida sexual activa		Rho de Spearman
	358	Valor de p 0,067

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Priscila Campos

En la tabla anterior el resultado de la correlación entre función eréctil y las variables sociodemográficas año de estudio, residencia, religión, ocupación y etnia se observa diferencias entre estos grupos presentaron una relación estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,05$; con las variables edad, estado civil, orientación sexual, número de compañeras/os sexuales y la edad de inicio de la vida sexual activa no tienen correlación estadística.



10. DISCUSIÓN

Las disfunciones sexuales masculinas según otros estudios ha sido abordada mayoritariamente desde lo biológico a partir del enfoque social las investigaciones realizadas son muy escasas, este estudio fue cualitativo, descriptivo, analítico de corte transversal que estudio a todos los estudiantes matriculada en el primer semestre del período 2017-2018 en la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, según los resultados obtenidos de acuerdo a la caracterización sociodemográfica los estudiantes tenían entre los 18 a 23 (n=238) años, el máximo de edad fue 35 y el mínimo 18 con una media de edad fue 22,85 años \pm 3,13, el 97% (n=348) fueron solteros, residen en la zona urbana el 92,7% (n=332), se autoidentificaron como mestizos y heterosexuales el 95% n=340), el 80,4% (n=288) profesan la católica, según el año de estudio en el que cursaban la muestra se centró más en los estudiantes del internado con el 22% (n=81) y segundo año el 20% (n=74), los estudiantes de acuerdo a la ocupación el 93% se dedican a estudiar, la edad de inicio de la vida sexual el valor mínimo es a los 12 años y máximo a los 25 con una media de edad de 17 años \pm 2.15 y el número de compañeras o compañeros sexuales el valor mínimo fue 1 y el valor máximo 34 con una media 5 \pm 4,60.

En investigaciones realizadas en otros países los datos sociodemográficos so se encontró similitud con los resultados de este estudio, uno de ellos fue el de Carolin Moreau del año 2016 sobre disfunción sexual en jóvenes: una preocupación de la salud sexual pasada por alto indica que la edad media fue 20,2 años con un $p=0,23$, el inicio de las relaciones sexuales fue a las 15,8 años y el número de parejas sexuales 6,4 con una p mayor 0.001. (Moreau, Kågesten, Blum, 2016)

Ana Teresa Fernández Vidal con otros autores en mayo del 2018 realizaron el estudio Comportamiento sexual de estudiantes de primer año de medicina de la Carrera de Ciencias Médicas de Cienfuegos: Influencia del rol de género en las conductas de riesgo la investigación fue descriptiva de corte transversal, desarrollado durante el periodo de octubre a marzo de 2017, la muestra estudiada fue de 255 estudiantes femeninas y 232 masculinos; se seleccionó mediante un muestreo aleatorio simple con



una muestra de 83 estudiantes femeninas correspondiente a un 32%, y 64 masculinos (28 %) de acuerdo a la edad el 62,6% (n=92) tienen 18 años, la edad de inicio de la vida sexual fue entre 15 y 16 años con un 51,7 % (n=76), de este valor el 31,3% (n=20) correspondió al sexo masculino, el 43,5 % (n=64) tuvo tres o más parejas sexuales. (Fernandez et.al, 2018)

La investigación sobre Prevalencia de la disfunción eréctil en hombres del Quindío, y factores de riesgo asociados en el año 2017 fue un estudio descriptivo de corte transversal donde se encuestó a 1902 hombres de 18 a 87 años, los resultados encontrados fueron mayores en relación a la edad con este estudio, la media de edad fue $48,6 \pm 6$, años, en relación con los datos demográficos de religión, estado civil lugar de residencia y edad de inicio sexual los datos son menores encontrando los siguientes resultados, el 76,18% eran católicos, 61,82% vivía en unión libre el 85,5% de encuestados y 38,17% eran casados, el 67,66% vive en la zona urbana, el inicio de la vida sexual fue a los $16,8 \pm 1,98$. (Espitia De La Hoz, 2017)

La investigación realizada por Mirna Pérez Feo y Pedro José Salinas en el año 2014 sobre la Disfunción Sexual en médicos aspirantes a post-gradados universitarios los resultados de los datos sociodemográficos fueron mayores en relación con este estudio, la media de edad fue 31 años (n=2442), la frecuencia de edad se observó entre 26 y 33 años, en cuanto al estado civil los datos son menores el 32% solteros, el 100% tenía vida sexual activa, el 47% refirieron alguna disfunción sexual presentaron 53% eyaculación precoz y el 23% problemas moderados de erección, trastornos del deseo 10% y 8% dolor después del coito. (M. Pérez Feo, P. José Salinas, 2014)

