

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

Prevalence and characterization of male sexual dysfunctions in the staff of the Academic Unit of Health and Welfare of the Catholic University of Cuenca, 2019.

■
Molina Reino Diana Mercedes¹, Tapia Cárdenas Jeanneth Patricia²

VOLUMEN 38 | N° 1 | ABRIL 2020

FECHA DE RECEPCIÓN: 25/02/2020

FECHA DE APROBACIÓN: 27/05/2020

FECHA PUBLICACIÓN: 29/05/2020

- 1. Libre ejercicio
2. Universidad Católica de Cuenca

Artículo original | Original Article

DOI: <https://doi.org/10.18537/RFCM.38.01.08>

Correspondencia:
dianamr_1995@hotmail.com

Dirección:
Av. del Migrante y Javier Maldonado

Código Postal:
010107

Teléfonos:
074046126 - 0992975651

Cuenca - Ecuador

RESUMEN

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

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

Resultados: la prevalencia de disfunciones sexuales masculinas fue de 75.4%. Un 60.5% tuvieron edades entre 20 a 39 años, 60.5% estaban casados, 87.2% religión católica, 67.4% eran docentes. Según trastornos del deseo, el 27.9% presentó hiperactividad masculina, el 18.6% fobia y un 9.3% hipoactividad; según los trastornos de excitación, el 53.5% presentó disfunción eréctil, siendo un 93.5% leve. El trastorno orgásmico y la dispareunia masculina se presentó en el 30.2% y el 29.1% respectivamente.

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

Palabras clave: disfunción eréctil, eyaculación prematura, disfunciones sexuales psicológicas, disfunciones sexuales fisiológicas.

ABSTRACT

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

Methodology: It is a quantitative, observational and cross-sectional study. A total of 114 men who met the inclusion criteria were surveyed. The analysis was performed using descriptive statistics; mean and standard deviation were used for quantitative variables, and frequencies and percentages for the qualitative variables.

Results: the prevalence of male sexual dysfunctions was 75.4%. The 60.5% were between 20 and 39 years old, 60.5% were married, 87.2% were Catholic, and 67.4% were teachers. According to desire disorders, 27.9% presented male hyperactivity, 18.6% phobia and 9.3% hypoactivity; according to arousal disorders, 53.5% presented erectile dysfunction, 93.5% being mild. Orgasmic disorder and male dyspareunia occurred in 30.2% and 29.1% respectively.

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

Key words: erectile dysfunction, premature ejaculation, sexual dysfunctions, psychological, sexual dysfunction, physiological.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual se considera un estado de bienestar físico, mental, emocional y social; es decir, no es solamente la ausencia de enfermedad, debilidad o disfunción; requiere un enfoque positivo y respetuoso para que de esta manera las relaciones sexuales puedan ser seguras, placenteras, libres de violencia y discriminación [1,2].

La salud sexual masculina aborda a la disfunción no sólo como un síntoma asociado a una enfermedad subyacente, sino también como la expresión de la incapacidad de dar respuesta al modelo de sexualidad "normal" para los varones; esta se basa y legitima en un ejercicio de la misma a partir del coito con erección, penetración, eyacu-

lación y orgasmo masculino como prueba de su masculinidad e identidad de género [3].

En este sentido la respuesta sexual es un fenómeno que se sustenta en múltiples acontecimientos fisiológicos para lograr una adecuada relación sexual. No obstante, para que esto suceda tanto los órganos genitales masculinos como femeninos deben experimentar ciertos cambios funcionales, los mismos contribuyen a que se consolide el acto sexual [4].

Son cuatro las fases implicadas en la respuesta sexual: la primera, del deseo o de excitación, comienza por un estímulo visual, imaginario o de contacto, aumenta el ritmo respiratorio y cardíaco, produce tensión muscular generalizada, y a nivel genital se genera la erección del pene por afluencia de sangre con engrosamiento del escroto y testículos, así como la elevación de estos últimos por medio de la contracción del músculo cremáster haciendo que queden pegados al abdomen [4].

La segunda fase de meseta, es la etapa previa al orgasmo, se mantiene durante un lapso de tiempo, aquí la tensión sexual llega al máximo presentando una erección total, se produce la secreción de líquido preseminal y/o preeyaculatorio por las glándulas de Cowper, que están ubicadas cerca de la próstata [4].