La prevalencia de la disfunción sexual en los estudiantes de medicina fue del 61,2% (n=219), los trastornos alterados fueron aversión al sexo 2,3% (n=8) de esta porcentaje el 0,3% tuvo aversión primaria y el 2% secundaria; el 6,4% (n=23) presentó síndrome de hipoactividad sexual de este dato el 2,8% presentó hipoactividad primaria y 3,6% secundaria, mientras que el síndrome de hiperactividad tuvieron 16,4% (n=59) de ellos el 6,1% presento hiperactividad primaria y 10,3% secundaria, según los resultados obtenidos el trastorno del dolor asociado a la relación sexual fue del 8,9% (n=32) de este valor el 2,2% presentó dolor primario y el 6,7% dolor secundario, en cuanto al trastorno de la excitación el 71,2% (n=255) no presentan disfunción eréctil, el



26% (n=93) tiene disfunción eréctil leve y el 2,08% (n=10) disfunción eréctil leve a moderada, el trastorno del orgasmo 28,2% (n=101) no es eyaculador precoz, el 64% (n=229) padecen ocasionalmente eyaculación precoz, el 7,5% (n=27) padece eyaculación precoz importante y el 0,3% (n=1) su pronóstico no es bueno.

El estudio realizado sobre prevalencia de disfunción eréctil en una muestra de población joven en México en el año 2012 por Eduardo González Cuenca y otros autores se aplicó 373 encuestas a voluntarios de 18 a 40 años, cumplieron los criterios de inclusión 160 casos con una edad promedio de 25.59 ± 5.45 años, el 33.8% presentó DE y los grados fueron: leve (17.9%), leve moderada (7.9%) moderada (5.8%) y severa (1.9%) en el presente estudio los datos son menores en relación al estado civil el 75.6% fueron solteros, 20% casados y 4.4% en unión libre el 86.9% tenía escolaridad de licenciatura y/o posgrado, 83.2% inició vida sexual antes de los 20 años, y el número de parejas sexuales en la vida fue 8.98 ± 14.63 , en esta investigación los datos son menores. El 83% se reconoció como heterosexual, 11.9% homosexual y 5% bisexual (González et.at., 2012)

Los datos encontrados en la investigación sobre la prevalencia de la disfunción eréctil en hombres del Quindío, y factores de riesgo asociados en el año 2017 fueron inferiores según este estudio en cuanto a la prevalencia de la disfunción sexual con un porcentaje de 47,63% (n=902); la edad de prevalencia fue en los hombres de más de 75 con el 39,53% (n=102) comparado con el grupo de 18 a 35 años que fue del 5,84% (n=27) con un valor de $p < 0,0001$, según los grados de disfunción fue la severa con el 16,27%, en la edad de >75 años, la moderada en un 10,46% y la leve a moderada en un 12,79% valores superiores en relación a la presente investigación. (Espitia De La Hoz, 2017)

Los estudios efectuados en otros países a nivel mundial según la bibliografía consultada se presentan datos menores en cuanto a disfunción sexual y resultados mayores en algunos trastornos sexuales a los encontrados en la presente investigación; así es el caso del estudio realizado sobre disfunciones sexuales en médicos aspirantes a post-gradados de los autores Mirna Pérez Feo y Pedro José Salinas en agosto del 2014 la muestra fue de 504 profesionales médicos de posgrado donde la prevalencia de disfunción sexual fue del 47%, el 53% presentó eyaculación rápida, el 40% retardo en la



eyaculación; el 23% tuvo dificultad parcial para obtener la erección del pene, según los trastornos se manifestó que el 10% tuvo inhibición del deseo sexual y el 8% dolor recurrente durante o después del coito siendo estos valores similares a este estudio. El análisis estadístico realizado Chi cuadrado el análisis estadístico significativa ($P \leq 0.01$) en los síntomas de respuesta sexual rápida (eyaculación precoz). (Pérez F., Salinas P., 2014)

Herrera 2016 estudia la Determinación de la existencia de disfunción sexual del personal de salud que trabajan en el área de consulta externa y hospitalización relacionado con el estrés laboral en el Hospital Básico de San Gabriel de la provincia del Carchi se aplicó la encuesta a 131 profesionales, la edad promedio fue 32 años, según el sexo el 78,6% fue femenino y 21,43% masculino de este valor el 46,4% del personal masculino presentó disfunción eréctil media, el 35,7% presenta función eréctil normal, 10,7% presenta disfunción eréctil ligera y el 7,1% presenta disfunción eréctil grave estos trastornos si están asociadas a la tendencia a presentar estrés laboral y su prevalencia de disfunción sexual y estrés laboral presente fue de un 82%. (Herrera Z. D., 2016)

En la investigación sobre Prevalencia de Disfunción Eréctil en Estudiantes de Medicina realizado por Rodrigo Leyton y otros autores cuyo estudio fue observacional de corte transversal donde participaron estudiantes de primero a séptimo año del período 2017; se encuestaron 161 voluntarios y se excluyeron 3 participantes por dejar la encuesta en blanco, del total de 158 encuestados el 11% tuvo disfunción severa, el 20%, disfunción moderada y el 7% disfunción leve - moderada y 7 % disfunción leve. Según la tasa de prevalencia de disfunción sexual fue del 45% dato menor al encontrado en el presente estudio, de acuerdo al año que cursaban los estudiantes la mayor prevalencia de disfunción se presentó en tercer año de carrera con un 63,6% y la menor prevalencia se obtuvo en quinto año con un 27% valores superiores al presente estudio donde el mayor porcentaje de disfunción eréctil y eyaculatoria se presentó en los estudiantes de décimo año al el internado. (Leyton N. et.al., 2018)

En el estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la comunidad de Valenciana, con una muestra de 1135 personas de las provincias de Valencia y Castellón mostró que el 14% disfunción eréctil, el 39% eyaculación precoz,



el 18% eyaculación retardada, el 25% de los hombres han padecido alguna vez de deseo sexual inhibido, el 9% anorgasmia y el 6% dispareunia, la relación con el presente estudio la disfunción eréctil es mayor, mientras que la eyaculación precoz y los trastornos sexuales del deseo, dispareunia son menores. (Ballester Arnal Rafael, & Gil Llario, M^a Dolores, 2014)

Esta investigación realizó asociación estadística del índice de función eyaculatoria con la edad encontrando relación estadísticamente significativa con una $p < 0,05$ para estas dos variables, el índice de función eréctil fue asociado con residencia, etnia, ocupación, religión y año de estudio tuvieron relación estadística con un valor de $p < 0,05$.

En el estudio de Carolina Moreau y otras autoras en el año 2016 sobre disfunción sexual en jóvenes: una preocupación de la salud sexual pasada por alto el 23% de hombres presentó alguna disfunción sexual las cuales estaban relacionadas con la satisfacción sexual, el 4% de hombres presentó alguna disfunción sexual entre los 15 a 19 años, el 11% sufrieron alteración en los trastornos del deseo sexual, el 8% tuvo dificultad para alcanzar el orgasmo, el 4% presentó problemas de erección y dolor durante las relaciones sexuales y el 21% tuvo eyaculación precoz datos inferiores a los presentados en este estudio; según la correlación realizada entre la edad con la disfunción sexual los datos son similares como se realizó en el presente estudio donde se correlacionó la disfunción eyaculatoria con edad. (Moreau, Kågesten, Blum, 2016)

La investigación sobre Prevalencia de la disfunción eréctil en hombres del Quindío, y factores de riesgo asociados en el año 2017 fue un estudio descriptivo de corte transversal donde se encuestó a 1902 hombres la prevalencia de disfunción, en cuanto a la correlación de disfunción eréctil con la edad el valor es superior donde la prevalencia de disfunción se presentó en el 39,53% ($n=102$) de los hombres de más de 75 años comparado con el grupo de 18 a 35 años que fue del 5,84% ($n=27$) con un valor de $p < 0,0001$. (Espitia De La Hoz, 2017)



11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

11.1. CONCLUSIONES

El estudio realizado sobre la frecuencia y caracterización de las disfunciones sexuales masculinas en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca según los datos sociodemográficos concluyo que el mayor porcentaje de edad de los estudiantes tienen de 18 a 23 años, son solteros, heterosexuales, se autoidentificaron como mestizos con religión católica y viven en la zona urbana, el mayor grupo de estudiantes cursan en segundo año y el internado.

La prevalencia de la disfunción sexual masculina fue elevada con referencia a otros estudios realizados en años anteriores y en diferentes países a nivel nacional e internacional; en referencia a los trastornos sexuales como el deseo sexual hipoactivo, excitación y orgasmo la temporalidad que presentaron fue en los últimos 6 meses, la disfunción eréctil y eyaculación precoz fueron lo más alterados que según la bibliografía investigada que son los trastornos más estudiados que padecen los hombres.

Se encontró asociación estadística de la disfunción sexual masculina con factores sociodemográficos como edad, año de estudio, ocupación, religión y residencia, con este estudio se quiere demostrar que la incidencia de disfunciones sexuales en hombres jóvenes está presente siendo no visibilizado en nuestro medio, además existe poca o casi nada de información o estudios que tenga similitud con esta investigación, siendo necesario que desde las instancias del sistema de salud se considere que este es un problema de salud que está afectando la calidad de vida de los hombres y es necesario buscar estrategias para que desde el momento de la atención este grupo poblacional tener la factibilidad de dar a conocer sus problemas de salud sexual y salud reproductiva y así tener datos los diferentes trastornos sexuales que se presentan en los hombres.