La tercera, el orgasmo, hay un aumento del ritmo cardíaco, respiratorio y de la presión sanguínea, el orgasmo es inminente, por lo que se producen contracciones de la próstata, vesículas seminales y testículos; además del depósito del líquido seminal en la parte posterior de la uretra, después se produce la eyaculación, gracias a las contracciones involuntarias tanto de los genitales internos como del pene, por ello el orgasmo suele coincidir con el momento de la eyaculación [4].

La cuarta, de resolución, es un periodo en el cual existe relajación corporal, la sangre abandona el área genital, tiene dos momentos: el primero comprende la finalización de la eyaculación que suele desaparecer con rapidez la mitad de la erección y por un tiempo puede mantenerse con una erección parcial; posterior a este acontecimiento viene el periodo refractario el mismo que es el tiempo durante el cual no se vuelve a presentar otro orgasmo [4,5].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las alteraciones en la esfera sexual deben ser tratadas por profesionales sanitarios; una de las afecciones a las que hace mención son las disfunciones sexuales, 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” [6].

La clasificación aplicada para las disfunciones sexuales masculinas abarca diversos trastornos, empezando por alteraciones del deseo sexual [7] tales como: la aversión al sexo, en la cual la persona puede tener deseo sexual pero este tipo de fobia le conduce a evitar cualquier tipo de encuentro con su pareja, presentando rechazo al contacto erótico [8]; el trastorno del deseo sexual hipoactivo, definido como la ausencia ya sea persistente o recurrente de fantasías o pensamientos sexuales [7].

Por su parte en el trastorno hipersexual, la persona tiene un exceso de fantasías, pensamientos, deseos y conductas sexuales, su nivel de interés por el sexo se encuentra muy alto y no puede ser controlado, lo cual puede llegar a interferir en su vida diaria [9].

En lo que respecta a los trastornos de la excitación sexual, el término de disfunción eréctil [10] hace referencia a la incapacidad de mantener una erección suficientemente rígida y duradera para mantener una relación sexual satisfactoria [10], su génesis relaciona múltiples factores como: los psicológicos u orgánicos (neurogénicos, anatómicos, hormonales, vasculares), cualquiera que sea la causa que la produzca, generará vasodilatación o deterioro de los vasos sanguíneos del pene, razón por la cual este tipo de disfunción aumenta ante la presencia de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes [10].

En cuanto a los trastornos orgásmicos masculinos, la eyaculación precoz (EP) [11,12], es la disfunción en la cual el hombre eyacula antes de lo deseado, en ocasiones incluso antes de iniciar el acto sexual o previa a la penetración [13].

El mecanismo exacto por el que se produce la EP es desconocido, sin embargo, se considera que el proceso de eyaculación es regulado por un reflejo espinal, controlado por receptores sensoriales, vías nerviosas aferentes, áreas sensoriales y motoras y el generador espinal de la eyaculación, el

mismo que se encuentra ubicado entre T12 – L2. Este sistema incluye neurotransmisores de tipo serotoninérgicos y dopaminérgicos, el sistema serotoninérgico que es el encargado de inhibir el reflejo eyaculatorio en el hipotálamo y el dopaminérgico encargado de la eyaculación [11].

Se denomina eyaculación precoz permanente, a la que inicia desde la primera experiencia sexual y se mantiene a lo largo de la vida; esta se da de una forma rápida, a veces incluso antes de la penetración con un tiempo de latencia intravaginal menor de 1 a 2 minutos [11]. Por su parte la eyaculación precoz adquirida, es aquella en donde su primera experiencia sexual resulta normal y con el tiempo presenta una evolución gradual de eyaculación precoz [11].

La dispareunia masculina, es una de las categorías de disfunciones sexuales en los varones por dolor [8,14], y se la define como el dolor que se presenta en los genitales y la estructura pélvica asociado con las relaciones sexuales, puede presentarse antes durante o después del coito [14].

Las disfunciones sexuales masculinas pueden ser causadas por múltiples trastornos orgánicos o psicológicos, no obstante, independientemente del factor desencadenante [15], estas alteraciones de orden sexual pueden generar angustia debido al desempeño sexual con su consecuente afección en la sexualidad del individuo ocasionando un impacto negativo en el estereotipo social de los hombres y su masculinidad [16].

En la revisión de la literatura nacional e internacional sobre disfunciones sexuales masculinas, es pobre la información que se puede recabar, y de entre los estudios que se han realizado se abordan mayormente temas de disfunción eréctil (DE) [17] y eyaculación precoz (EP) (por ser más frecuentes) dejando de lado otras alteraciones como el síndrome hipoactivo e hiperactivo, dispareunia, entre otras.