11.2. RECOMENDACIONES

Este trabajo de titulación quiere dejar como precedente que desde las diferentes instancias del Estado se debe fortalecer las políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva para los hombres en los diferentes ciclos de vida, al no contar con datos estadísticos de las problemáticas de salud sexual y salud reproductiva de los hombres hace difícil que la intervención en su salud sea integral mediante procesos de promoción y prevención de enfermedades con programas más amigables para que los hombres accedan a los servicios de salud y se despojen de los preceptos y constructos sociales que no permiten visibilizar los diversos trastornos sexuales que presentan y están relacionados.

La salud sexual y salud reproductiva en las políticas públicas debe tener como un eje transversal los enfoques sociales como género, masculinidad entre otros donde los hombres intervengan de manera directa para transformar los indicadores sociales y de salud actuales.



12. BIBLIOGRAFÍA

- Abou Orm Saab, K., & Camacaro Cuevas, M. (Junio de 2013). DETERMINANTES SOCIOCULTURALES QUE CONDICIONAN LA MASCULINIDAD Y SU IMPACTO EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES. *REDALYC.ORG. Comunidad y salud, 11(1)*, 25-34. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3757/375740252005.pdf>
- Aguayo F., Nacimientos M. (16 de abril de 2016). Dos décadas de Estudios de Hombres y Masculinidades en América Latina: avances y desafíos. (N. M. Aguayo Francisco, Ed.) *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana(22)*, 1-5.
- Alcoba, García, San Martín. (2004). Guía de Buena Práctica Clínica disfunciones sexuales. Madrid: International Marketing&Communications,S.A.(IM&C). (págs. 31,36)
- Argüelles, E. E. (2016). FACTORES VINCULADOS CON LA EDAD DE INICIO. México: <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2016/11/TESIS-Arg%C3%BCelles-Enriquez-Erika-Yamil.pdf>.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2028) Constitución de la República del Ecuador. (Vol. Registro Oficial 449). Quito, Ecuador
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
- Ballester Arnal Rafael, & Gil Llario, M^a Dolores. (2014). Estudio Epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la comunidad de Valencia. *Journal Scholar Metrics, Vol. 7(Núm. 1)*, 95-104.
- Bermudez, M. D. (abril de 2013). Connel y el concepto de masculinidades hegemónicas: notas críticas desde la obra de Pierre Bourdieu. *SCIELO - Revista Estudos Feministas, 21(1)*, 283-300.
- Blanc M, Rojas T. (2018). Condom use, number of partners and sexual debut in young people in penile-vaginal intercourse, oral sex and anal sex. (A. J. Andrea Blanc Molina, Ed.) *Revista Internacional de Andrología, 8-14*.
- Blanco et.al. (10 de Diciembre de 2016). Female and male hypoactive sexual desire disorder. *Revista Sexología y Sociedad, Vol. 22(Num. 2)*, 166-187.
- Ceballos,et.al. (2015). Guía Disfunción Eréctil. *Revista Urología Colombiana, Vol. XXIV(Nro. 3)*, 185.e2-185.e22.
- CEPAIM. (2015). A FUEGO LENTO: Cocinando Ideas para una intención grupal con hombres desde una perspectiva de género. España: Nextcolor SLU.



- Correa, Kurt, Espinoza, Ariza, Alarcón. (Abril de 2015). Periodontal disease and erectile dysfunction. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539115000142?via%3Dihub>, Ed.) *ELSEVIER*, Vol.8, 93-97.
- Cruz et. al. (2017). En D. S. Dr. Natalio Cruz Navarro, *Pautas de Actuación y Seguimiento Disfunción Eréctil* (Vol. Disponible en: <https://www.ffomc.org/sites/default/files/PAS%20DISFUNCI%C3%93N%20ER%C3%89CTIL.pdf>, págs. 9-13). Madrid, España: Organización Médica Colegial de España.
- Donoso, I. M. (2015). Nuevas Masculinidades: Una mirada transformadora de género. En *Nuevas Masculinidades: Una mirada transformadora de género* (págs. 15-45). España: Universitat Jaume.
- Espitia De La Hoz, F. J. (2017). Prevalencia de disfunción eréctil en hombres del Quindío, y factores de riesgo asociados. *Colombian Urology Journal*, 1,8.
- Fernandez D., D. (08 de enero de 2014). Premature ejaculation. *Scielo*, Vol 7(Nro. 1), 45-71.
- Fernandez et.al. (abril de 2018). Sexual behavior of first year medical students at the Cienfuegos Medical Faculty. Influence of the gender role in risky conducts. *Scielo*, 16(2), 282-285.
- Fernandez R, Arguelles O. (Agosto de 2015). Management of erectile dysfunction from consultation Nursing Primary Care. (L. A. Silvia Fernandez Rodriguez, Ed.) *SEAPA*, 3(3), 25-35.
- Figuroa, Duarte, Begoña, Ruyman. (2015). Abordaje de la Sexualidad desde Enfermería de Atención Primaria. *Scielo*, Vol. 9(Nro. 2), 1-6.
- Fonseca, C. (05 de febrero de 2018). La De-construcción de la Masculinidad. Madrid, España. Recuperado el 2018, de http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material_masculinidades_0441.doc.
- Francisco A., Nacimiento M. (22 de Abril de 2016). Dos décadas de Estudios de Hombres y Masculinidades en América Latina: avances y desafíos. (C. L.-A. Humanos, Ed.) *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*(22), 207-220.
- Franco A, E. (26 de Mayo de 2019). Neurofisiología de la Respuesta Sexual Humana. 7-18. Obtenido de <http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/9462/1/80011-3.%20Respuesta%20Sexual%20Femenina%20y%20Masculina.pdf>
- Fuentes, X. (2016). Sexualidad Humana y Disfunciones. (Sociedad Chilena de Urología, Ed.) *Revista Chilena de Urología*, Vol. 81(Nro. 2), 1-3.
- Gallach et.al. (junio de 2017). Sexo y dolor: la satisfacción sexual y la función sexual en una muestra de pacientes con dolor crónico benigno no pélvico. (R. S. Española, Ed.) *Scielo*, Vol 25(Nro. 3), 145-154.



- Galoviche, V. (13 de julio de 2016). Conferencia sobre población y desarrollo de El Cairo (1994): Avances y retos para la inclusión masculina en salud sexual y reproductiva. *Revista de Ciencias Sociales y Humans-RevllSE*, 8(8), 89-97.
- Garces Andrea, Cobos, Constanza, Pino Santiago. (2013). *Ajuste didáctico y sexualidad en hombres con disfunción sexual*. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/4fc9/b9345ede89f71ef7e171491dd53e2aa4da23.pdf>
- García, L. F. (2015). En *Nuevas masculinidades: discursos y prácticas de resistencia al patriarcado* (págs. 33-99). Ecuador: FLACSO.
- Garzón, A. M. (01 de Septiembre de 2015). Maculinidad y Feminidad hegemónicas y sus consecuencias en la salud de hombres y mujeres. *Al sur de Todo*(10), 2-13.
- González et.at. (2012). Prevalencia de disfuncion eréctil en una muestra de poblacion joven en México. *Revista Mexicana de Urología* , 245-249.
- Gutierrez Teira, B. (26 de Mayo de 2019). La Respuesta Sexual humana. (S. E. Comunitaria., Ed.) *semFYC*, Vol. 6, 543-546. Obtenido de http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=158
- Hernández et.al. (2015). Representaciones socioculturales sobre el ideal de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios ecuatorianos. *Scielo*, 460-464.
- Hernandez et.al. (septiembre de 2017). *Funxion Sexual Femenina en las Estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad Católica de Cuenca*. (UNAM, Editor) Obtenido de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/61793>
- Hernandez, Rodolfo & Araos Fernando. (julio de 29 de 2016). Adaptación y Análisis Psicométrico de la Versión Española del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) en Población Chilena. (S. C. Clinica., Ed.) Vol. 35(Nro. 3), 223-230. Obtenido de <http://www.teps.cl/index.php/teps/article/download/218/249>
- Herrera, Z. D. (2016). Determinación de la existencia de disfunción sexual del personal de salud que trabajan en el área de consulta externa y hospitalización relacionado con el estrés laboral en el Hospital Básico de San Gabriel de la provincia del Carchi en el periodo de dici. Quito: UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR. Obtenido de www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11762/1/T-UCE-0006-003-2016.pdf
- INEC. (07 de 03 de 2014). Obtenido de www.ecuadorencifras.gob.ec/la-mujer-ecuatoriana-en-numeros
- International Society for Sexual Medicine. (2018). Recuperado el 11 de Enero de 2018, de <https://www.issm.info/news/sex-health-headlines/definition-of-premature-ejaculation-pe/>
- Irvin H. Hirsch, M. (junio de 2017). *Generalidades sobre la función sexual masculina*. Kenilworth,NJ, EE.UU: Merck and Co., Inc. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es->



ec/professional/trastornos-urogenitales/disfunci%C3%B3n-sexual-masculina/generalidades-sobre-la-funci%C3%B3n-sexual-masculina

Jiménez L, H. (Diciembre de 2015). Vigilancia de la salud. (SciELO, Ed.) *Revista Costarricense de la Salud Pública*, 24(2), 153-59. Obtenido de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292015000200153

Jurado et. al. (2015). Guía Rápida Semergen Salud Sexual del Hombre. Madrid: SL. Puntoseguido . Obtenido de https://www.semergen.es/files/docs/biblioteca/semDoc/guia_rapida_semergen_salud_sexual.pdf

Ledón LL. & Acosta B. & Castello & Calle. (2013). Eyaculación y placer sexual en el varón:una relación compleja y multideterminada. *Revista Sexología y Sociedad*, 19(1), 44-63.