Esta investigación que nace de una tesis de pregrado denominada: “Prevalencia y caracterización de disfunciones sexuales masculinas en el personal de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, año 2019”, la cual buscó poner en evidencia los trastornos de orden sexual en el personal docente y/o administrativo de dicha institución, enfocándonos en expo-

ner principalmente la prevalencia de disfunciones sexuales basadas en la clasificación del DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la American Psychiatric Association [18], así como sus características en función a variables sociodemográficas y el tipo de trastornos sexuales.

METODOLOGÍA

Se trató de un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, de cohorte transversal, la investigación se ejecutó en la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, localizada en Cuenca, en la provincia del Azuay; el universo lo constituyeron 114 varones del personal tanto docente como administrativo de dicha institución, contratados para el semestre de marzo a agosto del 2019 distribuidos de la siguiente manera: medicina 50, odontología 37, biofarmacia 15 y psicología 12. Se excluyeron a personas con patologías orgánicas crónicas y con antecedentes psiquiátricos.

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

- Índice Internacional de Función Eréctil: se trató de un cuestionario auto administrado, que consta de 5 ítems con 5 opciones de respuesta cada una y busca información referente a los últimos 6 meses de vida sexual; el rango de puntuación osciló entre 5 y 25 puntos, considerando el punto de corte óptimo en 21. La Disfunción eréctil clasificó en cuatro categorías: disfunción eréctil grave 5 a 10 puntos; disfunción eréctil moderada 11 a 15 puntos; disfunción eréctil leve 16 a 20 puntos y función eréctil normal 21 – 25 puntos [19] motivated the validation of the Spanish version of the International Index of Erectile Function (IIEF).
- El cuestionario de autoinforme de eyaculación precoz de Gindin y Huguet constó de 21 preguntas cerradas, de estas 17 son dicotómicas y 4 tienen varias alternativas de respuesta pero solo puede seleccionarse una, su interpretación se basó en una asignación de puntaje de acuerdo a la edad del participante y el número de la pregunta, si la suma general de los diferentes ítems es

menor de 15 puntos: no es un eyaculador precoz, entre 15 y 20 puntos: padece ocasionalmente de eyaculación precoz y puede esperar a mejorar con el transcurso del tiempo, entre 30 y 40 puntos: padece una eyaculación precoz importante y requerirá asistencia, terapia sexual, más de 40 puntos: el pronóstico no es bueno [8].

La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca, todos los participantes firmaron el consentimiento informado, se guardó la confidencialidad de los encuestados y del manejo de los datos en todas las fases del proyecto.

RESULTADOS

Participaron 114 varones, cuyo rango de edad con mayor frecuencia fueron las personas entre 20 a 39 años con el 62.2%, de estado civil casados en un 58.8%, residentes en áreas urbanas en un 97.4% y de religión católica con el 85.1%. Un 65.2% de encuestados fueron docentes, cuya Facultad de pertenencia en su mayoría fue medicina en un 43.9% seguida de Odontología con el 32.5% (Tabla N°1).

El inicio de vida sexual activa de los encuestados tuvo una media de 17.32 años con una desviación estándar ± 2.7 , en cuanto al número de compañeros/as sexuales la media fue de 8 con una desviación estándar ± 7 . La prevalencia de disfunciones sexuales en la población de estudio fue de 75.4% con un intervalo de confianza al 95% de 67.09% a 83.77% (Tabla N°2).

En lo que respecta a trastornos del deseo sexual, el 27.9% presentó hiperactividad masculina y según la temporalidad el 58.3% de los encuestados especificaron haberla presentado durante toda su vida sexual; el 18.6% indicó tener fobia al contacto sexual, de ellos el 81.3% manifestaron presentarla durante los 6 últimos meses; finalmente, un 9.3% refirió presentar hipoactividad, presentando dicha alteración en el 100% de los casos durante los últimos 6 meses (Tabla N° 3).

Según los trastornos de excitación, el 53.5% tuvo puntuaciones ≤ 20 puntos según el Índice de Función Eréctil (media 21.1 y desviación estándar de ± 2.7), considerándose como disfunción eréctil según los rangos establecidos por este instrumento, de ellos el 93.5% fueron categorizados con DE leve (Tabla N°4).