Leyton N. et.al. (2018). Prevalencia de Disfunción Eréctil en Estudiantes de Medicina. *Revista Chilea de Urología*, 3,4.

Luna P., G. A. (2014). Características sociodemográficas y clínicas los los pacientes con disfunción erectil adscritos a la unidad de medicina familiar numero 66. Veracruz, México: Universidad Veracruzana.

Mendieta Izquierdo, G. (2015). Male body: a public health analysis. *Scielo*, 2-8.

Mondejar, B. M. (2016). Intervención Educativa sobre factores de riesgo de disfunción sexual eréctil. *In Crescendo Ciencias de la salud Vol. 3 No. 1*, 38-51.

Mora, L. (2015). Masculinidades en América Latina: Un aporte de la UNFPA. *Working Papers Series CST/LAC Nro. 25*, 5-18.

Moreau, Kågesten, Blum. (2016). Sexual dysfunction among youth: an overlooked sexual health concern. *BMC Public Health*, Vol. 16, 1-10. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/310503635_Sexual_dysfunction_among_youth_an_overlooked_sexual_health_concern

Mosquera, A. V. (2017). Disfunción Erectil. Quito, Quito, Ecuador. Obtenido de Recuperado 05/marzo/2018 de:www.clinicadisfuncionerectilecuador.com/

MSP.(2015)Tomo II Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Salud Sexual y Reproductova.Quito: Nicolás Jara Miranda Impresión Artegraf.

MSP. (2017).Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. MSP (Ed.) (págs. 5-40). Quito: Viciministerio de Gobernanza de la Salud Pública/Andrea Moreno Digital Center.

MSP, M. R. (15 de Diciembre de 2015). Obtenido de: https://public.tableau.com/profile/publish/morbi_rdaca_2014/Men#!/publish-confirm



- Muñoz, H. S. (2015). *Hacerse hombres: la construcción de masculinidades desde las subjetividades : un análisis a través de relatos de vida de hombres colombianos*. (F. C. Sociología, Editor) Obtenido de <https://eprints.ucm.es/28063/>
- Núñez, N. G. (enero-junio de 2016). Gender studies of men and masculinities: What are they and. (U. A. California, Ed.) *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Vol. IV*(Num 1), 9-31.
- OMS. (enero de 12 de 2018). Recuperado el 12 de enero de 2018, de http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- OMS. (16 de mayo de 2019). *Género y Salud*. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Oprezzi M., Ramirez C. (11 de Agosto de 2016). Disfunción sexual eréctil: una mirada clave desde el género. *Revista de Psicología , Vol. 2* (Nro. 2). Recuperado el 2019, de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/139>
- OPS. (2009). *Guía Diagnóstico y Manejo Disfunción Sexual*. OMS.
- P. Ramlachan, M.M.Campbell. (13 de Mayo de 2014). Male sexual dysfunction. *Scielo, Vol. 104*(Nro. 6), 1-3. Obtenido de <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/8376/6003>
- Pascual, B. (09 de 2015). Masculinidades: ¿por qué los hombres. España: Revista Universitat Jaume. Obtenido de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/134565/TFG_2014-pascualB.pdf?sequence=1
- Pérez Feo M., Salinas P. (2014). Sexual dysfunctions in physicians aspirants to University Post-grades. (P. J. Mirna Perez Feo, Ed.) *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes*, 2-9.
- Pichot P. Lopez-Ibor Aliño J.J. Valdés Miyar M. (2001). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. Barcelona, España: MASSON S.A.
- Porras, Z. L. (2016). Disfuncion eréctil. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 620, 587-590. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67681>
- Puentes R. Y., Blanco E. (2016). Diagnosis and treatment of premature ejaculation. (E. d. Puentes Rodríguez. Y, Ed.) *Revista Sexología y Sociedad*, 149-165.
- Quinta G. Luisa, Nobre J. Pedro. (2014). Prevalence of Sexual Problems in Portugal: Results of a Population-Based Study Using a Stratified Sample of Men Aged 18 to 70 Years. *The Journal of Sex Research*, 13-21. Obtenido de <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.744953>
- RAE. (17 de octubre de 2014). Diccionario de la Lengua Española. En R. A. Española. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española. Recuperado el 15 de mayo de 2019, de <https://dle.rae.es/?id=OWso9PJ>



- Ramirez, Gutierrez, Valladares. (10 de septiembre de 2014). Young masculinity/ies in transition through the condom: Comparison between two Latin American contexts. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*(77), 97-127.
- Rivera Colón R., Santiago Centeno Z. (2016). Sexualidad y disfuncion sexual en hombres mayores de 60 años de edad: Un Estudio Cualitativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 116-132. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=233245623008>.
- Rivera Colón R., Santiago Centeno Z. (2016). Sexualidad y disfuncion sexual en hombres mayores de 60 años de edad: Un Estudio Cualitativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*(27(1) Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=233245623008>), 116-132.
- Rodríguez, F. M. (2016). Disfunciones sexuales: Detección, enfoque y tratamiento. *Atencion Primaria 7 Días*, 1-16.
- Rodríguez, T. R. (24 de 07 de 2017). Erectile Dysfunction: Just a Difficulty of the Sex Organs? *Finlay, Vol. 7*(Nro. 3), 1-4. Obtenido de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/554/1591>
- Rubio, A. E. (2014). Lo que todo clínico debe saber de sexología. En A. E. Rubio, *Lo que todo clínico debe saber de sexología* (págs. 167 - 169). México: Edición y Farmacia SA de CV.
- Sambade, B. I. (2017). Masculinidades, sexualidad y género. (U. d. Valladolid, Ed.) *Red Española de Filosofía - REF*, V, 115-128. Obtenido de <http://redfilosofia.es/congreso/wp-content/uploads/sites/4/2017/07/5.13.pdf>
- Schongut Grollmus, N. (09 de Abril de 2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Vol. 2, 27-65. Obtenido de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/download/119/73>
- Servicio Andaluz de Salud. (06 de enero de 2018). Índice Internacional de Función Eréctil. Andalucía, España: Consejería de Salud Andalucía. Obtenido de http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice_internacional_de_funcion_erectil.pdf
- Téllez et.al. (2017). Igualdad de género e identidad masculina. En *Igualdad de género e identidad masculina* (págs. 67-78). España: Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Valcuende, Blanco. (30 de enero de 2015). Hombres y masculinidad ¿Un cambio de modelo? (J. B. José M. Valcuende del Río, Ed.) *MASKANA*, 6(No. 1), 1-17.
- Villarreal V., J. A. (07 de febrero de 2019). Male dyspareunia. *Revista de Investigación UNSM*, 80(1), 79-85. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n1/a15v80n1.pdf>
- WHO. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Argentina.



13. ANEXOS

13.1. ANEXO N° 1 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

CENTRO DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN GÉNERO, DESARROLLO, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Código del formulario: _____

SECCIÓN A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
Edad: _____			
Estado civil	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión libre	Ciclo que se encuentra cursando	1. Primer ciclo 2. Segundo ciclo 3. Tercer ciclo 4. Cuarto ciclo 5. Quinto ciclo 6. Sexto ciclo 7. Séptimo ciclo 8. Octavo ciclo 9. Noveno ciclo 10. Décimo ciclo 11. Internado
Etnia	1. Mestizo 2. Afroecuatoriano 3. Blanco 4. Indígena 5. Mulato 6. Montubio	Residencia	1. Urbana 2. Rural
		Ocupación	1. Estudia 2. Trabaja y estudia



	7. Otra		
Orientación sexual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Heterosexual 2. Homosexual 3. Bisexual 4. Transexual 5. Otros 	Religión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Católica 2. Evangélica 3. Testigo de jehová 4. Otras

SECCIÓN B: INFORMACIÓN ACTIVIDAD SEXUAL Y FUNCIONES SEXUALES**B1. ACTIVIDAD SEXUAL**

¿El inicio de vida sexual activa (definido como el inicio de relaciones sexuales con una pareja) la realizó desde que edad? _____

¿Con cuántas compañeras/os sexuales ha tenido contacto sexual hasta la actualidad? _____

¿Es usted sexualmente activo (definido como actividad sexual con pareja durante los 6 últimos 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

B2. 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 a partir del primer contacto 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?

3. Los últimos 6 meses de su vida sexual
4. Durante toda su vida sexual a partir del primer contacto 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?

3. Los últimos 6 meses de su vida sexual
4. Durante toda su vida sexual a partir del primer contacto 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?

3. Los últimos 6 meses de su vida sexual
4. Durante toda su vida sexual a partir del primer contacto 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?

3. Los últimos 6 meses de su vida sexual
4. Durante toda su vida sexual a partir del primer contacto 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
- 2 Baja
- 3 Moderada
- 4 Alta
- 5 Muy alta

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

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

Durante el acto sexual, ¿Con qué frecuencia fue capaz de mantener la



erección después de haber penetrado a su pareja?

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

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

- 1 Extremadamente difícil
- 2 Muy difícil
- 3 Difícil
- 4 Ligeramente difícil
- 5 No difícil

Cuando intentó el acto sexual, ¿Con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?