El trastorno orgásmico se presentó en un 30.2% de los encuestados, de ellos el 73.1% indicó haberla presentado durante los últimos 6 meses de su vida sexual. Al aplicar el cuestionario de eyaculación precoz de Gindin y Huguet, se encontró una media de 22.5 con una desviación estándar de ± 11.5 , donde el 89.8% de participantes según la suma general de los diferentes ítems fue mayor a 15 puntos encasillándose como eyaculador precoz, de ellos el 48.1% tuvieron más de 40 puntos determinándose

de eyaculador precoz con no buen pronóstico, el 36.2% según este índice padece ocasionalmente de eyaculación precoz y puede esperar a mejorar con el transcurso del tiempo y un 15.2%, se mostró con eyaculación precoz importante y requerirá asistencia terapia sexual (Tabla N° 5). En la tabla N° 6 se puede observar que el 29.1% de participantes refirieron haber presentado dispareunia masculina, el 60% de ellos indicaron tener dicha alteración durante los últimos 6 meses y el 40% en toda su vida sexual.

Tabla N° 1

Distribución según características sociodemográficas

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

*Edad: media 37.04 años Desviación estándar ± 7.5

Elaborado por: las autoras

Fuente: base de datos

Tabla N° 2

Prevalencia de disfunción sexual masculina

		n	%	IC 95%
Disfunción Sexual Masculina	Sí	86	75.4	67.09 a 83.77
	No	28	24.6	

*Media inicio de vida sexual activa 17.32 años DS ± 2.7

**Compañeros/as sexuales la media 8 DS ± 7.

Elaborado por: las autoras

Fuente: base de datos

Tabla N° 3

Disfunciones sexuales masculinas según: frecuencia y temporalidad de los trastornos del deseo

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

Elaborado por: las autoras

Fuente: base de datos

Tabla N° 4

Disfunciones sexuales masculinas según: frecuencia de trastornos de la excitación

			n	%
Trastornos de la excitación sexual	Trastorno de la erección en el varón (Disfunción eréctil)*	Sí	46	53.5
		No	40	46.5
	Grado de trastorno de la erección en el varón (Disfunción eréctil)	Moderada	3	6.5
		Leve	43	93.5

*Media función eréctil 21.1 Desviación Estándar ± 2.7

Elaborado por: las autoras

Fuente: Base de datos

Tabla N° 5

Disfunciones sexuales masculinas según: frecuencia y temporalidad de trastornos orgásmicos

			n	%	
Trastorno orgásmico masculino	Sí		26	30.2	
	No		60	69.8	
Temporalidad	Últimos 6 meses		19	73.1	
	Durante toda su vida sexual		7	26.9	
Trastornos orgásmicos	Eyacuación precoz *	Sí	79	89.8	
		No	7	10.2	
	Tipo de eyacuación precoz	Padece ocasionalmente eyacuación precoz		29	36.7
		Padece eyacuación precoz importante y requerirá terapia sexual		12	15.2
		El pronóstico no es bueno		38	48.1

*Media función eyaculadora 22.5 Desviación Estándar \pm 11.5

Elaboración: las autoras

Fuente: base de datos

Tabla N° 6

Disfunciones sexuales masculinas según: frecuencia y temporalidad de trastornos sexuales por dolor

			n	%	
Trastornos sexuales por dolor	Dispareunia masculina	Sí	25	29.1	
		No	61	70.9	
	Temporalidad	Últimos 6 meses		15	60
		Durante toda su vida sexual		10	40

Elaboración: las autoras

Fuente: base de datos

DISCUSIÓN

Las disfunciones sexuales provocan modificaciones en una o varias fases de la respuesta sexual como: el deseo, la excitación, el orgasmo y/o resolución; además abarcan diferentes formas de incapacidad para participar satisfactoriamente en una relación sexual, viéndose influenciadas por múltiples factores que se interrelacionan tales como: los psicógenos, emocionales, neurológicos, vasculares y endócrinos [7].

Es importante hacer hincapié que en la literatura biomédica son muy reducidas las investigaciones sobre sexualidad masculina, lo que constituye una

de las limitaciones del estudio, más aún respecto a los problemas que giran alrededor de la función sexual de los varones, es por ello que hemos intentado realizar una recopilación de los estudios más representativos del problema en mención, aunque algunos de ellos no aplican a poblaciones similares por la falta de publicaciones en este campo.

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

Concerniente a los trastornos del deseo sexual, el 27.9% presentó hiperactividad masculina, el 18.6% indicó tener fobia al contacto sexual y un 9.3% hipoactividad. En este sentido, algunos autores han contextualizado que las alteraciones en el deseo en las personas, sobre todo la ausencia de fantasías sexuales [13] o la falta de interés por iniciar la actividad sexual en pareja, están influenciados a múltiples factores tales como: los cambios fisiológicos a lo largo del ciclo vital, pues concretamente en los hombres con la edad se produce una disminución de la testosterona [20]; además de los conflictos de pareja [21] y la duración de la relación, la presencia de adecuados inductores externos del deseo (estímulos relacionados con los órganos de los sentidos) [3], la violencia psicológica o física, el alcoholismo o el consumo de sustancias y/o la infidelidad de pareja, entre otros [22].

Con respecto al trastorno hipersexual (THS) masculino, según un estudio realizado en Madrid en el año 2013, con una muestra de 401 pacientes ambulatorios, en donde solo 49 (12.2%) pacientes consultaron por una excesiva conducta sexual, de los cuales 36 (73.4%) cumplían los criterios para THS, con una media de 33.8 años. Se observa que existe una alta prevalencia de exceso de conducta sexual con relación de los pacientes que consultan por este trastorno a los que en realidad lo padecen [23].

En un estudio realizado en California, sobre aversión al sexo en 382 estudiantes masculinos de edades comprendidas entre 19 a 25 años, en donde se les aplicó un cuestionario sobre aversión al sexo, obteniendo una prevalencia del 10%, lo cual indica que en nuestro estudio se obtuvo una mayor prevalencia de este tipo de trastorno [24].

Con relación al trastorno de hipoactividad masculina, según la Federación Europea de sexología, pocos estudios han investigado su prevalencia, aunque Corona et al, en el año 2016, encontraron una prevalencia de dicha alteración en un 6% de varones con edades de entre 18-24 años y el 41% correspondió a hombres de 66-74 años, además el 1.6% indicaron estar afectados por una falta de interés al sexo de 6 meses o más de duración [7].

En esta línea, es claro que durante el climaterio masculino, hay una declinación parcial androgénica propia del proceso del envejecimiento, el cual se produce por una disminución de la testosterona total libre, cuyos efectos se traducen no solo

con una reducción del deseo sexual sino también con trastornos en la fase de la excitación, concretamente en la función eréctil, siendo la disfunción eréctil (DE) el síntoma comúnmente reportado en dicha fase [25]. En nuestra serie, respecto a las alteraciones de la excitación, un 53.5% de participantes presentaron DE, de ellos el 93.5% fueron categorizados con DE leve; además los del trastorno orgásmico se presentó en un 30.2% de los de los casos.

Resultados similares a los concluidos por autores como: Hernández, en el 2017, quien luego de la aplicación del Índice Internacional de Función Eréctil, encontró que un 54.7% de participantes presentó DE [19] motivated the validation of the Spanish version of the International Index of Erectile Function (IIEF. Espitia, en su estudio en el 2018 en Colombia, concluyó una prevalencia de disfunción eréctil tras la aplicación de dicho instrumento fue de 47.63% y de acuerdo al grado la severa fue la más común con 16.27%, la moderada 10.46% y leve a moderada 12.79% [26]. Por su parte, Pérez, en su investigación en el 2017, identificó una frecuencia del 46.4% de, y el 39.5% fueron categorizados en grado leve, el 6.2% moderada y un 0.7% grave [27].

En cambio Fonte et al, en el año 2018, en su investigación en Cuba, concluyeron que el 65% de participantes presentaron disfunción eréctil luego de la aplicación del Índice de función Eréctil, con un grado leve en un 37.8%, moderado en un 41% y severo 21.2% [28]. No obstante, Kamnerdsiri y sus colaboradores en un estudio publicado en el año 2018, en la República Checa, con la aplicabilidad del mismo instrumento antes mencionando observaron un 7.5% de disfunción eréctil [29].

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

Dichas cifras de eyaculación precoz son muy superiores a las encontradas por otros autores como: Hanafy et al, observaron una prevalencia de

26.67% de EP [30] y Karabakan y sus colaboradores en su estudio en 1000 universitarios, encontraron que el 9.2% de ellos presentaron eyaculación precoz, el 6.6% obtuvieron puntuaciones entre 9 y 10 siendo considerados como varones que tenían probabilidad de padecer EP y el 84.2% mostraron puntuaciones iguales o menores a 8 [31]the participants were asked to complete the premature ejaculation diagnostic tool (PEDT; igualmente Kamnerdsiri et al., en el año 2018, en la República Checa, indicaron que solo el 4.3% padecían eyaculación precoz según el índice de eyaculación precoz [29].

CONCLUSIONES

La frecuencia de disfunciones sexuales fue elevada, siendo más representativa contrariamente a lo que indica la literatura en varones con edades entre 20 a 39 años. En lo que respecta a los trastornos de excitación, la disfunción eréctil fue la más prevalente de acuerdo al índice internacional de función eréctil y de los que la presentaron casi la totalidad fueron categorizados con DE leve; además más de la mitad de encuestados fueron considerados como eyaculadores precoces según el cuestionario de Gindin y Huguet.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Molina Reino Diana Mercedes. Médica. Libre ejercicio. Cuenca - Azuay - Ecuador.
e-mail: dianamr_1995@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5636-1575>
- Tapia Cárdenas Jeanneth Patricia. Magíster en Investigación de la Salud. Universidad Católica de Cuenca. Unidad Académica de Salud y Bienestar. Cuenca - Azuay - Ecuador.
e-mail: janeth.tapia@ucuenca.edu.ec
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3203-8225>

CONTRIBUCION DE LOS AUTORES

Las autoras declaran haber contribuido de manera similar en la concepción de la idea, revisión bibliográfica, recolección y análisis de datos, redacción y aprobación de la versión final del manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras exponen la no existencia de conflicto de intereses.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Durán GR, García MB. Salud sexual y reproductiva. *Rev Cuba Enferm.* 2015;31(1):1-2. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/409>.
2. OPS. Día de la Salud Sexual. 2017. Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=462:dia-de-la-salud-sexual&Itemid=215&lang=es
3. Oppezzi M, Ramírez C. Los varones en las políticas de salud: ¿Cuerpos invisibilizados? Un estudio en las políticas sanitarias de la Provincia de Neuquén, Argentina. *Psicol Conoc Soc.* 2012;2(2):142-176. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4758/475847408007.pdf>
4. Espinoza CRA. Sexualidad y Respuesta Sexual Humana. 2012. Disponible en: http://files.uladech.edu.pe/docente/09400711/Sexualidad_Humana/Sesi%C3%B3n_0/TEXTO%20SEXUALIDAD%20HUMANA.pdf
5. Gallach E, De Juan A, Garcia-Blanco A, Izquierdo RM, Robledo-Algarra R, Fenollosa P, et al. Sexo y dolor: la satisfacción sexual y la función sexual en una muestra de pacientes con dolor crónico benigno no pélvico. *Rev Soc Esp Dolor.* 2018;25(3):145-54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/emplar/502997>
6. Torres Hidalgo JL. La detección de las disfunciones sexuales en Atención Primaria. *Aten Primaria.* septiembre de 2012;44(9):525-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025607/>
7. de Dios-Blanco E, Navarro AD, Zuasnábar LR. Trastorno de deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Rev Sexol Soc.* diciembre de 2016;22(2):166-87. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsexsoc/rss-2016/rss162e.pdf>
8. Valls SA, Ruiz LGG, Blanco CSM. Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones Sexuales. 2012. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sex0.pdf

9. Jurado AR, Infante AF, Blanco CSM, Quintana EUV. Salud sexual del hombre. Semergen; 2015. Disponible en: https://www.semergen.es/files/docs/biblioteca/semDoc/guia_rapida_semergen_salud_sexual.pdf
10. Porras-Zúñiga L. Disfunción Eréctil. Rev Médica Costa Rica Centroamérica. octubre de 2016;73(620):587-90. Disponible en: <http://revistamedicacr.com/index.php/rmcr/article/view/88/0>
11. Carrillo L, Rodríguez-Valle E, et al. Eyaculación precoz: revisión de la alteración y actualidades en el tratamiento. Rev Mex Urol. 2017;77(4):328-35. Disponible en: <https://revistamexicanadeurologia.org.mx/index.php/rmu/article/view/47>
12. Prieto R, Cruz N, Cabello F, García F, Fernández A, Larrazábal M, et al. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la eyaculación precoz: recomendaciones de experto. Rev Int Andrología. abril de 2017;15(2):70-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-diagnostico-tratamiento-seguimiento-eyaculacion-precoz-S1698031X17300249>
13. Fernández Delgado D. La eyaculación precoz: actualización del tema. Rev Clínica Med Fam. febrero de 2014;7(1):45-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000100007
14. Villarreal Valerio JA. Dispareunia masculina. An Fac Med. 27 de marzo de 2019;80(1):79-85. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000100015
15. Fernández-Rodríguez SF, Otero LA. Manejo de la disfunción eréctil desde la consulta de enfermería de Atención Primaria. RqR Enferm Comunitaria Rev SEAPA. 2015;3(3):25-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5201765> 16. García-Perdomo H. Un nuevo enfoque terapéutico para la disfunción eréctil: las ondas de choque de baja intensidad. IATREIA. 7 de julio de 2015;28(3):283-91.
17. Panach-Navarrete J, Morales-Giraldo A, Ferrandis-Cortés C, García-Morata F, Pastor-Lence JC, Martínez-Jabaloyas JM. Satisfacción y adherencia al tratamiento en disfunción eréctil a medio y largo plazo. Actas Urol Esp. mayo de 2017;41(4):258-66. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210480616301589>
18. Frances A, Alan H, First M, Widiger T. DSM-IV - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson; 1995. Disponible en: <https://psicovale.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
19. Hernández R, Thieme T, Araos F. Adaptación y Análisis Psicométrico de la Versión Española del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) en Población Chilena. Ter Psicológica. 2017;35(3):223-30. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082017000300223
20. Corona G, Isidori AM, Aversa A, Burnett AL, Maggi M. Endocrinologic Control of Men's Sexual Desire and Arousal/Erection. J Sex Med. marzo de 2016;13(3):317-37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26944463/>
21. Hurtado F, Ciscar C, Rubio M. El conflicto de pareja como variable asociada a la violencia de género contra la mujer: consecuencias sobre la salud sexual y mental. Revista de Psicología y Psicopatología. 2004;9(1): 49-64. Disponible en: [https://www.aepcp.net/arc/04.2004\(1\).Hurtado-Ciscar-Rubio.pdf](https://www.aepcp.net/arc/04.2004(1).Hurtado-Ciscar-Rubio.pdf)
22. DeRogatis L, Rosen RC, Goldstein I, Werneburg B, Kempthorne-Rawson J, Sand M. Characterization of Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) in Men. J Sex Med.;9(3):812-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22239825/>
23. Actis CC. Hipersexualidad, trastorno hipersexual y comorbilidad en el eje I. XIV Congr Virtual Psiquiatr. 2013;2(1):1-9. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/hipersexualidad-trastorno-hipersexual-y-comorbilidad-en-el-eje-i/>
24. Brotto L. The DSM Diagnostic Criteria for Sexual Aversion Disorder. Arch Sex Behav. 2010;39(5):271-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19784769/>
25. Castelo E, Machado M. Algunas consideraciones del síndrome de

declinación parcial androgénica en el envejecimiento masculino. Rev Cuba Endocrinol. 2006;17(2):1-12. Disponible en: https://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=38463&id_seccion=708&id_ejemplar=3967&id_revista=58

26. Espitia FJ. Prevalencia de disfunción eréctil en hombres del Quindío, y factores de riesgo asociados. Rev Urol Colomb Urol J. junio de 2019;28(02):169-76. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1656515.pdf>
27. Pérez L. Disfunción eréctil: prevalencia, factores de riesgo y actitudes en la provincia de Chiclayo 2017. Rev Tzhoecoen. 2018;10(4):567-81.
28. Fonte Sevillano T, Rojas Pérez A, Hernández Pino Y, Santos Hedman DJ. Epidemiología de la disfunción sexual eréctil en ancianos de un área de salud. Rev Cuba Med. 57(2):1-18. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-985551>
29. Kamnerdsiri WA, Rodríguez Martínez JE, Fox C, Weiss P. Clinical correlation between erectile function and ejaculatory function in the Czech male population. Thumbikat P, editor. PLOS ONE. 2018;13(7):1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30001388/>
30. Hanafy S, Hamed AM, Hilmy Samy MS. Prevalence of premature ejaculation and its impact on the quality of life: Results from a sample of Egyptian patients. Andrologia. 2019;51(8):1-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31025424/>
31. Karabakan M, Bozkurt A, Hirik E, Celebi B, Akdemir S, Guzel O, et al. The prevalence of premature ejaculation in young Turkish men. Andrologia. 2016;48(9):983-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26803992/>