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

Interpretación (esta sección será llenada únicamente por el investigador)

- 1. Severa (puntuación 5-7)
- 2. Moderada (8-11)
- 3. Leve a moderada (12-16)
- 4. Leve (17-21)
- 5. No sufre disfunción eréctil (22-25).

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

1. Menor de 20 años



encuentra actualmente:	2. De 20-25 años 3. De 25-30 años 4. Mayor de 30 años
2. Transpiración en las manos antes del acto sexual y otra actividades sexuales	1. Sí 2. No
3. Taquicardia y/o sensación de ahogo previo al acto sexual	1. Sí 2. No
4. Nerviosismo o ansiedad al pensar cómo le irá en el coito	1. Sí 2. No
5. Frecuencia coital	1. 3 por semana 2. 1-2 veces por semana 3. 1 por semana 4. cada 15 días o menos
6. Dificultad para la erección, frecuentes pero no continuas	1. Sí 2. No
7. Imposibilidad de tener una decisión voluntaria sobre el momento de eyacular	1. Sí 2. No
8. Duración habitual de la penetración coital en segundos/minuto	1. Menos de 30 segundos 2. Menos de 1 minuto 3. De 1 a 3 minutos 4. Más de 3 minutos 5. Más de 15 minutos
9. Duración habitual de los juegos previos	1. Menos de 1 minuto 2. De 1 a 5 minutos 3. De 5 a 15 minutos 4. De 15 a 30 minutos 5. Más de 30 minutos



10. ¿Intenta habitualmente tener una segunda relación para compensar el fracaso de la primera?	1. Sí 2. No
11. ¿Evita con frecuencia el acto sexual propuesto o insinuado por su compañera?	1. Sí 2. No
12. Quejas habituales de la compañera sobre la rapidez de penetración o la duración del coito	1. Sí 2. No
13. A veces, eyacula antes de la penetración	1. Sí 2. No
14. Eyaculación durante la penetración	1. Sí 2. No
15. Eyaculación a los pocos movimientos (menos de 30)	1. Sí 2. No
16. ¿Intenta tener relaciones compulsivamente pensando que esta vez o con esta persona le irá muy bien?	1. Sí 2. No
17. ¿es mucho más importante dar placer a la otra persona que el placer personal?	1. Sí 2. No
18. ¿antes y durante el acto sexual «piensa en otra cosa» para distraerse de tener que eyacular rápidamente?	1. Sí 2. No
19. ¿Usa anestésicos locales, pomadas o condones para «disminuir la sensibilidad del pene»?	1. Sí 2. No
20. Después del coito, si su compañera no llegó al orgasmo, ¿Intenta que llegue por otros medios?	1. Sí 2. No
21. ¿Evita usted que su compañera toque, acaricie o estimule sus genitales?	1. Sí 2. No
Interpretación (esta sección será llenada únicamente por el investigador). Continúe con las dos últimas preguntas de la sección E.	



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

SECCIÓN E: PERCEPCIÓN DE EYACULACIÓN

Cuando usted tiene relaciones sexuales ¿Considera como normal que una vez que usted realiza la penetración, su tiempo de latencia intravaginal hasta que eyacula sea en promedio está entre 3 y 7 minutos?

1. Sí
2. No

¿Usted se ha considerado que podría ser un eyaculador precoz? ¿Por el hecho de demorarse desde la penetración intravaginal hasta la eyaculación un promedio de 3 a 7 minutos?

1. Sí
2. No

Muchas gracias por su colaboración.

Fecha_____/_____/_____

Nombre del entrevistador_____

14.2 ANEXO N° 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA



MAESTRÍA EN GÉNERO, DESARROLLO, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

INSTRUCTIVO: Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite y decidir si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre “FRECUENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL MASCULINA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA. AÑO 2018.”, debido a que es estudiante de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

INTRODUCCION: el aporte de esta investigación al conocimiento desde el punto de vista social será el exponer información referente a sexualidad de masculina, quienes por sus estereotipos invisibilizan sus problemas en la esfera sexual; el tema que se pretende desarrollar está visualizado desde un enfoque de género y masculinidades, aspirando exponer información que sirvan como punto de inicio para activar políticas públicas en salud sexual y reproductiva a ser aplicada en la población masculina.

Confidencialidad de los datos:

Para la investigadora del presente estudio es muy importante mantener su privacidad, por lo que se aplicará las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo la investigadora y el la Comisión Académica de la Maestría de Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva de Cuenca tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) La Comisión Académica de la Maestría en Género, Desarrollo y Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.



Información de contacto.

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0984229333 que pertenece a Priscila Campos, o envíe un correo electrónico a prisica_10@hotmail.com

Declaración del Consentimiento Informado:

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los beneficios de participar, en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del participante:

Código: _____

Firma del investigador.

Firma:

Fecha:
