

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **ZAMBRANO SALTOS LUIS ADOLFO** y **GARCÍA HIDROVO WILLIANS VICENTE**, con C.C. 1309127296, 1307684538, respectivamente, autores del trabajo de graduación titulado: “**ALTERACIÓN EN LA FASE PSICOLÓGICA DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA DE PAREJAS REUBICADAS EN ALBERGUES URBANOS DEL CANTÓN JAMA A PARTIR DEL TERREMOTO DE 7.8 EN LA ESCALA DE RICHTER EL 16 DE ABRIL DEL 2016**”, previa a la obtención del título profesional en la Especialidad de: Medicina Familiar y Comunitaria, en la Facultad de **Medicina**:

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 7 de febrero del 2017



ZAMBRANO SALTOS LUIS ADOLFO

VICENTE

C.C. 1309127296



GARCÍA HIDROVO WILLIANS

C.C. 1307684538

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**TÍTULO**

**ALTERACIÓN EN LA FASE PSICOLÓGICA DE LA RESPUESTA SEXUAL  
HUMANA DE PAREJAS REUBICADAS EN ALBERGUES URBANOS DEL  
CANTÓN JAMA A PARTIR DEL TERREMOTO DE 7.8 EN LA ESCALA DE  
RICHTER EL 16 DE ABRIL DEL 2016**

DISERTACIÓN PREVIA A OBTENCIÓN DEL TÍTULO EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA

**LUGAR:**

DISTRITO 13D10 “JAMA-PEDERNALES” SALUD

**AUTORES:**

DR: LUIS ADOLFO ZAMBRANO SALTOS

DR: WILLIANS VICENTE GARCÍA HIDROVO

**DIRECTOR DE TESIS:**

DR. MAURICIO CUADRADO  
MÉDICO FAMILIAR - DOCENTE PUCE

**TUTOR METODOLÓGICO:**

DR. JOSÉ SOLA

**ECUADOR 2016**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA  
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR**

**ALTERACION EN LA FASE PSICOLOGICA DE LA RESPUESTA SEXUAL  
HUMANA DE PAREJAS REUBICADAS EN ALBERGUES URBANOS DEL  
CANTON JAMA A PARTIR DEL TERREMOTO DE 7.8 EN LA ESCALA DE  
RICHTER EL 16 DE ABRIL DEL 2016**

**Dr. García Hidrovo Willians Vicente.  
Dr. Luis Adolfo Zambrano Saltos.**

**Dr. Mauricio Cuadrado Borriones** .....

**Director de Tesis**

**Miembro del Comité de Tesis** .....

**Miembro del Comité de Tesis** .....

**Dr. Rodrigo Díaz Bolaños** .....

**Coordinador Posgrado Medicina Familiar**

## **AUTORIZACION DE PUBLICACIÓN**

Nosotros, García Hidrovo Willians con CI 1307684538 y Zambrano Saltos Luis, con CI 1309127296 autores del trabajo de grado titulado **Alteración en la fase psicológica de la respuesta sexual humana de parejas reubicadas en albergues Urbanos del Cantón Jama a partir del terremoto de 7.8 en la escala de Richter el 16 de abril del 2016**

Presentado previo a la obtención del título de Especialistas en Medicina Familiar de la Facultad de Medicina; autorizamos a la Biblioteca General de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para que con fines académicos, muestre al mundo esta producción intelectual, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- 1.- Se autoriza la publicación del contenido de este trabajo en la página web y en la biblioteca de la Pontificia Universidad católica del Ecuador
- 2.- Permita la consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato CD-ROM o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

De conformidad con lo descrito en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior Todas las instituciones de educación superior estarán obligadas a entregar las tesis que se elaboren para la obtención de títulos académicos de grado y posgrado en formato digital para ser integradas al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

Quito, 2016

Luis Zambrano Saltos

Willians García Hidrovo

CI: 1309127296

CI: 1307684538

## **DEDICATORIA**

A Dios por mantenerme con vida y permitirme salir adelante en cada momento de desesperanza y complicaciones.

A mi familia en especial a mis padres que de una u otra manera siempre están presentes en cada momento de mi vida.

A mi esposa que lucha a mi lado el día a día en todo momento sin importar las circunstancias o situaciones que se presentan.

A mis bellas hijas mis amores quienes son mis motores especiales de superación y dedicación de mi vida entera para ellas.

A la memoria de mi abuela a quien le debo lo q soy mi forma de ser y seguir los caminos del bien.

A los amigos que quedaron siendo apoyo y generando confianza para seguir adelante.

**WILLIANS GARCIA HIDROVO**

## **DEDICATORIA**

A la memoria de mi Padre que ha sido mi apoyo incondicional desde el cielo junto a Dios.

A mi familia en especial a mi Madre y Hermana (Tania Zambrano) quienes son parte importante en mi progreso profesional.

A mi esposa e hijos quienes estuvieron con migo en buenas y malas durante todo este proceso de formación como médico familiar siendo apoyo incondicional y guías para no decaer.

A los compañeros que confiaron en mí y me apoyaron para seguir adelante.

**LUIS ZAMBRANO SALTOS**

## **AGRADECIMIENTO**

Al Dr. Mauricio Cuadrado, nuestro director de tesis y tutor comunitario quien con sus conocimientos nos supo guiar en el trayecto del postgrado

Al Dr. José Sola Villena, por ser nuestro tutor metodológico y por brindarnos lo mejor de su paciencia, conocimiento y experiencia en el desarrollo de este trabajo.

Al Dr. Lenin Díaz nuestro tutor quien fue participe en nuestra formación

A todas las personas de Jama que pese a su vivencia en el terremoto del 16 A siempre estuvieron dispuestos a colaborarnos.

## INDICE.

Resumen.....	11
ABSTRAC .....	12
CAPITULO 1 .....	14
INTRODUCCIÓN .....	14
JUSTIFICACIÓN .....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
OBJETIVO GENERAL .....	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
VARIABLES .....	19
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	19
HIPÓTESIS.....	21
CAPÍTULO 2 .....	21
MARCO TEORICO.....	21
RESPUESTA SEXUAL HUMANA.....	21
Sexualidad humana .....	21
Etapas de la respuesta sexual humana .....	23
ACTO SEXUAL .....	25
El acto sexual femenino.....	26
CAMBIOS GENERALES DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA.....	27
MODELOS DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA.....	28
FASE PSICOLÓGICA DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA .....	29
Psicología del acto sexual femenino.....	34
Psicología del acto sexual masculino.....	35
ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS SEXUALES FEMENINOS.....	37
Clasificación de los trastornos sexuales femeninos .....	39
Descripción clínica de los trastornos sexuales femeninos .....	39
ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS SEXUALES MASCULINOS .....	42
Descripción clínica de los trastornos sexuales masculinos .....	46
Trastorno sexual inducido por sustancias .....	49

CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES DE LA SEXUALIDAD .....	50
Roles sexuales .....	51
Sexualidad y cultura .....	51
COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LA COMUNIDAD .....	52
Principales riesgos psicosociales. ....	57
Desastres naturales y alteración sexual.....	57
CAPÍTULO 3 .....	21
METODOLOGIA .....	58
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	59
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	59
TIPODE ESTUDIO.....	59
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA.....	60
INSTRUMENTO RECOLECCION DE DATOS .....	60
CAPÍTULO 4 .....	61
PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	61
RESULTADOS.....	61
ANÁLISIS UNIVARIADO .....	62
CAPÍTULO 5 .....	103
DISCUSIÓN .....	103
CONCLUSIONES .....	105
LIMITACIÓN DEL ESTUDIO .....	106
RECOMENDACIONES .....	106
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA. ....	108

## LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y gráfico 1: EDAD .....	62
Tabla y gráfico 2: SEXO .....	63
Tabla y gráfico 3: ESTADO CIVIL .....	64
Tabla y gráfico 4: RELIGIÓN .....	64
Tabla y gráfico 5: PROCEDENCIA .....	65
Tabla y gráfico 6: SITUACION LABORAL .....	65
Tabla y gráfico 7: ESCOLARIDAD .....	66
Tabla y gráfico 8: NÚMERO DE HIJOS .....	66
Tabla y gráfico 9: EDAD * SEXO .....	67
Tabla y gráfico 10: EDAD * ESTADO CIVIL .....	68
Tabla y gráfico 11: EDAD * RELIGIÓN .....	68
Tabla y gráfico 12: EDAD * PROCEDENCIA .....	69
Tabla y gráfico 13: EDAD * TRABAJO .....	69
Tabla y gráfico 14: EDAD * ESCOLARIDAD .....	70
Tabla y gráfico 15: EDAD * NÚMERO DE HIJOS .....	70
Tabla y gráfico 16: SEXO * ESTADO CIVIL .....	71
Tabla y gráfico 17: SEXO * RELIGIÓN .....	71
Tabla y gráfico 18: SEXO * PROCEDENCIA .....	72
Tabla y gráfico 19: SEXO * TRABAJO .....	72
Tabla y gráfico 20: SEXO * ESCOLARIDAD .....	73
Tabla y gráfico 21: SEXO * NÚMERO DE HIJOS .....	73
Tabla y gráfico 22: ESTADO CIVIL * RELIGIÓN .....	74
Tabla y gráfico 23: ESTADO CIVIL * PROCEDENCIA .....	74
Tabla y gráfico 24: ESTADO CIVIL * TRABAJO .....	75
Tabla y gráfico 25: ESTADO CIVIL * ESCOLARIDAD .....	75
Tabla y gráfico 26: ESTADO CIVIL * NÚMERO DE HIJOS .....	76
Tabla y gráfico 27: RELIGIÓN * PROCEDENCIA .....	76
Tabla y gráfico 28: RELIGIÓN * TRABAJO .....	77
Tabla y gráfico 29: RELIGIÓN * ESCOLARIDAD .....	77
Tabla y gráfico 30: RELIGIÓN * NÚMERO DE HIJOS .....	78
Tabla y gráfico 31: PROCEDENCIA * TRABAJO .....	78
Tabla y gráfico 32: PROCEDENCIA * ESCOLARIDAD .....	79
Tabla y gráfico 33: PROCEDENCIA * NÚMERO DE HIJOS .....	79
Tabla y gráfico 34: TRABAJO * ESCOLARIDAD .....	80
Tabla y gráfico 35: TRABAJO * NÚMERO DE HIJOS .....	80
Tabla y gráfico 36: ESCOLARIDAD * NÚMERO DE HIJOS .....	81
Tabla y gráfico 37: DISTANCIA ENTRE CARPA Y CARPA .....	81
Tabla y gráfico 38: METROS CUADRADOS DE LA CARPA .....	82
Tabla y gráfico 39: COMPARTIMIENTO DENTRO DE CARPAS .....	82

Tabla y gráfico 40: BAÑO DENTRO DE LA CARPA.....	83
Tabla y gráfico 41: PERMANENCIA EN EL ALBERGUE.....	83
Tabla y gráfico 42: NO PIENSO EN EL SEXO MUY AMENUDO .....	87
Tabla y gráfico 43: EL SEXO POR LO GENERAL NO ME RESULTA MUY SASTIFACTORIO .....	88
Tabla y gráfico 44: NUNCA INICIO LAS RELACIONES SEXUALES .....	88
Tabla y gráfico 45: CON FRECUENCIA RECHAZO LAS APROXIMACIONES DE MI PAREJA PARA HACER EL AMOR.....	89
Tabla y gráfico 46: INCLUSO CUANDO MI PAREJA SE MUESTRA ROMANTICA/O, ME RESULTA DIFÍCIL ESTAR DE HUMOR PARA EL SEXO .....	89
Tabla y gráfico 47: EN GENERAL, ME SIENTO CARENTE DE ATRACTIVO Y NO DESEABLE .....	90
Tabla y gráfico 48: NUNCA ME MASTURBO.....	90
Tabla y gráfico 49: CUANDO ESTOY HACIENDO EL AMOR, HABITUALMENTE ME SIENTO DISTRAIDO Y DISTANTE .....	91
Tabla y gráfico 50: NO SOY UNA PERSONA MUY APASIONADA.....	91
Tabla y gráfico 51: EL IMPULSO SEXUAL DE MI PAREJA ES MUCHÍSIMO MÁS FUERTE QUE EL MÍO.....	92
Tabla y gráfico 52: ESTARÍA PERFECTAMENTE CONTENTO/A CON DEJAR EL SEXO FUERA DE NUESTRA RELACIÓN SI ELLO NO FUERA A CAUSAR PROBLEMAS .....	92
Tabla y gráfico 53: NUNCA TENGO FANTASIAS SEXUALES .....	93
Tabla y gráfico 54: LOS DESACUERDOS POR LA FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES SON CORRIENTES EN NUESTRA RELACIÓN Y A MENUDO LLEVAN A DISCUSIONES O SENTIMIENTOS HERIDOS .....	93
Tabla y gráfico 55: NO ES INFRECUENTE QUE YO INVENTE EXCUSAS PARA EVITAR TENER RELACIONES SEXUALES .....	94
Tabla y gráfico 56: A VECES, DURANTE LA NOCHE, FINJO DORMIR PARA QUE MI PAREJA NO INTENTE HACERME EL AMOR.....	94

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * EDAD.....	84
Tabla 2: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * SEXO .....	84
Tabla 3: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * ESTADO CIVIL.....	85
Tabla 4: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * RELIGIÓN .....	85
Tabla 5: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * TRABAJO .....	86
Tabla 6: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * ESCOLARIDAD .....	86
Tabla 7: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * NÚMERO DE HIJOS.....	87
Tabla 8: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 1 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	95
Tabla 9: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 2 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	95
Tabla 10: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 3 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	96
Tabla 11: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 4 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	96
Tabla 12: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 5 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	97
Tabla 13: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 6 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	97
Tabla 14: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 7 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	98
Tabla 15: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 8 DEL TEST DE DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	98
Tabla 16: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 9 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	99
Tabla 17: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 10 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	99
Tabla 18: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 11 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	100
Tabla 19: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 12 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	100
Tabla 20: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 13 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	101
Tabla 21: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 14 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	101
Tabla 22: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * PREGUNTA N° 15 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO .....	102
Tabla 23: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * VARIABLES DEMOGRÁFICAS.....	102
Tabla 24: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL * TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO	103

## Resumen

En vista del terremoto que se presentó en nuestro País el 16 de abril del 2016 de 7'8 en la escala de Richter y la convivencia en albergues donde se acogen a personas damnificadas, entre ellas parejas sexualmente activas, donde se pueden encontrar alterada la fase psicológica de la respuesta sexual humana en relación con el medio de convivencia y medio físico de estos lugares de acogida temporal. Pero la vida continua y la procreación no cesa ante tal evento aunque se provocan muchos cambios debido al estrés que se exponen las parejas acogidas, tanto por el terremoto como por la vivencia en estos albergues relacionados con la privacidad y el deseo ante la respuesta sexual humana.

Después de aplicar criterios de inclusión y exclusión, se decide realizar una encuesta a la cual se añade el (*Test De Inhibición Del Deseo Sexual*) con la cual se pretende investigar, la alteración de la fase psicológica de la respuesta sexual, y factores sociales que influyen sobre esta. Este estudio se realizó en 55 personas que se residen en el albergue central del cantón Jama; el mismo que concluye:

- Las condiciones de vida tales como, no tener un espacio privado, la proximidad que existe entre una carpa y otra, no se relacionan directamente con la intimidad sexual.
- Los factores sociodemográficos constituyen un factor de riesgo en la inhibición del deseo sexual, de éstos no tener un empleo es la causa que tiene una relación significativa al presentar alteración del deseo sexual.
- Los factores más importantes que intervienen en la inhibición del deseo sexual en parejas reubicadas en albergues temporales son los factores sociodemográficos así como también las conductas sexuales (*Test De Inhibición Del Deseo Sexual*) adoptada por cada individuo, las cuáles en su mayoría constituyen un factor de riesgo y significancia para presentar alteración de la fase Psicológica del deseo Sexual.

- La convivencia en albergues temporales, no tiene tanta influencia sobre la fase psicológica de la respuesta sexual humana en parejas reubicadas en estas instalaciones luego del terremoto ocurrido en el Cantón Jama el 16 de abril del 2016, si se la relaciona con las conductas de cada individuo en el momento de tener relaciones sexuales.
- El test de Inhibición del Deseo Sexual demuestra que existe alteración de la fase psicológica de la respuesta sexual humana en parejas reubicadas en el albergue central de Jama, a partir del terremoto ocurrido el 16 de abril del 2016.
- Palabras claves: terremoto, desastres naturales, deseo sexual, albergue, respuesta sexual.

## **ABSTRAC**

In view of the earthquake that occurred in our country on April 16, 2016 of 7'8 on the Richter scale and living together in shelters where people are affected, including sexually active couples, where the phase can be altered Psychological nature of the human sexual response in relation to the means of coexistence and physical environment of these places of temporal reception. But continuous life and procreation does not cease before such an event although many changes are brought about due to the stress that the couples receiving, both by the earthquake and by the experience in these shelters related to the privacy and the desire before the human sexual response.

After applying inclusion and exclusion criteria, it is decided to conduct a survey to which the (Sexual Inhibition Test of Sexual Desire) is added, with which it is intended to investigate, the alteration of the psychological phase of the sexual response, and social

factors that Influence this. This study was carried out in 55 people who live in the central shelter of the canton Jama; The same that concludes:

- Living conditions such as not having a private space, the proximity between one tent and another, are not directly related to sexual intimacy.
- Socio-demographic factors constitute a risk factor in the inhibition of sexual desire, of these not having a job is the cause that has a very significant relation to the alteration of sexual desire.
- To determine the psychological causes that diminish or inhibit the sexual desire in couples relocated in shelters.
- The most important factors involved in the inhibition of sexual desire in couples relocated to temporary shelters are sociodemographic factors as well as sexual behaviors (Sexual Inhibition Test) adopted by each individual, which are mostly a factor Of risk and significance to present alteration of the Psychological phase of Sexual desire.
- The coexistence in temporary shelters does not have as much influence on the psychological phase of the human sexual response in couples relocated to these facilities after the earthquake occurred in the Canton Jama on April 16, 2016, if it is related to the behaviors of each Individual at the time of having sex.
- The Sexual Desire Inhibition test shows that there is alteration of the psychological phase of the human sexual response in couples relocated to Jama central shelter, following the earthquake that occurred on April 16, 2016.
- Keywords: earthquake, natural disasters, sexual desire, shelter, sexual response.

# CAPITULO 1

## INTRODUCCIÓN

Los desastres naturales son fenómenos que se pueden presentar en cualquier lugar del globo terrestre, ya que la tierra es un sistema en actividad continua y se correlaciona con condiciones físicas vulnerables, condiciones socioeconómicas como viviendas mal construidas, y ubicadas en suelo inestable y pobreza extrema de la población, debemos tener en cuenta que la tecnología también pueden ocasionar desastres cuando no se toman las medidas de prevención y mitigación apropiadamente.

El Ecuador se encuentra en una zona de más alta complejidad tectónica en donde las Placas de Nazca y Sudamericana se encuentra generando una alta actividad sísmica. Además por encontrarse en la zona de convergencia intertropical se expone a amenazas de origen hidrometeorológicas (sequías, inundaciones, fenómeno del niño, etc.), como antecedente en nuestro País tenemos sismos que han alcanzado magnitudes grandes superiores a 7.8grados.

El terremoto que afectó a la zona norte del Ecuador de 7.8 en la escala de Richter el 16 de abril del 2016 provoco muchos daños en zonas más vulnerables, obligando a formación de albergues temporales oficiales en zonas afectadas como sucede en el Cantón Jama, donde se acogen a familias damnificadas por movimientos de la Placa Nazca y la Placa del Pacífico

Existen cuatro fases del comportamiento sexual humano que son el deseo, la excitación, la meseta y el orgasmo o resolución que se podrían ver alteradas por mucho factores entre ello, la alteración emocional que tiene tendencia a inhibir la primera fase.

Dentro de los problemas más frecuentes del comportamiento sexual humano están las alteraciones del deseo sexual, que podría relacionarse con insatisfacción sexual, y la

inexperiencia en diagnosticar estos problemas, nos limita a brindar la ayuda necesaria para quienes padecen este tipo de alteraciones. Existen muchos factores relacionados con la alteración de esta fase del deseo sexual y la excitación que se relacionan con la reproducción

El convivir en albergues a raíz del terremoto, puede contribuir a alteraciones en la fase psicológica inhibiendo el deseo sexual en las parejas que integran estos lugares, luego del evento sísmico del 16 de abril del 2016 en Jama.

La respuesta sexual es un tema de interés para la salud sexual, ha permitido el conocimiento del erotismo y nos ha ayudado a comprender fenómenos que pueden ayudar a las parejas a mejorar y enriquecer su actividad sexual. Permite tratar disfunciones eróticas (conocidas como disfunciones sexuales), de acuerdo a Masters y Johnson la respuesta sexual se da en 4 fases con bases fisiológicas y psicológicas, que son: El Deseo, Excitación, Orgasmo, Resolución. (11)

Los seres humanos debemos considerar que estamos conviviendo con una naturaleza viva con propias leyes de funcionamiento por lo que nos exponemos a resultar perjudicados ante cualquier evento sea natural o provocado por el ser humano, y estar conscientes que somos vulnerables a sufrir daños y no recuperarnos fácilmente de ellos. (Tobergte & Curtis, 2013)

Como producto de un movimiento de capas tectónicas de tipo superficial en el borde de la placa nazca y la placa del pacifico, debido a liberación de presión existente generando megarruptura entre las dos placas, dando como resultado terremoto en nuestro país, dejando perdidas invaluable entre ellas muchas vidas humanas. (Coordinadora Zonal 4, 2016a)

Este desastre natural se debe correlacionar con condiciones físicas vulnerables, y condiciones socioeconómicas como viviendas mal construidas, y en mala ubicación, suelo inestable y pobreza en estas poblaciones.(Tobergte & Curtis, 2013) Viéndose afectada la economía, con la no aportación de 4'000'000 USD diarios desde la provincia de Manabí y 100,000 USD diarios desde Esmeraldas(Coordinadora Zonal 4, 2016c)

El terremoto que sacudió a la zona norte de la provincia de Manabí el 16 de abril del 2016 de 7,8 ° en escala de Richter a las 18:58 hora local, afectando principal mente a la provincia de Manabí, además de otras zonas como guayas, pichincha y esmeraldas provocando daños irreparables con pérdida de vidas humanas, heridos, daños materiales (viviendas, edificaciones, escuelas),(Coordinadora Zonal 4, 2016b)

A raíz de esta emergencia la ayuda nacional y extranjera no se hizo esperar desde el primer momento para prestar atención a las familias damnificadas, creándose albergues temporales, organizados y cumpliendo con las condiciones apropiadas para para brindar seguridad a las personas afectadas, alterándose las condiciones de vida que llevaban con anterioridad, haciendo énfasis en este trabajo sobre alteraciones de la respuesta sexual humana que se puedan presentar ante tal situación. (Cedillo, 2010)

El deseo sexual es un apetito y está relacionado con la reproducción, y profundamente influido por la emoción, teniendo influencias estimuladoras como inhibitorias, o podría verse alterado con disfunciones sexuales (7)

## **JUSTIFICACIÓN**

Para muchos científicos la respuesta sexual humana es la base de la procreación independientemente de las fases que existan dentro de sus conceptos, teniendo en cuenta que todo tiene un inicio y un final, y aplicándolo al evento ocurrido en el 16 de abril del

2016 y el hecho de que este tipo de estudio nos permitirá demostrar si existen cambios en la fase psicológica de la respuesta sexual humana, en parejas acogidas en los albergues, expuestas al terremoto y más aun de la privacidad existente en los albergues del Cantón Jama.

Se plantean muchas hipótesis sobre el comportamiento de los seres humanos ante desastres naturales pero no existen estudios dirigidos a la alteración de respuesta sexual humana y sus principales causas, por eso se esperan resultados útiles obtenidos a través de este estudio.

El deseo sexual se ve sometido a cambios por diferentes factores como depresión, ansiedad, hormonales, enfermedades, estrés y psicológicas. Por lo que nos es grato demostrar que los albergues no prestan condiciones apropiadas para una placentera respuesta sexual humana.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cómo influye la convivencia en albergues temporales sobre la fase psicológica de la respuesta sexual humana en parejas reubicadas en estas instalaciones luego del terremoto ocurrido en el Cantón Jama el 16 de abril del 2016?

### **OBJETIVO GENERAL**

Investigar la relación existente entre la convivencia en albergues temporales y alteraciones en la fase psicológica de la respuesta sexual humana en parejas reubicadas en estas instalaciones luego del terremoto ocurrido en el Cantón Jama el 16 de abril del 2016.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar las condiciones de vida de las familias en los albergues temporales vinculadas con la probabilidad de intimidad sexual.

- Determinar las causas sociales que disminuyen o inhiben el deseo sexual en parejas reubicadas en albergues temporal.
- Determinar las causas psicológicas que disminuyen o inhiben el deseo sexual en parejas reubicadas en albergues.
- Ponderar cuales son los factores más importantes que intervienen en la inhibición del deseo sexual en parejas reubicadas en albergues temporales (ambientales, sociales).

## VARIABLES

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
S O C I O D E M O G R Á F I C A S	EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la encuesta	Años cumplidos	Cuantitativa	Intervalo
	SEXO	Características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres	Varón Mujer	Cualitativa	Nominal
	ESTADO CIVIL	Situación jurídica de un individuo en la familia y la sociedad	Soltero/ra Casado/da Viuda/do Unión Libre Divorciado Separado	Cualitativa	Nominal
	PROCEDENCIA	Cantón donde nació	Jama Bahía de Caraquez Santo Domingo	Cualitativa	Nominal
	TRABAJO	Estatus en el que una persona cumple o no un trabajo determinado	Empleo Desempleo	Cualitativa	Nominal
	ESCOLARIDAD	Tiempo en el que un niño o un joven asisten a la escuela para estudiar y aprender	Ninguna Primaria Secundaria Tercer Nivel Cuarto Nivel	Cualitativa	Nominal
	RELIGION	Sistema cultural que implica un vínculo entre el hombre i Dios o Dioses de acuerdo a sus creencias	Católica Tetigos de Jehová Mormones Crisitanos Otros...	Cualitativa	Nominal
	NUMERO DE HIJOS	Hijos nacidos vivos de la madre	1 2 3 4 5 etc...	Cuantitativa	Razón

DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
D E S T U D I O	DESEO SEXUAL	Ansiedad placentera de carácter erótico en actividad sexual	Si No	Cualitativa	Nominal
	ATRACCIÓN FÍSICA	Interés por características físicas hacia otra persona relacionado con el deseo	Si No	Cualitativa	Nominal
	EXCITACIÓN	Estado de actividad psíquica y motora normalmente alta motivado por una emoción que se expresa como una sensación muy agradable para el ser humano	Si No	Cualitativa	Nominal
	DISFUNCION SEXUAL	Dificultad del acto sexual que evita que el individuo o la pareja disfrute el acto sexual	Eyacuación precoz Trastornos de erección Disminución del deseo Trastornos orgásmicos	Cualitativa	Nominal
	DISFUNCION DE LA FASE PSICOLOGICA DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA	Son problemas en la respuesta sexual humana (deseo) que impide una vida erótica plena	Si No	Cualitativa	Nominal
	ABUSO DE SUSTANCIAS	Auto-indulgencia en el consumo y dependencia de alguna droga u otro químico que lleve a deterioro físico o mental	Drogas Alcohol Medicamentos	Cualitativa	Nominal
	VIOLENCIA	Uso intencional de la fuerza o poder físico contra uno mismo u otra persona o grupo, que cause lesiones, muerte o daño psicológico	Familiar Psicológica Doméstica Social	Cualitativa	Nominal
	TIEMPO ALBERGUES TEMPORAL	Lugares públicos como escuelas, edificios institucionales o centros comunales, que acondicionan para recibir personas evacuadas	Meses	Cualitativa	Nominal
	PRIVACIDAD	Ámbito de la vida personal de un individuo, quien se desarrolla en un espacio reservado el cual debe mantenerse confidencial	Si No	Cualitativa	Nominal
	COMODIDAD DE CARPAS	Toldos que son extendidos sobre una determinada superficie y se utilizan para cubrir o servir de techo	Si No	Cualitativa	Nominal
VIVIR EN ALBERGUE	Damnificados que cumplen las reglas a plenitud del albergue como alimentarse, dormir dentro de las carpas, ayudar con las necesidades dispuestas por los dirigentes de estas instalaciones	Si No	Cualitativa	Nominal	

## **HIPÓTESIS**

La convivencia en albergues temporales, altera la fase psicológica de la respuesta sexual humana en parejas reubicadas en estas instalaciones, a partir del terremoto ocurrido el 16 de abril del 2016 en el Cantón Jama de la Provincia de Manabí

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO TEORICO**

#### **RESPUESTA SEXUAL HUMANA.**

La respuesta sexual humana es una reacción inesperada que permitirá a las personas definir su propio ser y su existir obteniendo su propia identidad para poder interactuar con otros de la misma especie.

La sexualidad es una dimensión constituyente de la naturaleza humana, por lo que su vinculación con la salud surge y se recrea cotidianamente. En medicina no se la valora de modo particular, por considerarla exclusivamente dentro de la esfera de la intimidad y de la familia.

Por lo general la salud sexual va encaminada a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y conductas sexuales evaluadas como patológicas. (Molero Rodríguez, 2014) (Pi Gorguet, 2008).

#### **Sexualidad humana**

Algunos autores dan definiciones sobre la sexualidad, como Shen (1982), quien describe la sexualidad humana como un proceso de desarrollo, una experiencia personal y una expresión de conducta y que tiene consecuencias biológicas, psicológicas y morales. Cuando la actividad sexual en el adulto joven empieza temprano persiste hasta mayor edad manteniendo un buen nivel de actividad sexual.

Durante la primera mitad de la vida adulta el nivel de la actividad sexual es estable por un largo periodo siempre y cuando se dé con una pareja aceptada y con buen estado de salud, no hay edad específica para que una persona sana suspenda la actividad sexual.

En la edad media de la vida, la mujer (30 años) responde más que el hombre, ya que hacia los cincuenta años éstos notan una disminución de la intensidad y una lentitud natural de la respuesta sexual

En la mujer se ve menos susceptible a la pérdida de la función sexual ya que no hay pruebas que demuestren que con la menopausia o mayor edad se pierda el deseo sexual, más bien en algunas mujeres este se aumenta; en cambio en los hombres juega un importante papel la salud, experiencias sexuales pasadas, satisfacciones vitales, capacidad de adaptación, clase social y nivel educacional.

La mujer le da más importancia al estado marital, psíquico y emocional de su pareja y las creencias religiosas, si en una mujer disminuye el interés sexual, es más por circunstancias que por pérdida de capacidad (Laby, 1985)

Fisiológicamente la motivación sexual persiste hasta los 70 a 80 años según Freeman 1961(citado por Labby, 1985), a diferencias de otros autores que refieren que los hombres de edad reportan gran interés sexual y mayor actividad sexual que la mujer de edad, aunque en ambos se declina al avanzar la edad; el 80% de los hombres con buena salud persiste el interés sexual(Masters y Johnson (1978) Helen Kaplan, 2011).

Fueron William Masters y Virginia Johnson, quienes definieron la respuesta sexual humana sin alteraciones basándose en investigaciones realizadas a hombres y mujeres entre los 18 y 49 años, analizando la respuesta fisiológicas ante estímulos sexuales a ambos sexos.

En 1959 se instituyó un programa coordinado clínico y de investigación sobre los problemas de inadecuación sexual humana, que se continuó en enero de 1964, bajo los auspicios de la Reproductive Biology Research Foundation.

Desde hace mucho tiempo se estudió sobre la anatomía de la respuesta humana a los estímulos sexuales y se observaron y registraron algunas variantes fisiológicas, como la intensidad y duración de las respuestas individuales, a través de intenso interrogatorio (Moreno-Jiménez & Báez León, 2011).

El estudio de la respuesta sexual ha llevado a la comprensión de fenómenos que pueden ayudar a las parejas a mejorar y enriquecer su actividad sexual. Por otra parte, ha abierto el campo del tratamiento de las disfunciones eróticas (también conocidas como disfunciones sexuales), por diferentes medios

Los cambios corporales que ocurren durante la actividad sexual fueron descritos en forma sistemática por primera vez en 1966 por Masters y Johnson (1978), en un libro que se convirtió en un clásico titulado (Masters y Johnson (1978) Helen Kaplan, 1992).

Etapas de la respuesta sexual humana

En la actualidad se conocen muchos modelos de la respuesta sexual humana, según Master y Jhonson, se divide en cuatro etapas, para un análisis más sencillo y completo de las mismas. De acuerdo a ello, tenemos:

**Excitación:**

Es la fase que empieza con estímulos (visuales, auditivos, olfatorios, táctiles etc.) tendientes a la preparación anatomofuncional y mental de la persona para el acto sexual.

Se caracteriza por vasodilatación pelviana, en la mujer principalmente del introito vaginal, erección del clítoris, engrosamiento y crecimiento de los labios mayores y menores, esto se traduce en una mayor lubricación de la vagina y del introito vaginal

En el hombre la vasocongestión lleva a la erección del pene, y produce endurecimiento y cambio del ángulo de presentación, incremento en el tamaño del glande que está dado por el llenado de sangre al cuerpo esponjoso, también suele aparecer erección de pezones y rubor sexual.

### **Meseta:**

Es aquel período en el cual ya existe penetración vaginal, y los niveles de excitación aumentan progresivamente, dependiendo de la cantidad y calidad de los estímulos utilizados, que pueden provocar variaciones en la mayoría de parejas.

Se producen algunos cambios generales tanto en el hombre como en la mujer (vasocongestión máxima, también se produce miotonía con aumento del tono muscular, aumenta la presión arterial, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca)

En la mujer hay dilatación de los músculos vaginales, apareciendo la plataforma orgásmica y se produce cambio de color de los labios vaginales. Toda esta variación en la fisiología femenina es significativo de orgasmo.

En el hombre, los cuerpos esponjosos alcanzan su máximo volumen sanguíneo, produciendo aumento considerable longitud y rigidez del pene, secreción de las glándulas de Cowper, con elevación y crecimiento testicular.

### **Orgasmo:**

Es aquel momento de aproximadamente 8 segundos de duración en el cual se alcanza el pico de la tensión sexual, dando inmediatamente origen a espasmos musculares involuntarios a nivel pélvico; en el varón el orgasmo se manifiesta por la emisión del líquido seminal.

Se dan una serie de cambios generales, el tono parasimpático cambia a tono simpático, se produce cambio máximo de P/A, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, comienzan

las contracciones rítmicas del piso de la pelvis, apareciendo luego sensaciones agradables, placenteras centradas en la pelvis, pero que se irradian al resto del cuerpo, con relajación corporal apenas ocurrido el orgasmo.

Durante la eyaculación existe contracción del conducto deferente, próstata y del conducto eyaculador, con expulsión de semen, también la contracción de músculos bulbo cavernosos, pubo coxígeos y del ano. Al igual que en la mujer existen espasmos músculos esqueléticos y carpopedal.

Para el hombre es fácil reconocer la fase orgásmica, por acompañarse de la eyaculación de semen.

Pueden existir jadeos, gemidos, risas, llanto, maldiciones, acotaciones religiosas etc. Luego de producirse el ensueño sexual, el cuerpo se tensa.

### **Resolución:**

Período, en el cual los órganos comprometidos durante el acto sexual retornan a la normalidad y que se traduce por sudoración en la superficie corporal (al mantenerse el tono parasimpático genital, permite volver a la fase de excitación con respuesta orgásmica múltiple), restablecimiento del tono parasimpático visceral, provocando que el cuerpo se haga insensible a la estimulación erotogénica, apareciendo el período refractario.

En el hombre se produce detumescencia de los cuerpos cavernosos, con pérdida de la erección del pene, hay regresión de todas las estructuras genitales a su condición inicial.

Existe posibilidad de múltiples orgasmos femeninos sólo si existe el tono parasimpático genital y se mantiene la vasocongestión, de lo contrario sobreviene el período refractario, el que puede ser corto en la adolescencia (solo minutos), pero con el transcurso de los años se va alargando llegando incluso hasta horas o días, según la edad o capacidad individual(Toledo, 2003).

### **ACTO SEXUAL**

Tenemos que presentar algunas consideraciones preliminares. ¿De qué acto sexual vamos a hablar, ya que en nuestra cultura estos términos implican toda una serie de actos, practicados en forma solitaria o entre dos, hasta entre varias personas del mismo sexo o de sexos diferentes? Citemos, por ejemplo, la masturbación, solitaria o recíproca, la fellatio, el cunnilingus practicados en forma homosexual o heterosexual, la copulación, la sodomía, o gestos como sostener y acariciar los senos de una mujer o los testículos de un hombre, o señales como cierta sonrisa o miradas cargadas de significado, etc. Dichos actos constituyen un registro de relaciones con uno mismo y/o con otros que implican un uso visible del cuerpo.

Pero existen otros actos sexuales que se desarrollan enteramente en la imaginación, sin manifestación corporal visible, y otros que son abiertamente sustitutos simbólicos de actos corporales no realizados como tales.

### **El acto sexual femenino**

Depende tanto de la estimulación psicológica así como de la estimulación sexual local, lo que ayuda notablemente a la realización del acto sexual femenino, lo que depende de su educación, así como de su impulso fisiológico, aunque el deseo sexual sí aumenta en proporción al nivel de secreción de hormonas sexuales. El deseo también varía según el ciclo sexual, y alcanza un máximo en la etapa ovulatoria, debido al alto nivel de secreción de estrógenos durante el periodo pre ovulación, el clítoris es especialmente sensible para iniciar estas sensaciones. Tal como en el hombre, las sensaciones sexuales se transmiten a los segmentos sacros de la médula espinal a través del nervio pudendo y del plexo sacros de ahí son transmitidas al cerebro. Localmente los reflejos de la médula espinal sacra y lumbar son, en parte, responsables de algunas reacciones en las relaciones sexuales femeninas.

### **El orgasmo femenino**

Se da cuando la estimulación sexual local alcanza una intensidad máxima apoyadas por señales de acondicionamiento psicológico del cerebro, dando reflejos que producen el orgasmo femenino, o clímax, siendo análogo a la emisión y eyaculación del varón, y quizás ayuda a promover la fecundación del óvulo.

Y luego viene la satisfacción caracterizada por una plácida relajación, un efecto denominado resolución (Pi Gorguet, 2008).

### **El acto sexual masculino**

Lo más importante en la iniciación del acto sexual en el hombre es el glande del pene, ya que es un órgano sensible que transmite al sistema nervioso central una modalidad denominada sensación sexual. La acción de masaje del glande en la relación sexual estimula los órganos sensitivos terminales y las señales sexuales, a su vez, se propagan a través del nervio pudendo, y después por el plexo sacro, a la porción sacra de la médula espinal, y finalmente ascienden a través de la médula a áreas no definidas del encéfalo

Las sensaciones sexuales pueden originarse en estructuras internas, como en zonas de la uretra, la vejiga, la próstata, las vesículas seminales, los testículos y el conducto deferente

### **El elemento psíquico de la estimulación sexual masculina**

Los estímulos psicológicos adecuados pueden facilitar mucho la capacidad de una persona para realizar el acto sexual. Los simples pensamientos de contenido sexual e incluso el hecho de soñar que se está realizando el coito, pueden hacer que se produzca el acto sexual masculino y culmine en la eyaculación. De hecho, en muchos varones se producen eyaculaciones nocturnas durante los sueños en algunas etapas de la vida sexual, especialmente en la adolescencia (Pi Gorguet, 2008).

## **CAMBIOS GENERALES DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA**

### **Excitación:**

Tanto en el hombre como en la mujer se observan las siguientes fases:

## **EXCITATORIA**

1. Erección del pezón
2. Rubor sexual
3. Espasmo carpopedal

## **MESETA**

4. Tensión muscular general
5. Hiperventilación
6. Taquicardia

## **ORGASMO**

1. Tensión muscular específica
2. Hiperventilación
3. Taquicardia

## **RESOLUCIÓN**

1. Sudoración
2. Hiperventilación
3. Taquicardia

Pi, L. C. (s.f.). Respuesta Sexual Humana(Toledo, 2003).

## **MECANISMOS DE INHIBICION Y ESTIMULACION DEL IMPULSO SEXUAL:**

### **Estimulación:**

Visión, Audición, Olfato, Tacto, Afrodisiacos, Feromonas, Medio ambiente óptimo.

### **Inhibición:**

Tranquilizantes, Neurolépticos, Depresivos, Anovulatorios, Prolactina y endorfinas, Cirugías, Patologías (Diabetes), Stress. Agotamiento físico, Alcohol, Visión, Olfato, Audición, Tacto, Medio ambiente inadecuado.

## **MODELOS DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA**

7. Ellis en 1906 afirma que la respuesta sexual humana comprende dos fases:  
Tumescencia y detumescencia.
8. Kinsey en 1953 describe 3 fases: Excitación, orgasmo y resolución.

9. M & J en 1966, afirma que la respuesta sexual consta de 4 fases: Excitación, meseta, orgasmo y resolución.
10. Para Kaplan en 1979, la respuesta sexual humana responde a 4 fases: deseo, Excitación, orgasmo y resolución.
11. Schnarch describe en 1991 describe 5 fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución(Carmen & Sosa, n.d.).

### **FASE PSICOLÓGICA DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA**

Es importante conocer que cualquier alteración, ya sea psicológica u orgánica en algunas de estas fases, impide una respuesta sexual satisfactoria, que de hacerse persistente produce un trastorno sexual.(*COMPORTAMIENTO SEXUAL*, n.d.)

La visión de la sexualidad como un fenómeno biológico ha sido utilizada para argumentar que sólo las formas socialmente aprobadas de la sexualidad son naturales.

No obstante, otras formas de la sexualidad, como la homosexualidad o las mujeres que son demasiado asertivas sexualmente, eran vistas como una perversión de la naturaleza(Esplén, 2007).

Se ha dado poco interés a lo expuesto por Masters y Johnson. Y esto por dos factores: por un lado, porque la misma realidad de la pareja se ha tomado en su sentido difuso y voluntarista o moral, y, por otro lado, porque junto a la Terapia sexual, se han desarrollado otros formatos o enfoques que llevan el nombre de terapia de pareja, no siempre coordinados con ésta.

No obstante, si tomamos en consideración la noción de pareja como el proyecto formado por dos sujetos cuyas estructuras, vivencias, deseos y conductas se encuentran como dos sexos que son, se podrán ver las cercanías entre lo que es terapia de pareja y terapia sexual.

Otra cosa es que, por sexual, se entienda la alcoba o el uso de los genitales, es decir el locus genitalis antiguo separado de los sujetos, según la noción de sexo falseada, y no lo que dice relación a lo que cada sujeto tiene de más propio en dicha relación conjunta, que es el ser de uno o de otro sexo(Fuentes, 2016)(Calle, n.d.).

Antes de Masters y Johnson se estaba acostumbrado a distinguir dos parámetros diagnósticos: uno de orden orgánico o biológico y otro de orden mental o psicopatológico.

Dada la línea de uso en los diagnósticos, Masters y Johnson siguieron señalando esas causas o factores cuando éstos resultaban claros y directos, aunque en porcentajes bajos.

“Se estima que un 10 a 20 por 100 de estos problemas tienen una causa preponderantemente orgánica... En otro 15 por 100 estos factores orgánicos contribuyen a que se produzcan los trastornos aun cuando no constituyan la causa única o directa.

Por eso es siempre conveniente un reconocimiento en el que sean detectados estos factores, como es el caso de la diabetes o el alcoholismo, especialmente en las dificultades relativas a la erección, lesiones o trastornos neurológicos, las infecciones genitales, las deficiencias hormonales, o los problemas vasculares.

Es también el caso de la toma de algunos fármacos, como los reguladores de la tensión arterial, anfetaminas, sedantes o estupefacientes que, como es sabido, pueden constituir diversas disfunciones.

En algunos problemas más específicamente masculinos, no obstante, como la eyaculación precoz, es muy raro encontrar este tipo de factores en su génesis. En las disfunciones femeninas la rareza de las causas orgánicas es todavía mayor, con excepción de algunas dispareunias que el reconocimiento ginecológico puede detectar.

Suelen señalarse, entre otros, la ingestión de algunos fármacos productores de resequedades vaginales, así como ciertas infecciones genitales o estados carenciales de estrógenos(Granero, 2015).

Más difícil todavía ha resultado el establecimiento de una relación de causa-efecto entre los llamados factores psicopatológicos y las dificultades sexuales al no disponer de verificaciones empíricas, éstas han dado en nombrarse con el prefijo psico, al que luego le ha sido añadido el sufijo socio o la no menos ambigua fórmula psico-sexual.

A partir de ahí, según la procedencia médica o psicológica de los distintos estudios, puede asistirse a los conocidos bailes de cifras sobre el porcentaje que se lleva cada clase de causa en los problemas sexuales.

Unos dirán: el 85% es de origen orgánico frente al 15% de origen psicológico; otros dirán: el 70% es de origen orgánico, frente al 30% de origen psicológico; otros: el 40% es orgánico, frente al 60 % psicológico; o el 20% de origen orgánico frente al 80% psicológico, y así sucesivamente hemos podido ver tal cúmulo de combinaciones que resulta imposible darlas todas, tal es el abanico de opiniones divergentes en torno a esos parámetros.

Entre la clase de los llamados factores psicológicos a veces se llaman psicopatológicos: siempre, en todo caso, con sufijo psico y suelen apuntar los propios del desarrollo en sus distintas fases o etapas, como son los trastornos generales de la infancia, la adolescencia, juventud, etc., dentro de los cuales algún percance o acontecimiento podría haber contribuido a crear éste o el otro problema sexual concreto del que se trate en cada caso.

Es sabido, no obstante, que los mismos o parecidos fenómenos no afectan a todos por igual, de donde es fácil concluir la relativa y dudosa causalidad psicológica de tales factores, a no ser que por psicológico se entienda todo, lo que termina en el contrasentido de no saber a qué se denomina sexual, cosa que no es, por cierto, nada banal y por la que habría que empezar.

En cualquier caso, podemos acercarnos a la estructura del objeto de estudio que tenemos delante, de este recuerdo de experiencia recordamos cómo nos alteramos fisiológicamente

cuando experimentamos un fuerte deseo sexual, por ejemplo, podemos sentir rubor y palpar nuestro corazón; sabemos además que expresamos este deseo con gestos y actitudes, sonreímos, por ejemplo, y abrimos nuestras manos o nos vemos impedidos a ello, e incluso proyectamos un modo de acercamiento de forma casi automática.

Por último, recordamos perfectamente cómo nuestra percepción se ve particularmente transformada si el deseo sexual erotiza nuestra percepción. La misma realidad y en especial algún objeto de las cosas que nos rodean adquieren una significación erótica o, dicho de otra forma, nos podemos dar cuenta, que podemos tener consciencia reflexiva de algo que ocurre irreflexivamente.

El mundo se polariza sobre aquello que provoca en nosotros una atracción hacia un objeto y, de alguna manera, entra en nosotros y nos es difícil separarnos de él. Al conjunto de todos estos cambios le llamaremos experiencia emocional erótica.

El deseo sexual encuentra correlatos descriptivos en los cambios fisiológicos, cognitivos y gestuales, constituyendo esta estructura la expresión de la experiencia erótica.

La excitación no es una condición para el deseo sexual, ya que se puede sentir excitación y orgasmo sin la experiencia de deseo sexual y a la inversa. Esto quizás sea posible, pero hablamos de correlaciones, el grado de autonomía de los cambios orgánicos es lógico ya que nuestro organismo es pluripotencial.

Somos organismos complejos, los cuales aprovechan al máximo sus recursos, por lo que los cambios fisiológicos son comunes a muchas emociones y de aquí las teorías periféricas. Tanto la excitación como el placer no son exclusivos de lo erótico. No es necesario demostrar su independencia.

En el orden del estudio que hacemos nos interesa más su dependencia, en todo caso habría que especificar en estas consideraciones de qué deseo y de qué excitación hablamos, así

como plantearnos si no estamos considerando independiente aquello que para la consciencia reflexiva no lo es o aquello cuyas relaciones se escapan a nuestra comprensión. En la respuesta sexual tan sólo haremos tres consideraciones acerca de este paradigma de la sexología:

### **El sentimiento sexual.**

Al hablar de los cambios fisiológicos Masters y Johnson, y más tarde H. Kaplan, ven la necesidad de señalar el carácter esencial de los componentes sentimiento sexual, al que se refieren los dos primeros autores, y deseo sexual, apuntado por Kaplan, para dar cuenta de la importancia de incluir el esquema de observaciones orgánicas en el orden de la experiencia.

Por tanto se evidencia ya desde las primeras esquematizaciones de los acontecimientos orgánicos y desde una corriente conductista, en el caso de Masters y Johnson, esto que nosotros llamamos la experiencia emocional erótica, el deseo sexual.

**Variables.** El modelo cuántico de Schnarch, detalla un sistema de participación gradual de las distintas variables en el estudio de la respuesta sexual. Excitación y orgasmo, ambos mecanismos reflejos, se producen preferentemente por la estimulación fundamentalmente táctil y la psicológica, el proceso cognitivo y emocional. Variables que para Weis serían los componentes visual, auditivo, olfativo, gustativo, táctil, memoria, imaginación, emociones y la atribución de significado que provocan un determinado grado o potencial de este mecanismo reflejo, esto en proporciones diversas.

Lo interesante de estos modelos es la participación gradual y la superposición de todos los elementos, si bien a través de ellos no se puede establecer una cualidad que haga entender algún sentido en su distinta participación.

**Fases.** El proceso de conceptualizar la respuesta sexual en fases es coherente con la temporalidad y progresión de las respuestas orgánicas, sin embargo orienta el desarrollo de manera direccional hacia la consecución del orgasmo, y lógicamente éste es casi un accidente en lo que aquí tratamos, que es el deseo sexual.

Además, debemos tener en cuenta que en la emoción el factor tiempo carece de solidez, ya que en el nivel cognitivo la constancia de esta percepción es excesivamente frágil, en especial en el ámbito de las emociones.

### **El deseo sexual y la erótica**

Inscribimos el deseo sexual dentro del campo conceptual de la erótica, por lo que se la incluye como expresión de la sexuación y de la sexualidad desde la relación entre los sexos, lugar privilegiado del hecho sexual humano.

Hablamos de nuestra sexualidad para darnos cuenta de cómo nos percibimos hombres o mujeres, con qué modos, matices y peculiaridades, pero en gran parte esta consciencia reflexiva, esta percepción de nosotros mismos, se referencian en otras realidades primeras, como son las que se derivan de nuestros deseos sexuales.

El deseo sexual, ocupa un lugar privilegiado en la erótica, pero es un fenómeno más dentro de ella. Nuestra sexualidad no sólo se expresa a través de la experiencia emocionada de deseo del otro, aunque esto sea quizás el origen del resto de las expresiones eróticas.

En cualquier caso, el deseo sexual se da por un proceso de erotización diferenciado en cada sexo y en cada individuo. Habría además que hacer dos matizaciones. La primera es que hemos hablado de deseo en singular, cuando en realidad estamos hablando de los deseos.

### **Psicología del acto sexual femenino**

El éxito de la realización del acto sexual femenino depende tanto de la estimulación psicológica como de la estimulación sexual local.

La estimulación sexual local de la mujer es más o menos igual que la del hombre, pues el masaje y otros tipos de estimulación de la vulva, la vagina y ciertas regiones del periné crean sensaciones sexuales.

En la erección y lubricación femenina, en torno al introito, extendiéndose hacia el clítoris, existe tejido eréctil casi idéntico al tejido eréctil del pene.

En las fases tempranas de la estimulación sexual, las señales parasimpáticas dilatan las arterias de los tejidos eréctiles, probablemente como resultado de la liberación de acetilcolina, óxido nítrico y péptido intestinal vasoactivo (VIP) en las terminaciones nerviosas.

Las señales parasimpáticas, también se dirigen a las glándulas de Bertolini, situadas bajo los labios menores, para provocar la secreción de moco inmediatamente por dentro del introito. El moco supone buena parte de la lubricación durante el coito.

La lubricación es necesaria para establecer durante el coito una sensación satisfactoria de masaje en lugar de una de irritación, que se puede producir si la vagina está seca.

### **Psicología del acto sexual masculino.**

El elemento psíquico de la estimulación sexual masculina, estímulos psicológicos adecuados pueden facilitar mucho la capacidad de una persona para realizar el acto sexual.

La fuente más importante de señales nerviosas sensitivas para la iniciación del acto sexual masculino es el glande del pene.

Las sensaciones sexuales pueden originarse incluso en estructuras internas, como en zonas de la uretra, la vejiga, la próstata, las vesículas seminales, los testículos y el conducto deferente.

Los simples pensamientos de contenido sexual e incluso el hecho de soñar que se está realizando el coito, pueden hacer que se produzca el acto sexual masculino y culmine en la

eyaculación, de hecho, en muchos varones se producen eyaculaciones nocturnas durante los sueños en algunas etapas de la vida sexual, especialmente en la adolescencia.

La **erección** es el primer efecto de la estimulación sexual masculina, y el grado de erección es proporcional al grado de estimulación, sea psíquica o física, es causada por impulsos parasimpáticos que alcanzan el pene desde la porción sacra de la médula espinal a través de los nervios pélvicos.

Estas fibras parasimpáticas, a diferencia de la mayor parte de las restantes fibras parasimpáticas, se cree que secretan óxido nítrico, péptido intestinal vasoactivo o ambos, además de acetilcolina.

El óxido nítrico relaja las arterias del pene, así como su malla trabecular de fibras musculares lisas del tejido eréctil de sus cuerpos cavernosos y esponjoso.

Durante la estimulación sexual, los impulsos parasimpáticos, además de promover la erección, hacen que las glándulas uretrales y las glándulas bulbouretrales secreten moco, que fluye a través de la uretra durante la cópula y ayuda a la lubricación del coito.

Este periodo completo de la emisión y la eyaculación se denomina **orgasmo masculino**. Al terminar la excitación sexual del varón desaparece casi por completo todo lo anterior en uno a dos minutos, y la erección termina, este proceso es denominado resolución (Pi Gorguet, 2008). (*COMPORTAMIENTO SEXUAL*, n.d.)

### **Trastornos o disfunciones sexuales**

Se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.

Los subtipos se clasifican: de acuerdo con la naturaleza del inicio del trastorno y de acuerdo con el contexto en que aparece.

De acuerdo con la naturaleza del inicio:

- De toda la vida. Este subtipo indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de la actividad sexual.
- Adquirido. Este subtipo indica que el trastorno sexual ha aparecido después de un periodo de actividad sexual normal.

De acuerdo con el contexto en que aparece el trastorno:

- General. Este subtipo indica que la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o compañeros.
- Situacional: Este subtipo indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o compañeros.

En la mujer se producen contracciones de la pared del tercio externo de la vagina. El esfínter anal se contrae de manera rítmica.

#### ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS SEXUALES FEMENINOS.

La etiología podemos dividirla en causas orgánicas y causas de tipo psicosocial.

No siempre el trastorno obedece a una u otra causa, sino que se implican varios factores y entonces podría decirse que obedece a factores combinados, es decir, cuando los factores psicológicos desempeñan un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, y la enfermedad o las sustancias contribuyen a la aparición del trastorno, pero no son suficientes para constituir su causa.

Varios autores se cuestionan cómo los factores psicosociales originan trastornos sexuales, nosotros pensamos que esto tiene su explicación a través de las manifestaciones psicofisiopatológicas, en que se interrelacionan la base anatómica funcional del hombre, que es un ser biopsicosocial, con los sistemas nervioso central, nervioso vegetativo, neuroendocrino y neuromuscular.

Ellos se preguntan, además, por qué muchas personas con situaciones estresantes graves no presentan trastornos sexuales y otras ante situaciones estresantes leves las presentan,

pienso que no debemos olvidar la predisposición constitucional de cada individuo, que se refleja como una hipersensibilidad de un órgano o sistema; para hacer más comprensible este mecanismo lo podemos explicar de la siguiente manera: situación conflictiva o estresante mantenida en el tiempo, ocasiona un estado de ansiedad, que repercute en las vías craneoespinales, neurovegetativas y neuroendocrinas, estas canalizan la ansiedad por el punto débil, en este sujeto sería el órgano sexual del aparato genital, y se ocasiona así el trastorno sexual de uno u otro tipo.

### **Causas orgánicas**

Estados de carencia hormonal, alcoholismo, insuficiencia renal, farmacodependencia, drogodependencia, enfermedad dolorosa crónica, sedantes hipnóticos en dosis altas, antipsicóticos, antiepilépticos, antihipertensivos, anti ulcerosos, antirreumáticos, cardiotónicos, hipolipemiantes, antimicóticos, betabloqueadores, diuréticos, acetato de ciproterona, heparina, diabetes, trastornos neurológicos, trastornos pélvicos (infecciones, traumatismos o desgarros de causa quirúrgica), afecciones cutáneas alrededor de la abertura vaginal o de la vulva, irritación o infección del clítoris, enfermedades de la uretra y el ano, enfermedades de la vagina, escasa lubricación vaginal de cualquier causa.

### **Causas psicosociales**

Depresión, baja autoestima, deficiente imagen del propio cuerpo, enmascaramiento de un trastorno sexual, traumas sexuales anteriores, falta de creatividad sexual, actitudes paternas negativas con respecto al sexo, antecedentes de violación, incesto, abuso lascivo, pareja demandante de mucha actividad sexual, no buena identificación de género, conflictos con la pareja o con la familia, falta de intimidad en la vivienda, deficiente educación sexual, educación religiosa muy rígida e inadecuada; temor: al embarazo, a las infecciones de transmisión sexual, a la pérdida del control, a sentir dolor a la penetración, a ser penetrada, al descrédito por parte de la pareja, al desempeño sexual, a ser rechazada, al grosor y

tamaño del pene; mitos culturales, comunicación deficiente de la pareja, hostilidad o desconfianza hacia esta; atracción por otra persona que no es su pareja, poca atracción física por la suya; experiencias sexuales traumáticas durante la niñez o la adolescencia, rivalidad por el poder con la pareja, sentimientos de culpa con respecto al sexo; desacuerdo respecto a las preferencias sexuales, al horario y frecuencia de las relaciones sexuales; ansiedad excesiva durante todo el tiempo y en el momento del acto sexual, ausencia de fantasías sexuales; depresión y baja autoestima.

### **CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS SEXUALES FEMENINOS**

#### **• Trastornos del deseo sexual.**

Deseo sexual hipoactivo.

Deseo sexual hiperactivo.

Trastorno por aversión al sexo.

#### **• Trastornos de la excitación sexual.**

##### **• Trastorno orgásmico.**

##### **• Trastornos sexuales por dolor.**

Dispareunia no orgánica.

Vaginismo no orgánico.

##### **• Trastorno sexual debido a enfermedad.**

##### **• Trastorno sexual inducido por sustancias.**

### **DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS SEXUALES FEMENINOS**

#### **Deseo sexual hipoactivo**

Es la disminución o ausencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual. Esto puede ser global y abarcar todas las formas de expresión sexual o situacional, o sea,

limitado a una compañía o a una actividad sexual concreta, por ejemplo, no estar dispuesto al coito, pero sí a la masturbación; estas personas no inician casi nunca la relación y la llevan a cabo con disgusto cuando lo decide la pareja.

Se debe tener en cuenta que la disminución del deseo sexual de un miembro de la pareja puede dar a entender un aumento excesivo del deseo sexual del otro miembro, es decir, el deseo puede ser relativo al desempeño sexual de la pareja.

En España, desde un tercio a la mitad de las mujeres que acuden a consulta y una estimación aproximada del 10 % de la población femenina, presentan trastornos del deseo hipoactivo (Cabello, F., 2002).

### **Deseo sexual hiperactivo**

Es el aumento o exceso de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual. En este trastorno la mujer siente que sus impulsos sexuales son exagerados, el mismo es también llamado ninfomanía, y en Cuba es más conocido por fuego uterino.

### **Trastornos por aversión al sexo**

Es la aversión o evitación extrema persistente o recidivante hacia todos o prácticamente todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

La mujer sufre ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona. Algunas muestran repulsión por todos los estímulos de tipo sexual, los besos, los contactos superficiales, también a las secreciones genitales y a la penetración vaginal.

### **Trastorno de la excitación sexual en la mujer**

Es una incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual.

### **Trastorno orgásmico femenino**

Es la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal. Los términos disfunción orgásmica y anorgasmia son utilizados como sinónimos.

El trastorno orgásmico femenino es la categoría más frecuente de los trastornos sexuales. No obstante, muchas mujeres que no logran el orgasmo en todos sus contactos sexuales, no padecen de un trastorno sexual, pues solo debe considerarse que se padece, si provoca malestar, insatisfacción o dificultades con la pareja.

### **Dispareunia no orgánica**

Es el dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en mujeres como en varones. Esta alteración puede aparecer a cualquier edad antes, durante o después del coito, en forma de ardor o dolor, lo mismo superficial que profundamente en la vagina, y por supuesto, afecta el placer sexual, hasta el punto de evitar o abstenerse de la actividad coital o de todo tipo de contacto sexual.

### **Vaginismo no orgánico**

Es la contracción involuntaria de manera recurrente o persistente de los músculos del tercio externo de la vagina ante la penetración del pene. En ocasiones es tan severa que también se presenta ante la penetración de un dedo, del espéculo o de un tampón. Las mujeres que la padecen, generalmente tienen una libido normal, y se sienten molestas de no poder disfrutar del coito.

### **Trastorno sexual debido a una enfermedad.**

Es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa que se considera producida solo por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad. Puede presentarse Dispareunia, deseo sexual hipoactivo o trastorno del orgasmo.

La existencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad y el trastorno sexual, orientan hacia la misma como causa.

A continuación expondremos algunas enfermedades capaces de producir cualquiera de las formas de trastorno sexual femenino.

- Enfermedades sistémicas: mala salud en general y cualquier enfermedad dolorosa crónica, renal, pulmonar, cardíaca, degenerativa, infecciones y tumores malignos.
- Enfermedades del hígado: hepatitis, cirrosis hepática.
- Enfermedades endocrinas: hipotiroidismo, enfermedad de Addison, hipopituitarismo, acromegalia, enfermedad de Cushing, diabetes mellitus.
- Enfermedades genitales locales: patología vulvar o vaginal.
- Patologías pélvicas: enfermedad inflamatoria de la pelvis, endometriosis, fibromas, prolapso del útero, fisuras anales o hemorroides, tumores pélvicos, tumores y quistes de ovarios y tumores uterinos.
- Afecciones quirúrgicas, lesiones de los órganos sexuales, trastornos en el suministro de hormonas.
- Trastornos neurológicos, lesiones en el aparato neurológico inferior y en los centros sexuales superiores, trastorno sexual inducido por sustancias y trastorno sexual no específico.

### **ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS SEXUALES MASCULINOS**

Los trastornos sexuales masculinos son frecuentes en todo el mundo, aunque no constituyen directamente un peligro para la vida, no deben ser subestimados ya que para el hombre que los padece y hasta para su pareja es fuente de sufrimientos y dificultades en las relaciones interpersonales.

Debemos tener en cuenta, además, que los trastornos sexuales producen en el hombre una considerable afectación de su autoestima, y originan en algunas circunstancias ideas suicidas, suicidios consumados o reacciones situacionales que, de no ser tratadas a tiempo, pueden cursar hacia trastornos psiquiátricos severos.

La sexualidad no es solo un fenómeno que abarca pluridimensionalmente la conducta humana, sino es también un medio que nos sirve para orientarnos en cómo avanza el desarrollo en cada sociedad.

## **TRASTORNOS DE LA ERECCIÓN**

### **Factores orgánicos:**

Todas las enfermedades que aparecen en el acápite anterior en trastornos sexuales debido a enfermedad, pueden ser causa de trastorno de la erección, por lo que no las repetiremos y sólo expondremos las más comunes: diabetes, alcoholismo, lesión de la médula espinal, esclerosis múltiple; infecciones y lesiones del pene, los testículos, la uretra o la próstata; estados de carencia hormonal y problemas circulatorios.

### **Factores psicosociales**

Factores del desarrollo

Dominio materno o paterno.

Relación conflictiva entre padres e hijos.

Actitud familiar intensamente negativa hacia la sexualidad.

Experiencia sexual traumática durante la infancia.

Conflictos de identidad de sexo.

Primera experiencia traumática en el coito.

Homosexualidad.

### **Factores afectivos**

Ansiedad (temor a quedar mal en el acto sexual y por el tamaño del pene).

Sentimiento de culpabilidad.

Depresión.

Falta de autoestima.

Temor al embarazo.

Temor a las infecciones de transmisión sexual.

### **Factores interpersonales**

Comunicación poco afectiva.

Hostilidad hacia la compañera o cónyuge.

Falta de confianza en la compañera o cónyuge.

No le atrae físicamente la compañera o cónyuge.

Divergencias en cuanto a las preferencias sexuales.

Conflictos en el rol sexual.

### **Factores cognitivos**

Ignorancia sexual.

Aceptación de los mitos culturales.

Exigencias en la actuación sexual.

Degradamiento en el primer encuentro sexual.

### **Otros factores**

Episodios aislados de imposibilidad de erección.

Eyacuación precoz.

Influencias iatrogénicas.

Parafilias.

## **EYACULACIÓN PRECOZ**

### **Factores orgánicos**

Fisiológica.

Enfermedad física (daño de la médula espinal).

Enfermedades urológicas (prostatitis, infección del tracto urinario).

Efectos secundarios (farmacológico, retirada de las drogas).

## **EYACULACIÓN INHIBIDA O ANAEYACULACIÓN**

### **Factores orgánicos**

Lesiones anatómicas del aparato genitourinario, las lesiones de la médula espinal y de los ganglios simpáticos lumbares, el uso de fármacos o drogas que debilitan el tono simpático, las fenotiacidas.

### **Factores psicosociales**

Cuando se produce eyaculación fuera del coito, como ya explicamos anteriormente, podemos decir que las causas del trastorno son de origen psicosocial, dentro de estas tenemos las siguientes: antecedentes de una educación religiosa rígida durante la infancia; temor al embarazo o el no deseo de tener hijos, a la vagina como órgano contaminado, a la eyaculación como sustancia contaminante; mala relación interpersonal con la pareja, pérdida de la atracción sexual por ella, conocimiento de que ésta ha sido violada, descubrimiento de que le han sido infiel. Además de lo expuesto, hemos observado inhibición de la eyaculación en hombres cuyas primeras experiencias fueron con prostitutas, rechazo u hostilidad encubierta hacia la pareja y homosexualidad latente.

Se estima que actualmente en Latinoamérica, cerca de la mitad de los hombres en edad productiva sufren de algún tipo de trastorno sexual. Esto sugiere que este problema está presente en una gran parte de los hombres de esta área geográfica, motivo por el cual debe ser considerado como un importante problema de salud, y no solo por la magnitud del mismo, sino por lo que afecta la calidad de vida del ser humano.

Metz y Prior (2000) plantean que los Factores psicosociales: Son trastornos psicológicos como trastornos obsesivos compulsivos, de personalidad, de ajuste; depresión, ansiedad generalizada, vergüenza sexual, conflictos de relación emocional no resueltos, falta de experiencia y habilidad sexual, dificultad para focalizarse en las propias sensaciones, falta de conciencia del uso del músculo pubococcígeo en el manejo eyaculatorio, eyaculación precoz concomitante con otro trastorno sexual.

## **LOS TRASTORNOS SEXUALES MASCULINOS**

Éstos pueden dividirse en:

**Trastornos del deseo sexual.**

Deseo sexual hipoactivo.

Deseo sexual hiperactivo.

Trastorno por aversión al sexo.

**Trastornos de la excitación sexual.**

Trastorno de la erección.

**Trastornos orgásmicos.**

Eyacuación precoz.

Eyacuación retardada o demorada.

Eyacuación inhibida o anaeyacuación.

**Trastornos sexuales por dolor.**

Dispareunia no orgánica.

**Trastorno sexual debido a enfermedad.**

**Trastorno sexual inducido por sustancias.**

Descripción clínica de los trastornos sexuales masculinos

**Deseo sexual hipoactivo**

Es la disminución o ausencia de fantasías sexuales y de deseo de actividad sexual. El deseo sexual disminuido puede ser global y abarcar todas las formas de expresión sexual o situacional, o sea, limitado a una compañera o a una actividad sexual concreta, por ejemplo, no estar dispuesto al coito, pero sí a la masturbación; estas personas no inician casi nunca la relación y la llevan a cabo con disgusto cuando lo decide la pareja.

Se debe tener en cuenta que la disminución del deseo sexual de un miembro de la pareja puede dar a entender un aumento excesivo del deseo sexual del otro miembro.

### **Deseo sexual hiperactivo**

Es el aumento o exceso de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual. Este trastorno puede aparecer tanto en varones como en mujeres.

### **Trastorno por aversión al sexo**

Es la aversión o evitación extrema persistente o recidivante hacia y con evitación de todos o prácticamente todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

El afectado por este trastorno sufre ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona.

Algunos muestran repulsión por todos los estímulos de tipo sexual, los besos, los contactos superficiales, también a las secreciones genitales y a penetrar a la mujer vaginalmente.

### **Trastorno de la erección**

Es una incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener una erección firme hasta el final de la actividad sexual. Existe variedad en el trastorno de la erección; algunos hombres plantean que presentan la incapacidad desde el inicio de la relación sexual, otros refieren que logran la erección, pero la pierden en el momento de la penetración; unos alcanzan una erección suficiente para penetrar, pero una vez adentro la pierden en cuanto comienzan los movimientos coitales; otros explican que solo la consiguen con la masturbación o cuando despiertan por las mañanas; y hay quienes plantean que solo la logran durante el sueño.

Un estudio realizado en Colombia, Ecuador y Venezuela para conocer la prevalencia del trastorno de la erección, reveló una tasa global del mismo igual a 53,4 % entre hombres con 40 años o más (Morillo, L. y cols., 2002).

En Brasil se realizó un estudio sobre el mismo trastorno en el año 2000 en una muestra de 1 286 hombres de 40 a 70 años, y su prevalencia fue de 48,8 % (Cavalcanti y cols., 2005).

Ugarte y Barroso en México (2001), hallaron una tasa de trastorno de la erección igual a 55 % en una muestra de 1 200 hombres con el mismo rango de edad y de 9,7 % entre 1 800 hombres de 18 a 40 años.

Según los datos epidemiológicos anteriores, se estima que actualmente en Latinoamérica, cerca del 50 % de los hombres con 40 años o más sufren de algún grado de trastorno de la erección y que por lo menos el 3,5 % padece de trastorno total de la erección (2002) .

### **Trastorno orgásmico masculino**

Es la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.

### **Dispareunia no orgánica**

Consiste en dolor genital durante el coito. Puede aparecer antes o después del acto sexual. Este trastorno, aunque ha sido considerado como exclusivo de la mujer, también se presenta en los hombres; el dolor se puede sentir a nivel del pene, los testículos o los órganos internos.

### **Trastorno sexual debido a una enfermedad**

Es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa producida solo por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad. Puede presentarse Dispareunia, deseo sexual hipoactivo o trastornos orgásmicos.

La presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad y el trastorno sexual, orientan la enfermedad como causa.

A continuación expondremos las enfermedades capaces de producir cualquiera de las formas de trastorno sexual masculino.

**Causas anatómicas:** Deformidades congénitas como fibrosis testicular e hidrocele.

**Causas cardiorrespiratorias:** Angina de pecho, enfisema, fiebre reumática, infarto del miocardio, insuficiencias coronaria y pulmonar.

Causas endocrinas: Acromegalia, adenoma cromóforo, castración, craneofaringioma, diabetes mellitus, enfermedad de Addison, eunucoidismo (con síndrome de Klinefelter), hiperprolactinemia, infantilismo, ingestión de hormonas femeninas (estrógenos), mixedema, neoplasias suprarrenales (con o sin enfermedad de Cushing), tirotoxicosis, tumores feminizantes de las células intersticiales.

Causas genitourinarias: Cistectomía, enfermedad de Peyronie, fimosis, priapismo, prostatectomía perineal (frecuentemente), prostactectomía suprapúbica y transuretral (en ocasiones), prostatitis, uretritis.

Causas hematológicas: Anemia de células falciformes, anemia perniciosa (con enfermedad sistémica combinada), enfermedad de Hodgkin, leucemia aguda y crónica.

Causas infecciosas: Elefantiasis, gonorrea, parotiditis, tuberculosis genital.

Causas neurológicas: Deficiencias en la nutrición, esclerosis amiotrófica lateral, esclerosis múltiple, espina bífida, lesiones del lóbulo temporal, miastenia grave, neuropatías periféricas, parálisis cerebral, parkinsonismo, simpatectomía, tabes dorsal, tumores o secciones transversales de la médula.

Causas vasculares: Aneurisma, arteritis, esclerosis, obstrucción trombótica de la bifurcación de la aorta.

Otras causas: Agentes tóxicos (plomo, herbicidas), cirrosis, insuficiencia renal crónica, obesidad.

#### Trastorno sexual inducido por sustancias

Las sustancias que inducen al trastorno sexual son alcohol, metildopa, anfetaminas, antiandrógenos, atropina, barbitúricos, bromuro de metantelina, cimetidina, clofibrato, clonidina, psicofármacos, digital (rara vez), diuréticos tiacínicos, drogas adictivas, espironolactona, guanetidina, marihuana, nicotina (rara vez), propranolol, reserpina.(*COMPORTAMIENTO SEXUAL*, n.d.)

## **CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES DE LA SEXUALIDAD**

Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones sobre la sexualidad, pero cada persona la experimenta de distinta forma, porque es individual. Se trata de un aspecto que proviene tanto de experiencias personales y particulares como de causas sociales.

No es posible comprender la sexualidad humana sin reconocer su carácter de multiplicidad; no obstante, al estudiar la sexualidad desde diversas facetas, hay que tener en cuenta que para comprenderla es necesario conocer al individuo y la compleja naturaleza del ser humano.

Consideramos oportuno aclarar que el sentido de la visión juega un papel importante en la estimulación sexual, fundamentalmente en la fase de excitación y sin embargo, observamos que existe cierta inhibición para tener relaciones sexuales con la luz del día.

Estudios demuestran que en gran cantidad de pacientes la satisfacción sexual con el pasar del tiempo disminuye, muchas veces esta insatisfacción se debe a la monotonía que produce la falta de cambios y de imaginación a la hora de hacer el amor; es necesario introducir elementos nuevos en la relación sexual con su pareja. Además la frecuencia de las relaciones sexuales los fines de semana se modificó muy poco.

Ciertos estudios demuestran que la manifestación afectiva de la pareja se comportó de la siguiente manera: comprensiva (21 %), cariñosa (16,7 %), sincera (14 %), dominante (11,6 %), poco habladora (10 %), reservada (10 %) y comunicativa (10 %), fría (5 %) y sumisa (1,7 %).

Como podemos observar por lo general las personas se ocupan más de satisfacer los deseos de sus parejas que de los suyos, si bien es cierto que ambos deben tratar de satisfacer las necesidades sexuales de su pareja hasta donde sea posible, no significa que nos preocupemos más por los deseos de la pareja que por los nuestros, esta forma de pensar de

que el sexo es algo que debe hacerse por el otro es errónea, ya que cada cual debe asumir su goce sexual.

### **Roles sexuales**

Los roles sexuales se refiere específicamente al comportamiento que cada persona tiene dentro de la sociedad por el sexo biológico que posee.

### **Sexualidad y cultura.**

La cultura se refiere a la forma total de vida de una sociedad o grupo, incluye las costumbres, tradiciones, creencias, valores y productos físicos desde las herramientas hasta las obras de arte e incluso algunas conductas transmitidas de padres a hijos (Papalia, 2005).

La cultura vive cambios de forma constante y paulatina a través del contacto con otras culturas o bien por las exigencias de los miembros de ésta. Posee variantes denominadas “subculturas”, asociadas con ciertos grupos, por lo general grupos étnicos, dentro de una sociedad. Los grupos étnicos constan de gente unida por sus ancestros, la religión y el lenguaje o los orígenes nacionales, los cuales contribuyen a un sentimiento de identidad, actitudes y creencias que se comparten.

El ser humano es un ser social, pues se concibe asociado con otros formando grupos donde cada quien satisface sus necesidades físicas, afectivas y sociales, de tal forma que la cultura moldea el comportamiento de los miembros de la sociedad con el fin de lograr una convivencia social en armonía

La sexualidad es un elemento que abarca todos los aspectos de la vida en el desarrollo de las personas, los cuales a su vez también se manifiestan a través de la cultura en que se viva, por tanto cualquier cambio que se vea en el sistema social en general, tendrá sus efectos de manera notoria en el sistema de valores del grupo.

Los medios o canales de mayor influencia en el proceso de socialización de la sexualidad son:

12. La familia, que es el primer grupo al que pertenecemos y del cual adquirimos valores sexuales
13. La escuela, desde pequeños recibimos múltiples influencias a través de algunas materias, del comportamiento del maestro y también de nuestros compañeros.
14. Grupo de pares, cuando somos adolescente nuestros amigos tiene un papel muy importante en nuestras vidas, compartimos con ellos vivencias, pero también, son ellos los que nos resuelven nuestras dudas con respecto a nuestra sexualidad.
15. La religión, todas las sociedades viven ciertos valores religiosos y algunos de ellos tienen mucha influencia en nuestra conducta sexual.
16. Medios masivos de comunicación, existe un bombardeo constante de información por medio de la radio, la televisión, el cine, internet, los impresos
17. La legislación, las leyes sancionan ciertas conductas relacionadas con la sexualidad, al grado de imponer sanciones a los que no las tomen en cuenta (Moreno-Jiménez & Báez León, 2011).

### **COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LA COMUNIDAD**

No olvidemos la importancia que tiene un ambiente afectuoso por parte de la pareja, no sólo en el momento de tener las relaciones sexuales, sino crear un clima amoroso que esté presente durante todo el tiempo de la relación.

Dentro de la sexualidad humana tenemos aspectos biológicos, psicosociales, conductuales, clínicos, morales y culturales para tener una satisfacción placentera.

La historia nos enseña que las teorías y las prácticas sexuales varían grandemente según la época y el lugar. Durante más de dos mil años, la religión desempeñó un papel relevante en la conformación de las nociones sobre el sexo.

Diversos trabajos como el de Sigmund Freud (1856-1939), médico vienés, logró demostrar la vital importancia que tiene la sexualidad en la existencia humana, posteriormente Kinsey (1894-1956).

Hasta que más tarde Masters y Johnson sostenían la hipótesis de que para profundizar y comprender las complejidades de la sexualidad humana, el individuo necesita previamente aprender anatomía, fisiología sexual y manejar datos biológicos y sociológicos.

La ignorancia a veces ocasiona trastornos innecesarios que pueden llegar a serias perturbaciones en la vida más íntima. Los problemas conyugales relatados por algunos hombres y mujeres, muestran con frecuencia que ellos no poseen aún conocimientos para la conducción feliz de su matrimonio, especialmente en las cuestiones que tienen que ver con la sexualidad.

La persona debe ser instruida para la relación correcta con otro sexo. Tanto en la mujer como en el hombre no puede reducirse la relación sexual a un simple mecanismo fisiológico, como en ciertas especies animales, este tipo de relación pone en acción toda la personalidad y cada persona deposita en esa relación sus necesidades biológicas, sus aspiraciones psíquicas, sus valores culturales y la experiencia alcanzada durante la vida y el desarrollo que la precede.

Cuando por una u otra razón en el seno de esta relación se presenta una alteración se habla de una disfunción sexual.

El médico de familia ha sido uno de los principales logros que ha tenido en el campo de la salud y una de las tareas que el programa señala relacionada con la promoción de la salud,

es instruir a la población en el conocimiento de la sexualidad humana y la planificación familiar, así como sobre los riesgos de la promiscuidad y el embarazo en la adolescencia.

De esta manera el médico de familia debe hacer un trabajo sistemático y tenaz para lograr no sólo apoyar nuevas acciones relacionadas con la educación de la sexualidad desde lo social, sino incorporarlas como elemento regulador en la personalidad de cada miembro de la comunidad con la finalidad de lograr el desarrollo de seres humanos que puedan disfrutar de una sexualidad sana, responsable y placentera.

Los conocimientos adquiridos en las últimas décadas han hecho posible la aparición de varias áreas de intervención asistencial en el campo de la sexualidad, problemas relacionados con la identidad y rol, terapia, planificación y educación sexual.

La estrecha vinculación del médico de familia con la población le brinda excelente posibilidad de educar con el ejemplo. El abordar con los pacientes la sexualidad humana en forma natural y directa, considerándola un elemento que contribuye al bienestar y a la salud integral de la población, permite establecer una corriente de confianza mutua que favorece el desarrollo de una relación médico paciente fluida y positiva.

Las características tan específicas de la labor que desarrolla el médico de familia y la significación que adquiere en el núcleo familiar y en la comunidad, lo convierte en un elemento clave para realizar tareas educativas y de orientación en sexualidad humana.

Las personas deben ser instruidas para la relación correcta con el otro sexo, el ambiente amoroso de la familia, el respeto y cariño que observen en el hogar y en general, en el medio circundante, constituirá un largo y provechoso aprendizaje que enraizará profundamente en la personalidad de cada uno.

Para el desarrollo armonioso de la personalidad y la consolidación de las relaciones de pareja, es conveniente incluir el conocimiento, con algún detalle, de la anatomía y la fisiología del sistema genital.

Hoy se conoce que la sexualidad, como otros aspectos de la vida de relación, no se desarrolla espontáneamente, sólo dependiendo de los instintos ni siquiera en los animales superiores.

Según opiniones de expertos en educación sexual, los comportamientos sexuales no irrumpen de repente, sino que son resultado de la imagen que las personas han ido construyendo sobre su propia sexualidad y la de los demás,

El proceso educativo de la sexualidad, ayuda a promover una comunicación asertiva y de estilos de vida sanos, la preservación y protección de la intimidad, la prevención de infecciones de transmisión sexual y otras consecuencias no deseadas de las relaciones sexuales.

Los trastornos sexuales son estados anómalos que suponen un menoscabo de las respuestas físicas de la función sexual. En el hombre, las principales alteraciones, son el trastorno de la erección, la eyaculación precoz, la retardada y la inhibición de la eyaculación, y en la mujer se destacan los trastornos orgásmicos, el vaginismo y la dispareunia.

El sistema, o el modelo, que gobierna la relación frente a los problemas de cada uno de los miembros por separado, es muchas veces la fuente más importante de los trastornos sexuales y el punto óptimo para intervenir (Kaplan, H. 1978).

El arte de amar no sólo depende de la calidad de la unión emocional entre dos personas, sino también implica el conocimiento de las técnicas sexuales, de la anatomía y la biología propias, y de la pareja.

No todas las posiciones coitales ni todos los actos sexuales significan lo mismo para todo el mundo ni incluso para la misma pareja que opta por técnicas distintas, lo más importante es tener muy en cuenta la plasticidad de la relación sexual y la necesidad de hablar abiertamente de las preferencias, sentimientos e ideas de cada integrante de la pareja.

Psicológicamente se percibe como una experiencia subjetiva, placentera, explosiva, que aparece como el punto máximo de la reacción al estímulo sexual. Los efectos del alcohol sobre la sexualidad han apasionado a multitud de personas en la historia; según nos dice Shakespeare en Macbeth: “el alcohol provoca el deseo pero frustra la ejecución”, y la investigación más actual ha puesto de manifiesto lo acertado de esta apreciación.

A pesar del efecto depresor que el alcohol produce a nivel físico, muchas personas afirman que el alcohol aumenta su capacidad de respuesta sexual, lo que podría ser el resultado del efecto desinhibidor de esta sustancia, al reducir la timidez sexual que pueda tener normalmente una persona (Masters y Johnson, 1987).

En Santiago de Cuba se han realizado algunas investigaciones en las que se evidencian ciertos aspectos de comportamientos sexuales. Gorguet Pi, I. (1983) en un estudio de un grupo de mujeres con trastornos sexuales en una consulta de terapia sexual, encontró que el 38,1 % padecía de trastorno orgásmico.

La sexología es una ciencia incómoda. No solo hay que cuidar lo que uno va a decir en un artículo, conferencia, conversando con un paciente o con un educando, sino también cuáles palabras va a usar que no incomoden al otro, pero que al mismo tiempo las entienda. Eso no ocurre en las áreas de la Medicina, de la Psicología o de alguna otra disciplina o ciencia, tenga o no relación con la salud y el cuidado del ser humano.

En otros campos, a las cosas se las llama por su nombre, solo en la sexualidad los órganos genitales o las prácticas que se ejerciten se conocen mediante apodos o nombres coloquiales. Estos apodos varían de país en país y de cultura en cultura.

A ninguna otra parte del cuerpo, que no esté relacionada con la sexualidad o la genitalidad, se la llama por un nombre sustituto. Al ojo se le dice ojo, a la cabeza, cabeza y a la nariz, nariz. Igual a las acciones de caminar, correr, hablar, etc. Pero al pene, a los testículos y a la vulva, pocas veces se los denomina con el nombre respectivo, tampoco se habla

normalmente utilizando la palabra coito, a menos de que sea en una conferencia, en la clase de un curso o en una entrevista médica

### **Principales riesgos psicosociales.**

Hay un relativo consenso sobre los más importantes como el estrés, la violencia y el acoso, no lo hay acerca de si lo son otros, a pesar de que se reconozca su relevancia tanto en su extensión como en sus consecuencias, a continuación se mencionan los más importantes:

Es Estrés, La Violencia, Acoso Laboral, Acoso Sexual, Inseguridad Contractual, El Burnout o Desgaste Profesional, Déficit hormonal, Tendencias a la homosexualidad, Enfermedades psiquiátricas como la depresión, también asociados con neurosis, o ansiedad fóbica, Y Otros: Conflicto familia – trabajo, trabajo emocional

Desastres naturales y alteración sexual

Los fenómenos naturales, entendidos como toda manifestación de la naturaleza, deben ser considerados siempre como elementos activos de la geomorfología terrestre.

Los desastres son el conjunto de alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el medio ambiente, causadas por un suceso natural o generado por los seres humanos, que exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada (“guía de salud mental,” n.d.)(Tobergte & Curtis, 2013).

Toda actividad sexual se ve influenciada con matrices culturales ancestrales que se repiten de generación en generación llegando a naturalizarse, viéndose rígidos roles sexuales entre mujeres y hombres que se ven intervenidos con cambios sociales.

Pese a que existen muchas expresiones o mitos como por ejemplo: “Dios le dio a la mujer el don de tener hijos y hay que tenerlos”, “los hombres toman el sexo como deporte y las mujeres como algo bonito, por amor” la procreación continua y se estima que en los

actuales momentos las personas reciban información apropiada desde su infancia, relacionada y respetando el medio cultural donde se desenvuelven.

Existen estudios relacionados con adolescentes frente a eventos naturales como terremotos donde juega un papel importante la ausencia de los padres en lugares de alojamiento y que por trabajo dejan a sus hijos solos, quienes llegan a tener intimidad sexual sin amor y placer solo realizan por curiosidad, o en otros casos los menores son abusados sexualmente.

En este estudio hacen referencia sobre que los hombres tienen mayor deseo sexual, desconociendo que las mujeres pueden tener los mismos niveles de deseo y las mismas necesidades sexuales, y con respecto a la vivencia de la sexualidad y a la iniciativa para el sexo, las mujeres se ven a sí mismas como tímidas, pasivas y aplacadas (como deben ser) y consideran a los hombres como los responsables y dueños de esa iniciativa. Las mujeres que toman la iniciativa frente al sexo se consideran promiscuas o banales.

La anticoncepción es considerada una responsabilidad de las mujeres, y muchos de los albergados coinciden en que el efecto pos terremoto se incrementaron las relaciones intergeneracionales en la zona de la investigación, cuya explicación consideraban como estrategia de supervivencia en un periodo donde se profundizo la pobreza(Vélez, 2003).

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGIA**

#### **Muestra**

Todas las parejas dentro de las 37 familias reubicadas en los albergues oficiales urbanos del Cantón Jama luego del terremoto del 16 de abril del 2016.

## **SUJETO**

El universo de este trabajo se compone de todas las personas que habitan en el albergue Jama Centro, y que voluntariamente aceptaron participar una vez que recibieron la información a través del consentimiento informado que suman un total de 55 personas.

En nuestro trabajo utilizamos muestreo no probabilístico ya que se eligieron personas acorde a la investigación y no al azar, y el análisis estadístico se realizó por medio de análisis porcentual.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Personas con vínculo de conyugalidad mayor a 1 año, acogidas en los albergues y que accedan a participar en el estudio.
- Parejas que se alimenten y duerman en el albergue.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Mujeres con Dispareunia antes del terremoto
- Disfunción eréctil (hombres) antes del terremoto
- Parejas que sufran depresión y ansiedad antes del terremoto
- Personas con abuso de sustancias (medicamentos)

## **TIPODE ESTUDIO**

Se realizara un estudio cuantitativo de corte transversal analítico de campo, ya que los datos obtenidos fueron en un tiempo dado luego de suceso ocurrido (terremoto).

## **TECNICAS**

Se utilizó técnica de reconocimiento y registro de personas, objetos de interés para la investigación, este registro se llevó a cabo por medio de visitas a las instituciones o albergue urbano del Cantón Jama además de reuniones con directores de tesis respetando agenda de trabajo, previo a permisos obtenidos adecuadamente.

### **PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA**

Se realizara a través de una técnica de encuesta con un cuestionario donde constaran datos demográficos y el Test del Deseo Sexual Inhibido que será aplicado a todas parejas de los albergues temporales de la Zona Urbana del Cantón Jama una vez que acepte participar de este estudio por medio del consentimiento informado.

Además se tomara como referencia el test del dese sexual inhibido (Masters et al 1994).

En Anexo.

### **INSTRUMENTO RECOLECCION DE DATOS ENCUESTA**

La primera parte de la encuesta se basa en preguntas abiertas sobre variables sociodemográficas y de interés social las cuales fueron elaboradas por los autores con el objetivo de obtener la información necesaria para dar respuestas a nuestras interrogantes y demostrar su influencia en la fase del Deseo en la Respuesta Sexual Humana, la cual fue aprobada por el comité de bioética de la prestigiosa Universidad Católica del Ecuador, los datos obtenidos se organizaron para su análisis respectivo a través de estadística descriptiva.

### **TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO (MASTERS ET AL., 1994)**

La explicación de la respuesta sexual humana se hace desde modelos multidimensionales, lo que implica serias dificultades en su evaluación, de ahí la necesidad de un instrumento de evaluación con garantías científicas.

De los cuatro factores principales del estudio los dos primeros son de interés ya que tienen mayor porcentaje de varianza y se denominaron, Deseo Sexual Inhibido Diádico (alfa de Cronbach = 0,85), Deseo Sexual Inhibido General (alfa de Cronbach = 0,70), y los dos últimos que tienen carácter residual.

Este test está representado por 15 ítem que se pueden puntuar en una escala tipo Likert del 1 al 9 (1 totalmente falso – y 9 totalmente verdadero, y lo esperado que sería 5), dándonos alteración si la mayor cantidad de ítem (de las 15 preguntas), se encuentran entre 6 a 9 y no alteración entre 1 y 5 respectivamente.

## **CAPÍTULO 4**

### **PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

Una vez recolectada la información los datos se procederán a digitar en *Epi Info* versión 7.2 para ser procesada. Para realizar los cálculos de estadística analítica se aplicará medidas de tendencia central, y de desviación estándar en las variables cuantitativas de las mismas, esperando poder asociar variables con medidas de asociación y significancia.

Se utilizará pruebas con chi cuadrado porque determina si dos variables estén relacionadas o no. Y para análisis de probabilidades utilizaremos el O.R./SPSS

### **RESULTADOS**

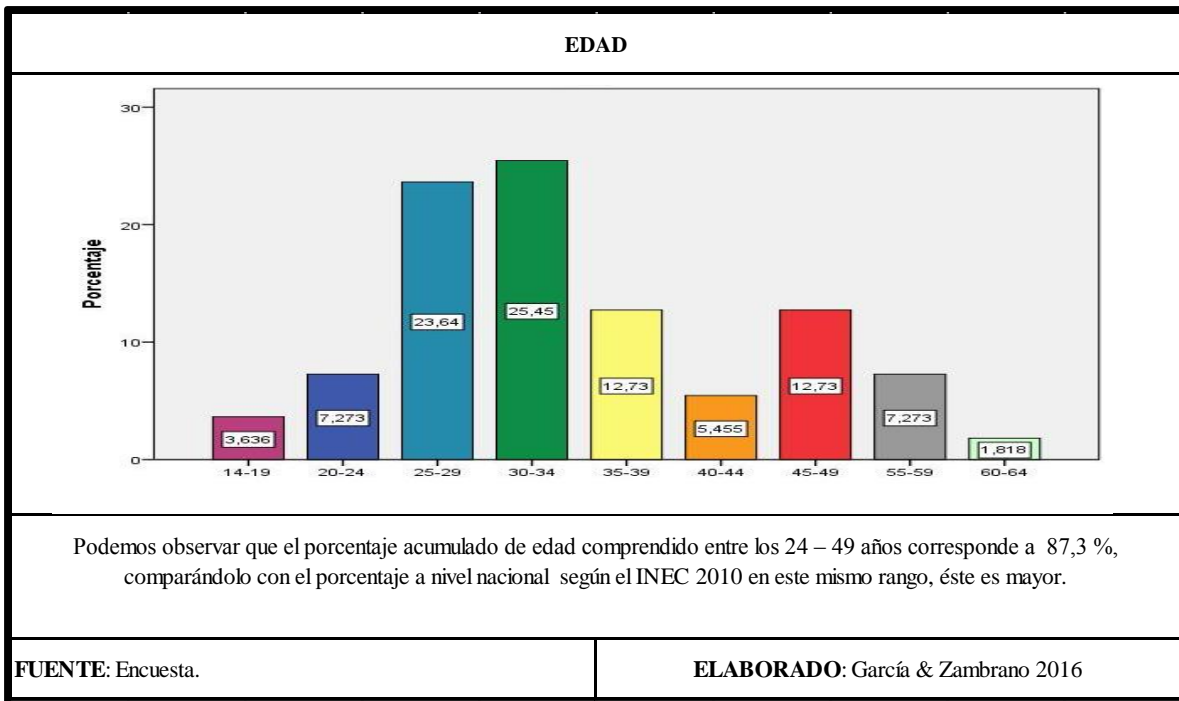
Aquí se podrá realizar la observación de la información que se obtuvo del trabajo de campo realizado en nuestra investigación, que comprende información sistematizada relacionada con los datos sociodemográficos, vinculando la parte social y el test aplicado en este estudio, observando alteración del deseo en algunas personas del estudio.

Se realizara un análisis univariado y bivariado respectivamente para la parte sociodemográfico y social, además del análisis de las 15 preguntas del test del deseo sexual.

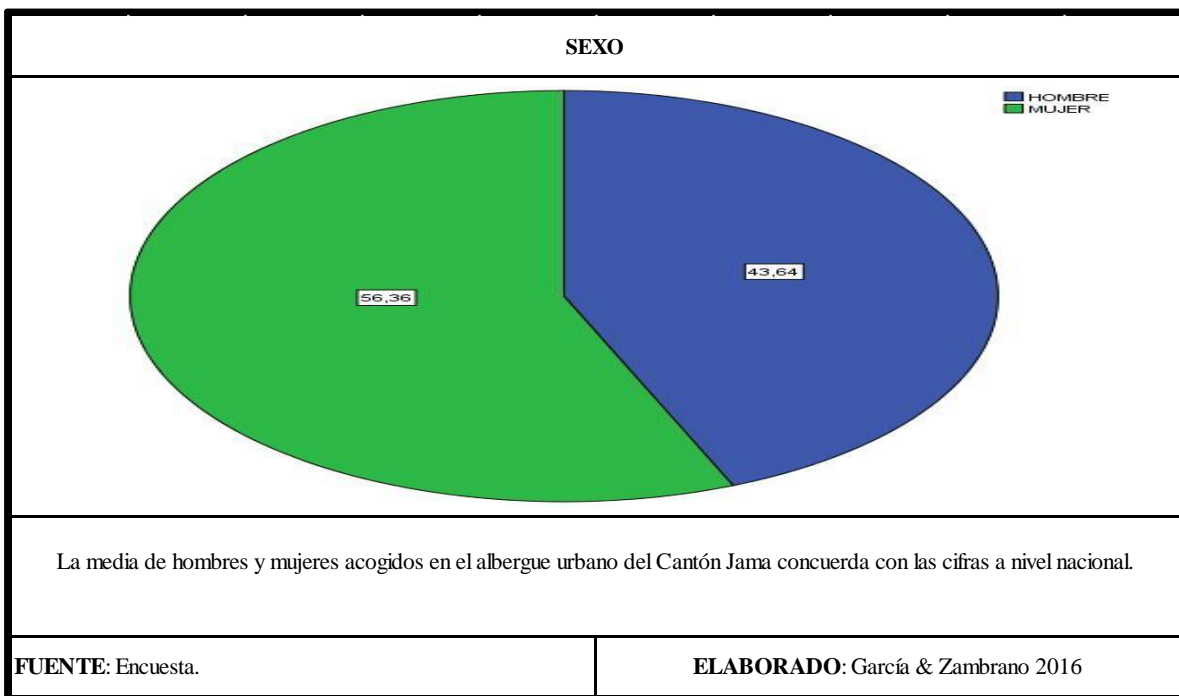
### **ANÁLISIS UNIVARIADO**

En esta parte procederemos a analizar la parte sociodemográficas de la encuesta elaborada por parte de los investigadores y que se aplicó en las familias que fueron reubicadas en el albergue urbano temporal del Cantón Jama, (creado por tres meses y que extendió hasta los actuales momentos) luego del terremoto del 16 A y que perdieron todos sus bienes materiales.

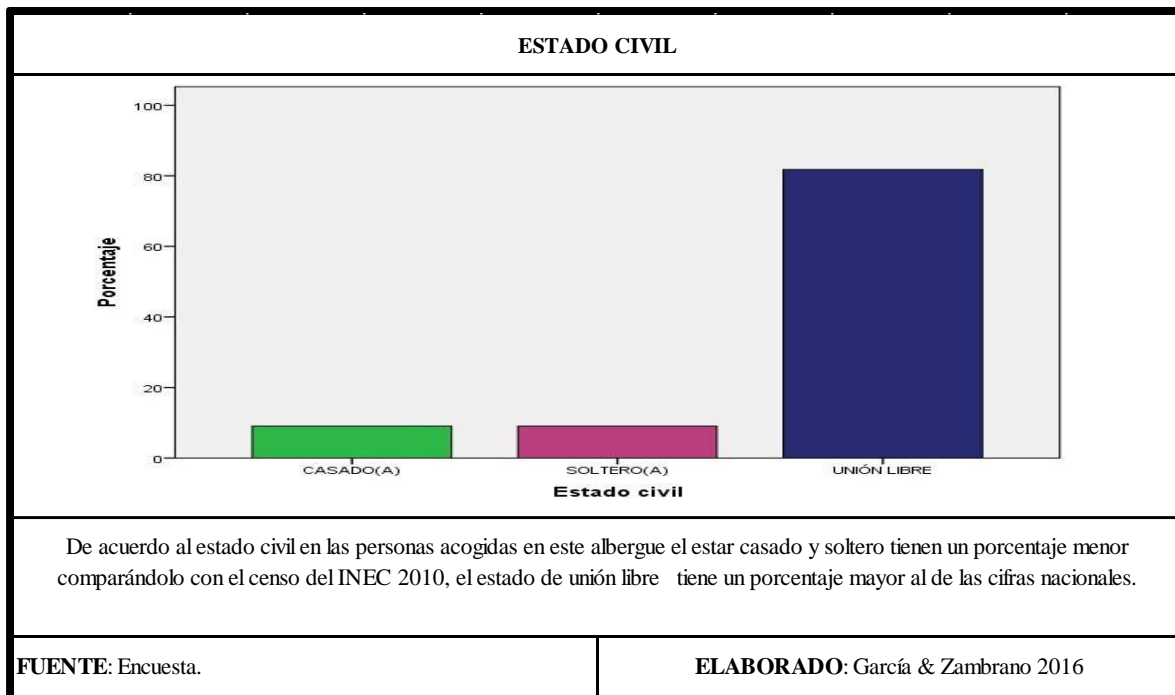
Tabla y gráfico 1: EDAD



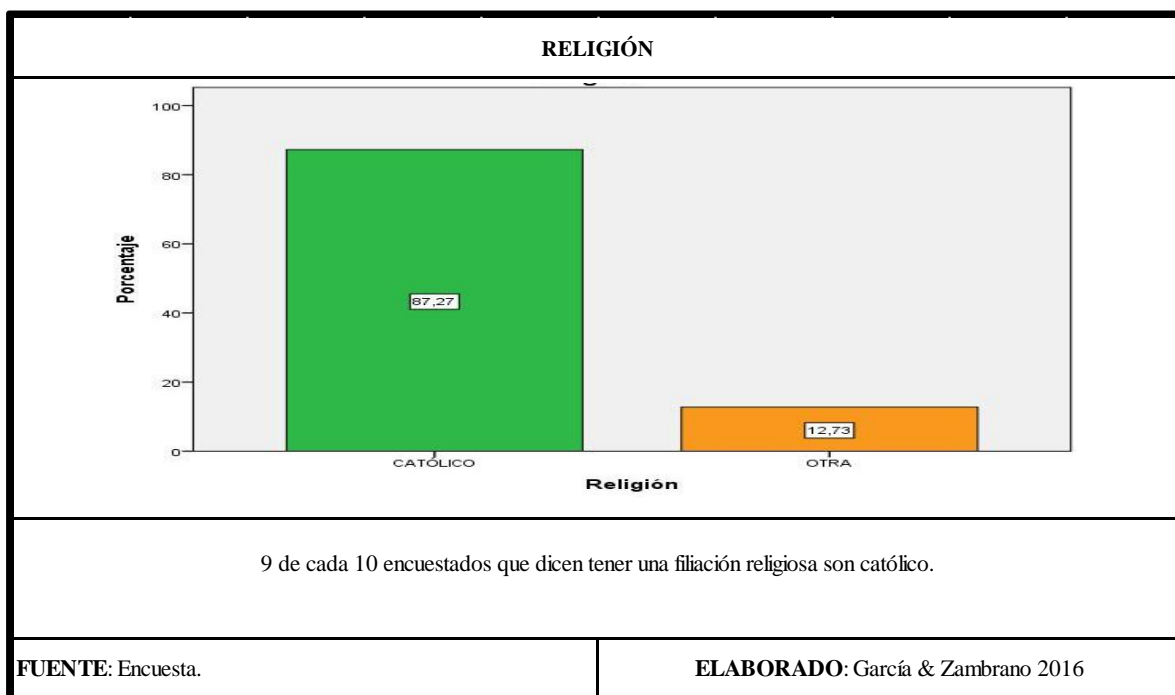
**Tabla y gráfico 2: SEXO**



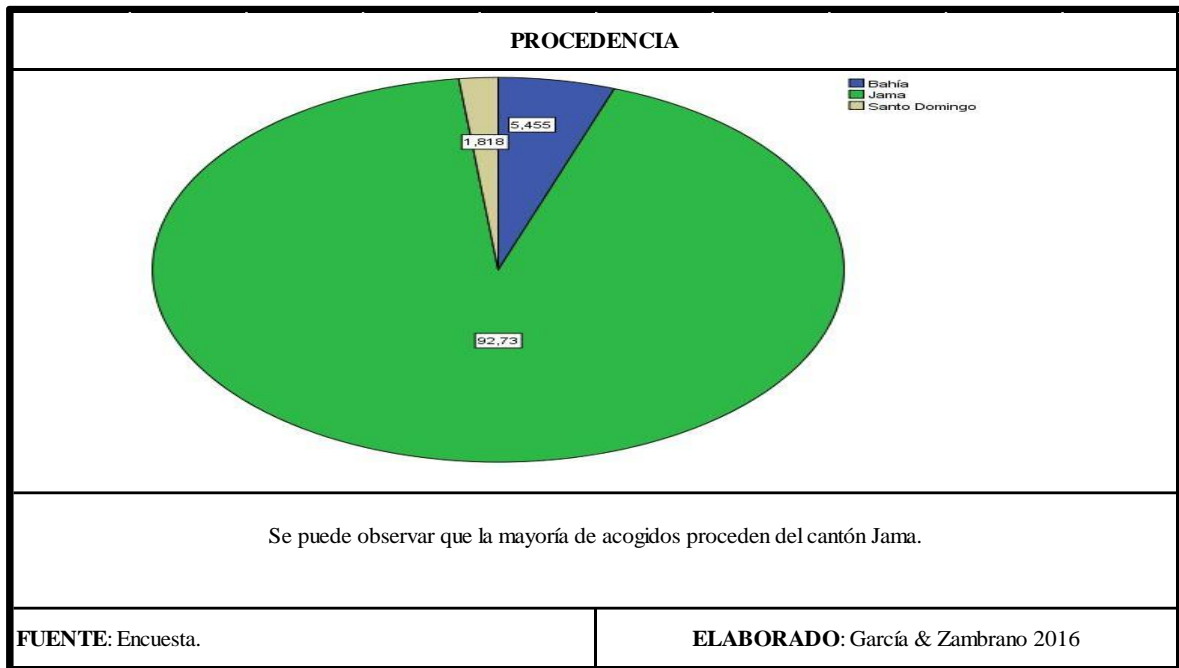
**Tabla y gráfico 3: ESTADO CIVIL**



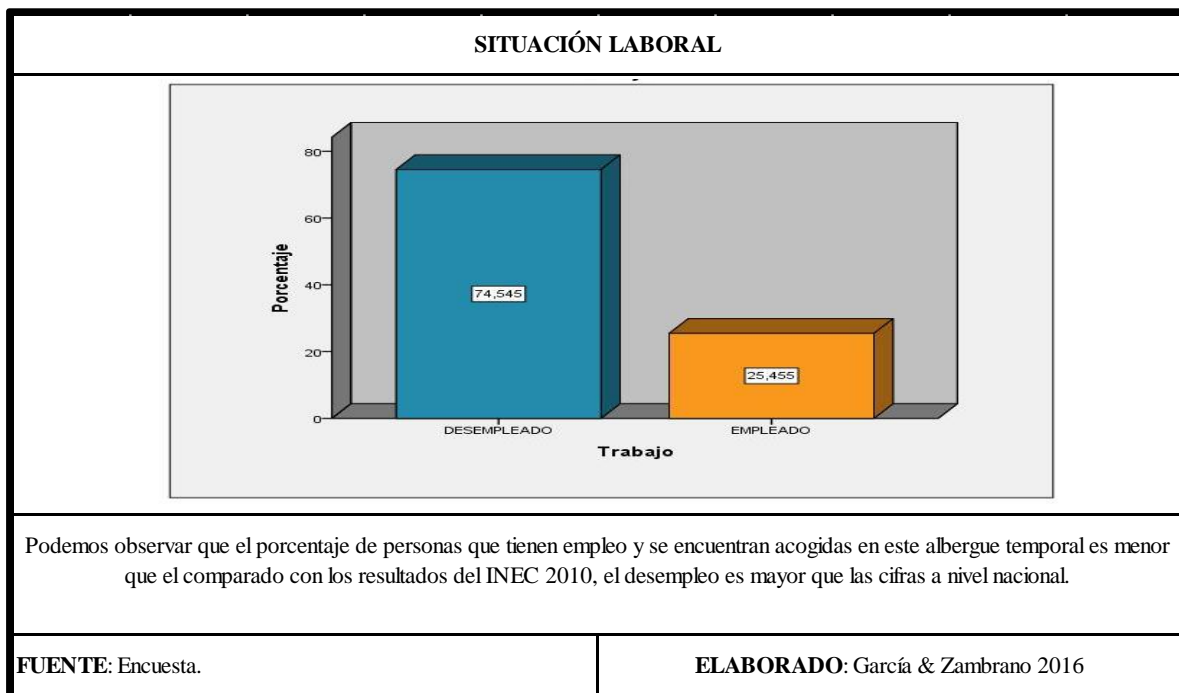
**Tabla y gráfico 4: RELIGIÓN**



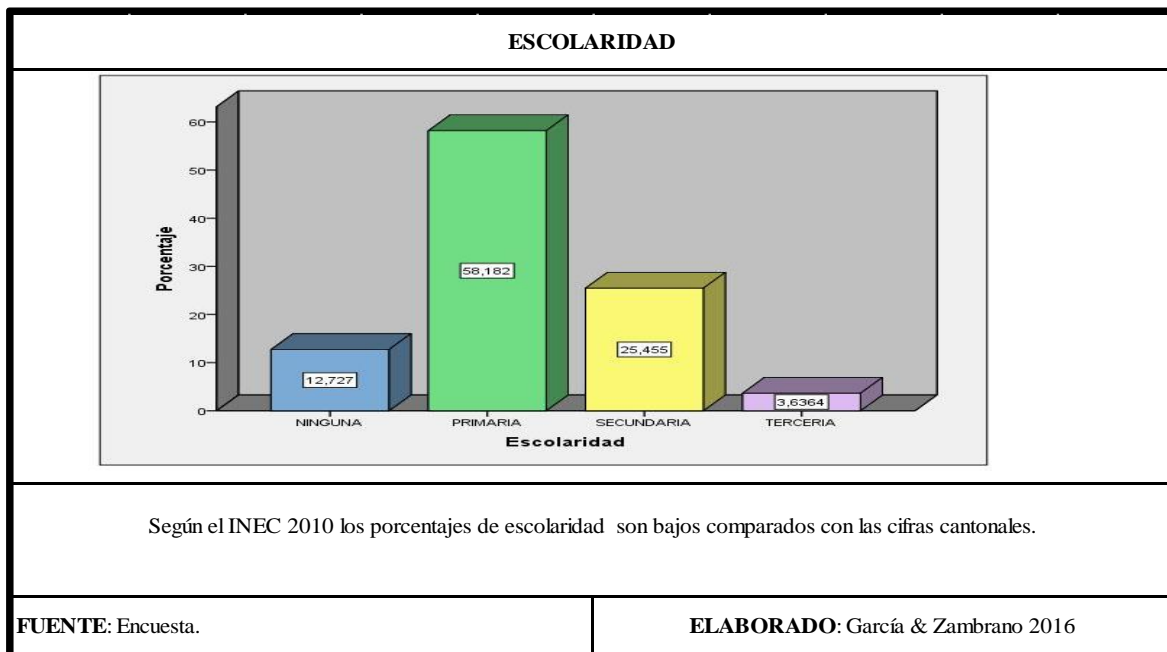
**Tabla y gráfico 5: PROCEDENCIA**



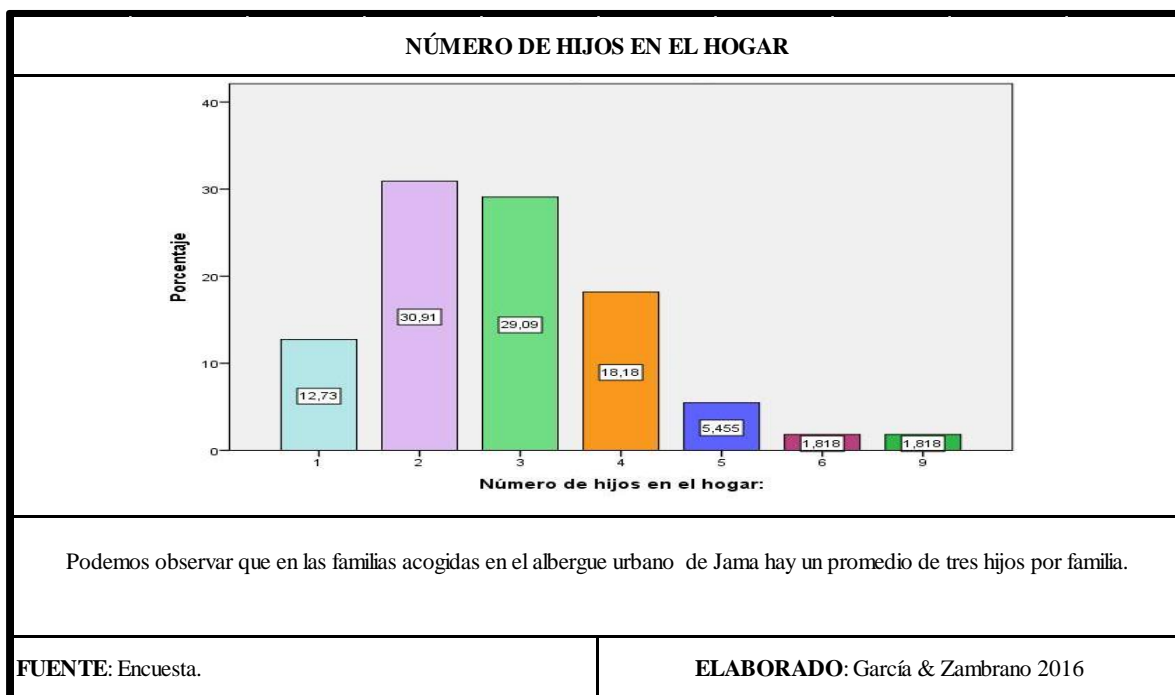
**Tabla y gráfico 6: SITUACION LABORAL**



**Tabla y gráfico 7: ESCOLARIDAD**



**Tabla y gráfico 8: NÚMERO DE HIJOS**

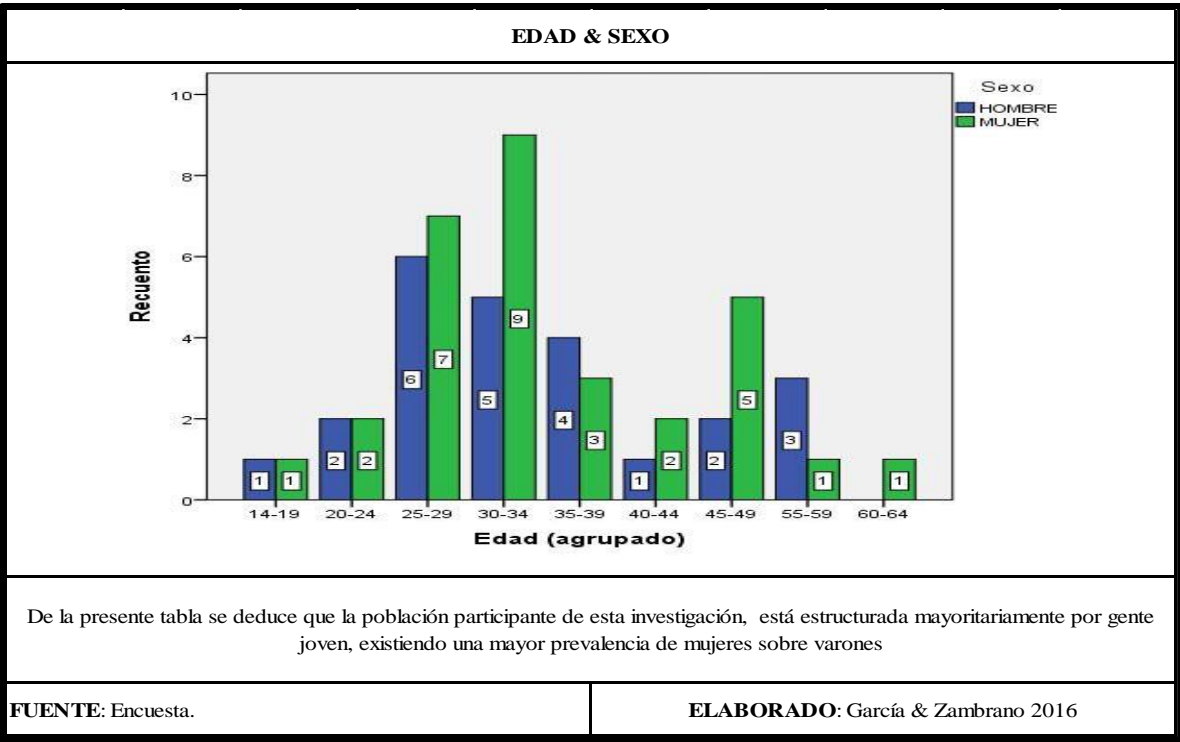


**CRUCE DE VARIABLES**

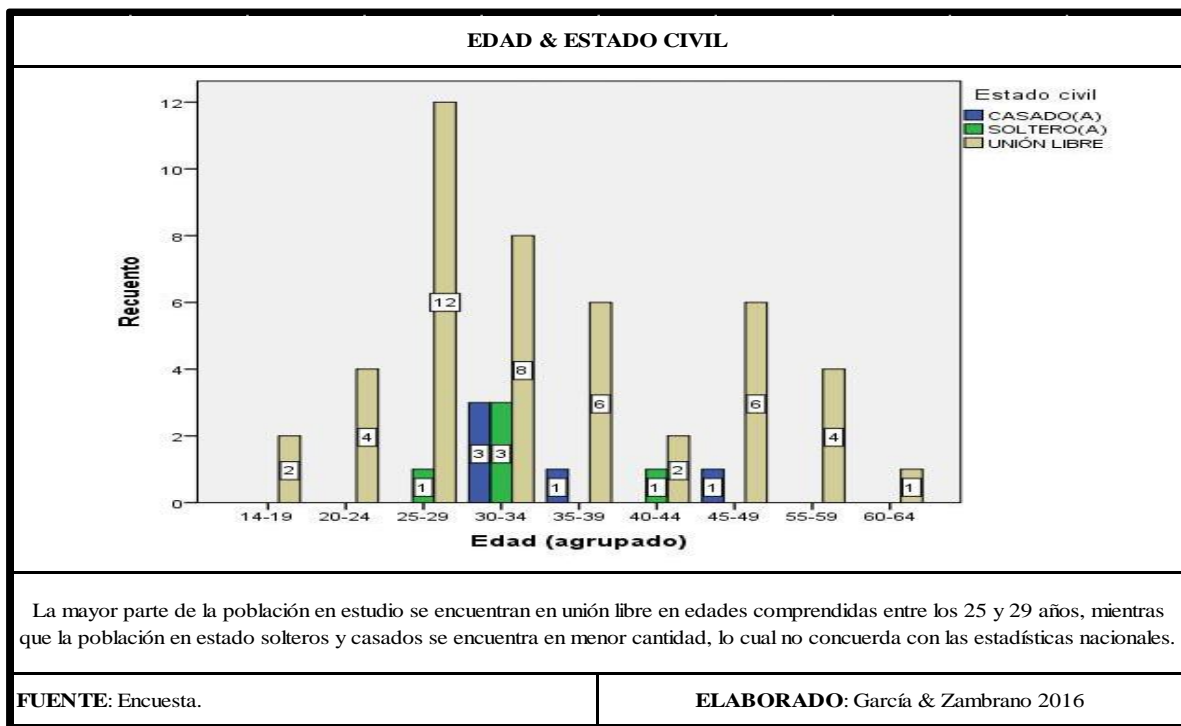
Se realiza cruce de variables de datos sociodemográficos de la encuesta aplicada a las personas albergadas, para poder interpretar si esto influye sobre la alteración del deseo, al relacionar dos variables.

Al realizar cruce de variables demográficas, nos va a permitir identificar valores que demuestren porcentajes de frecuencias relacionándose con dos temas.

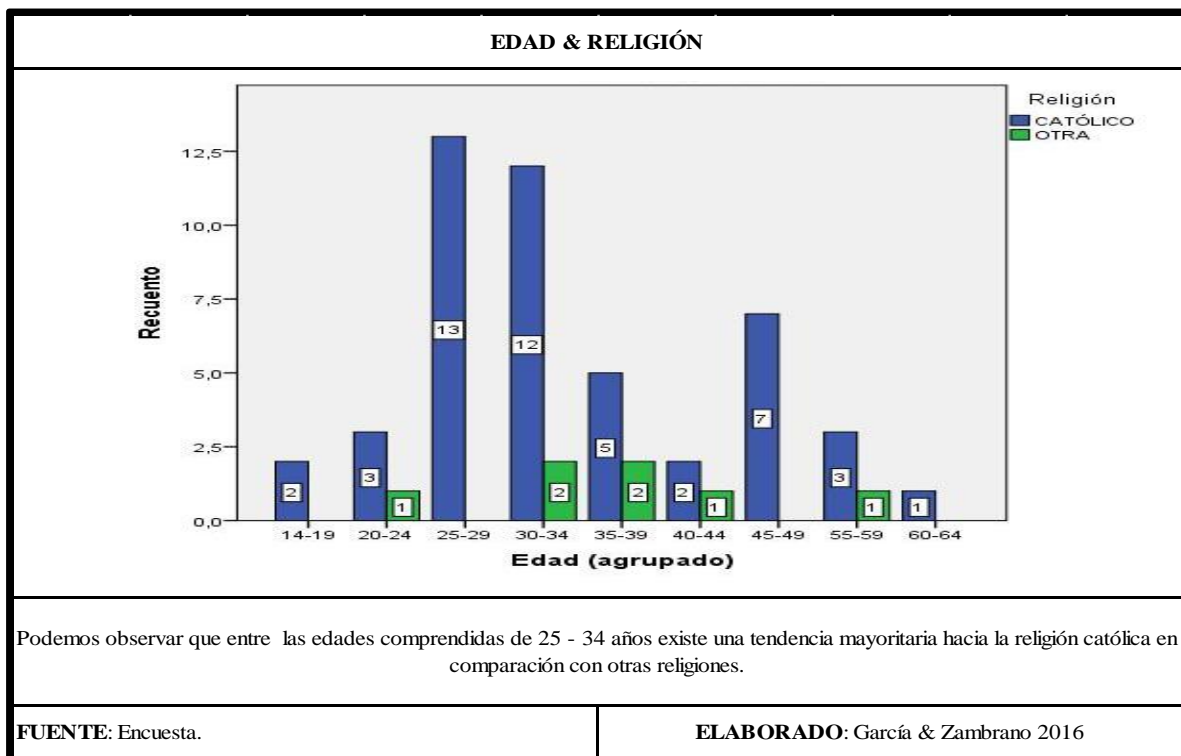
**Tabla y gráfico 9: EDAD \* SEXO**



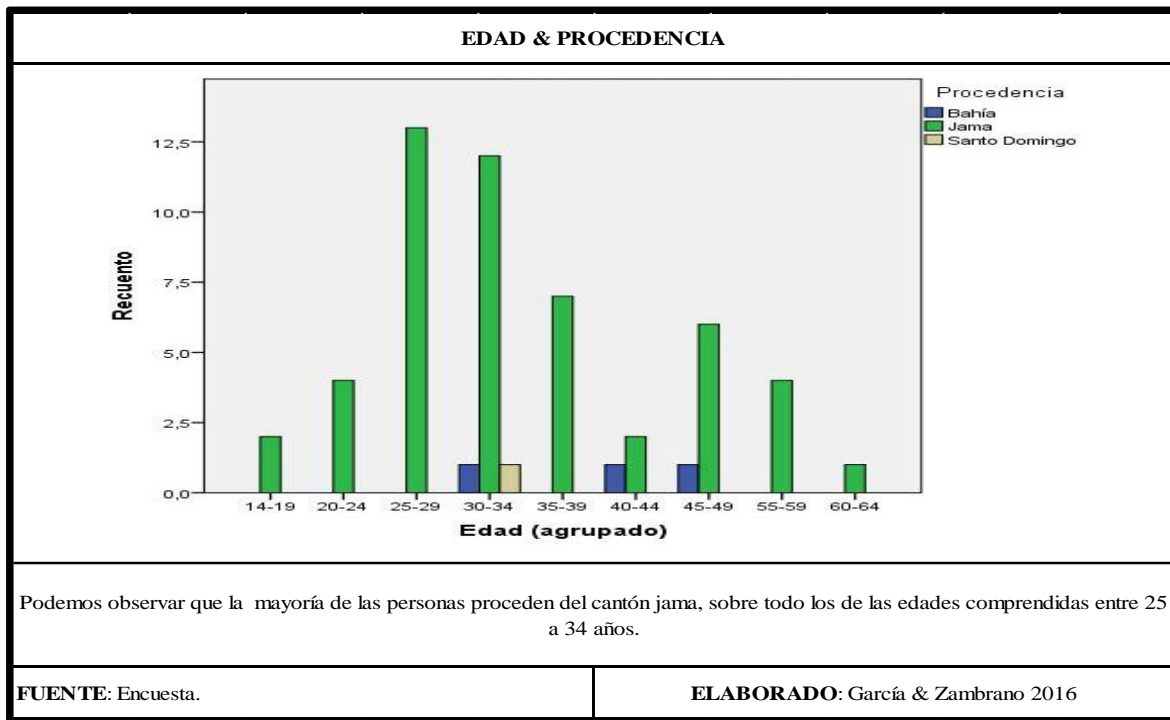
**Tabla y gráfico 10: EDAD \* ESTADO CIVIL**



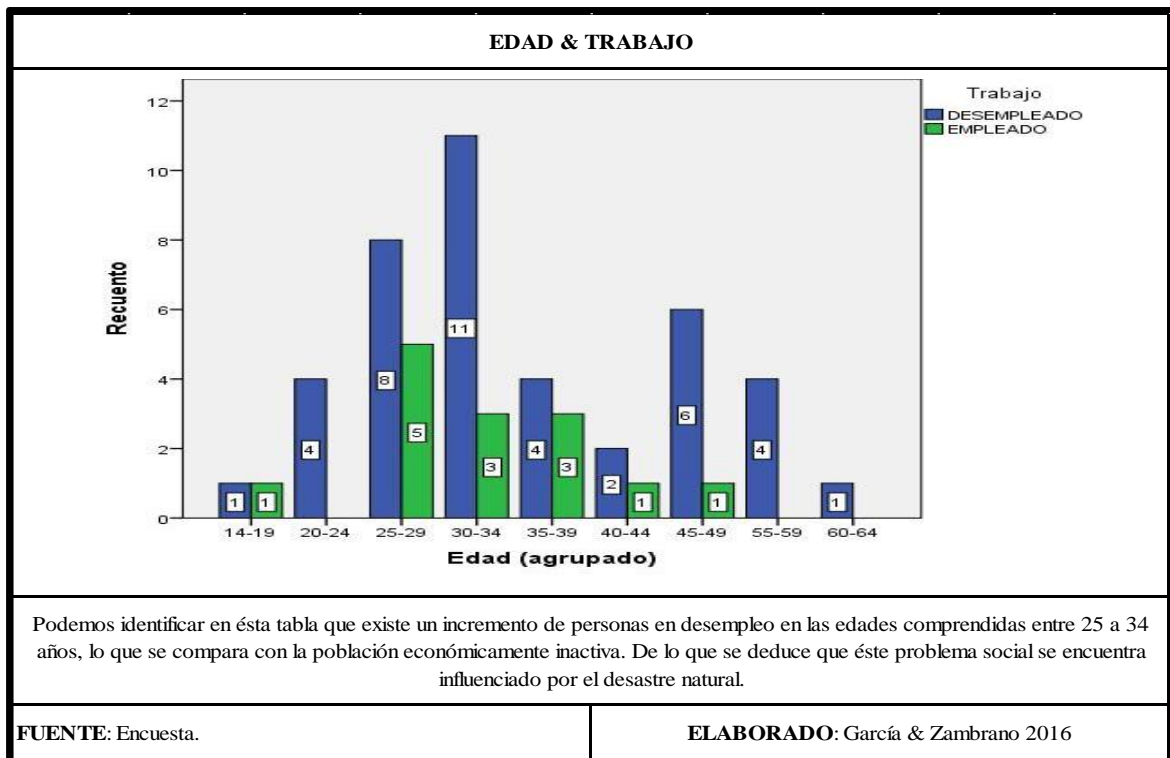
**Tabla y gráfico 11: EDAD \* RELIGIÓN**



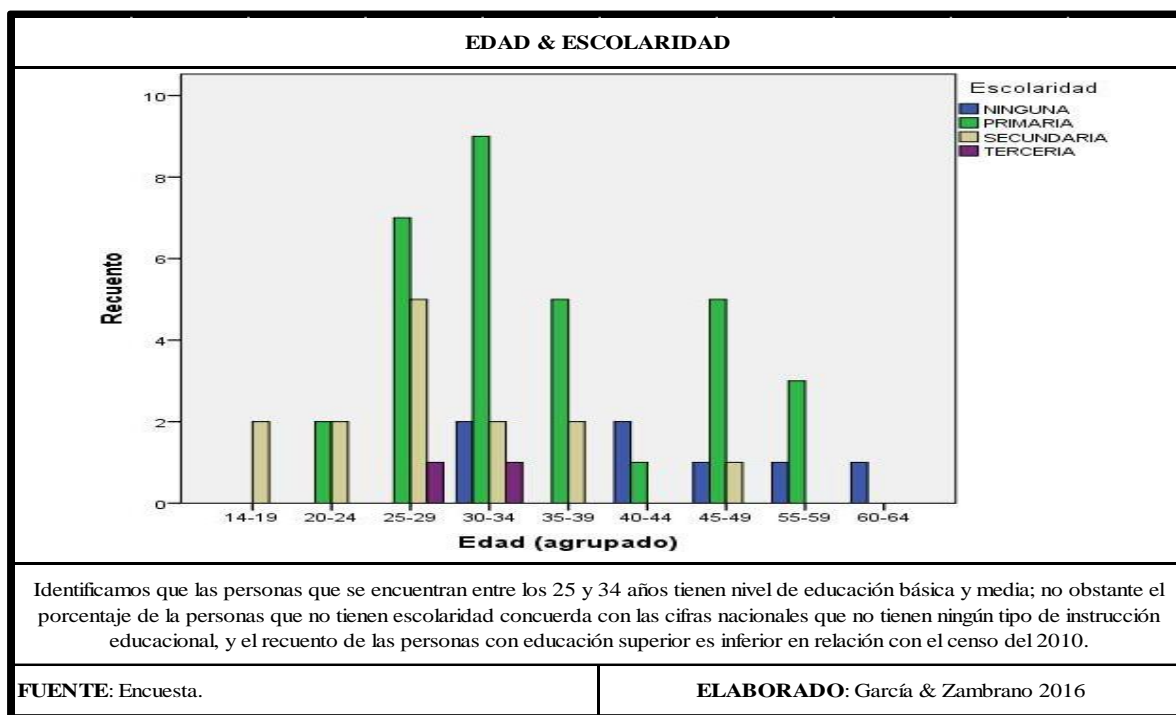
**Tabla y gráfico 12: EDAD \* PROCEDENCIA**



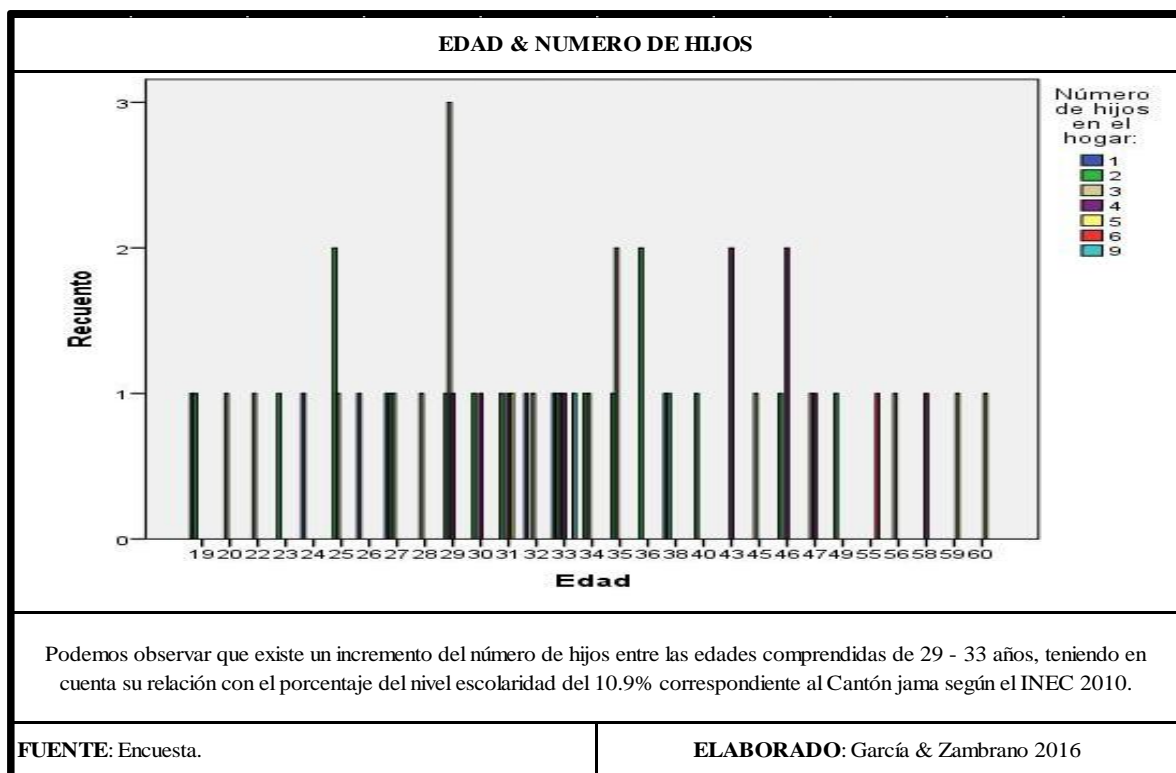
**Tabla y gráfico 13: EDAD \* TRABAJO**



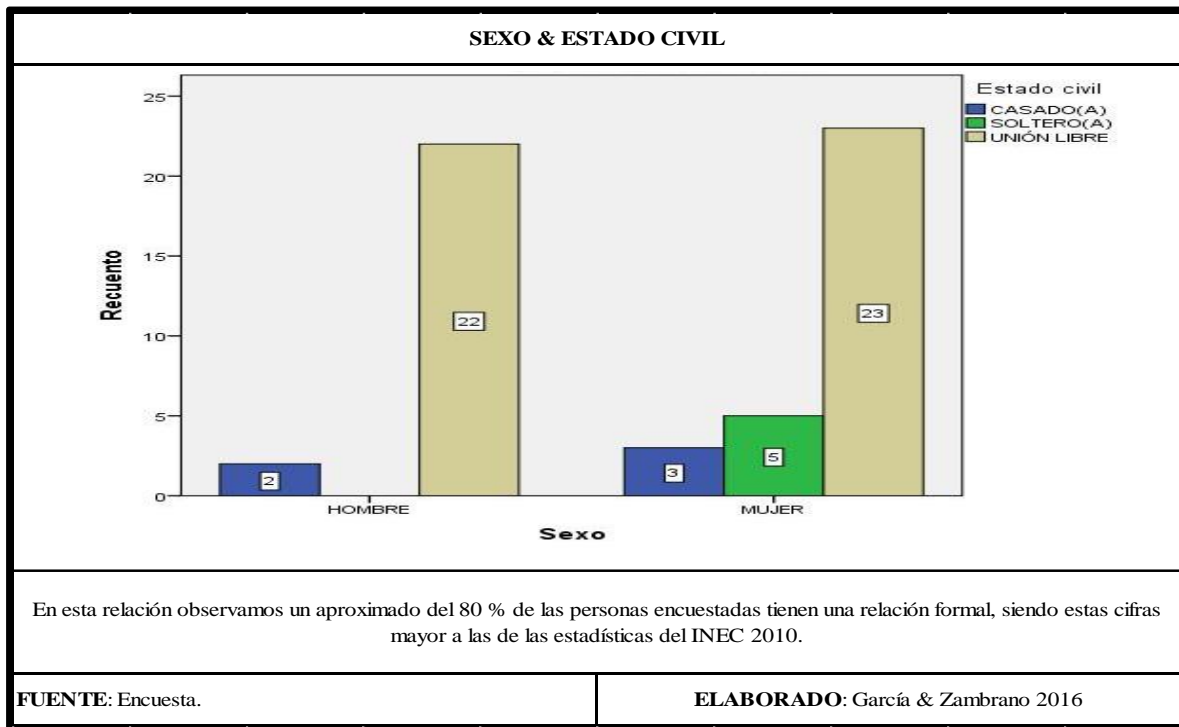
**Tabla y gráfico 14: EDAD \* ESCOLARIDAD**



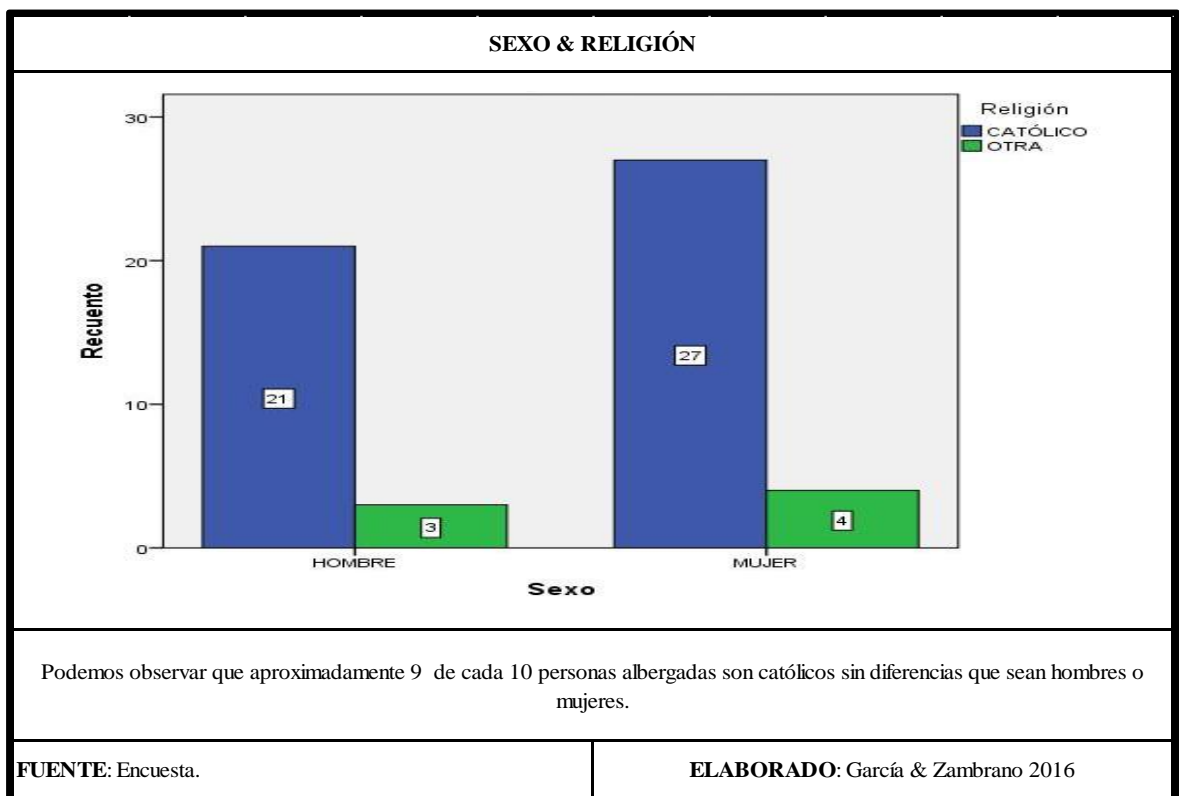
**Tabla y gráfico 15: EDAD \* NÚMERO DE HIJOS**



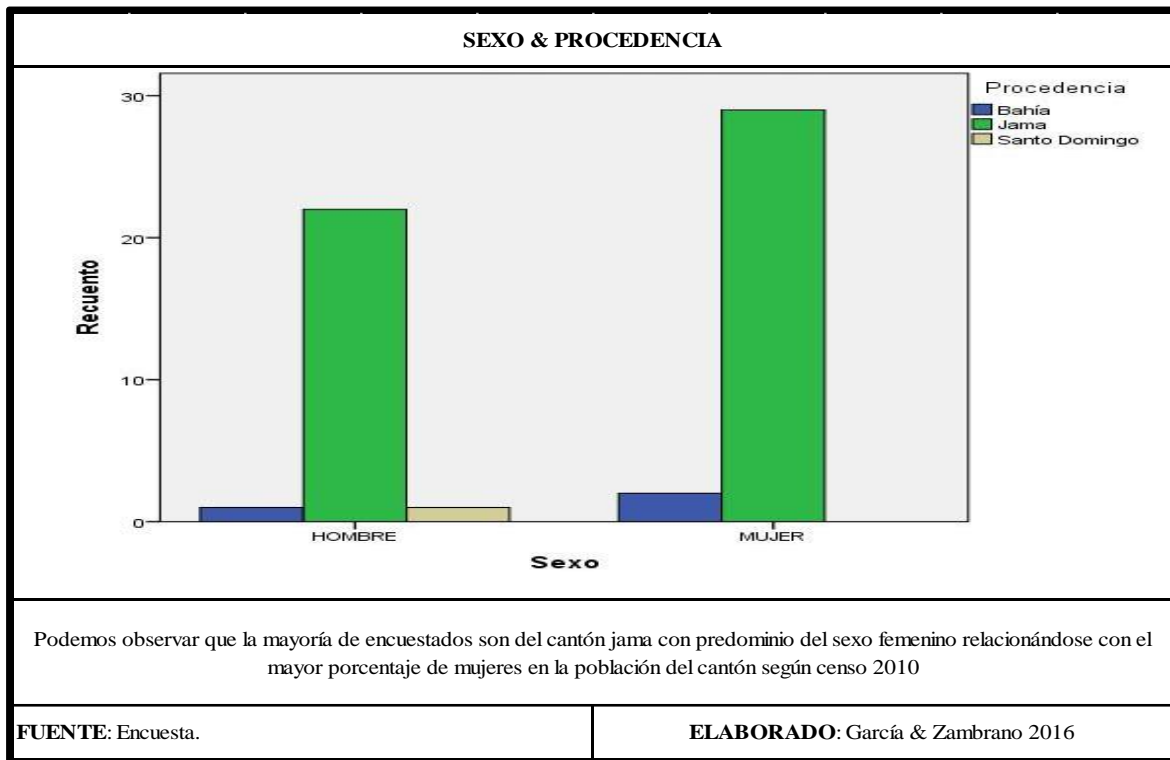
**Tabla y gráfico 16: SEXO \* ESTADO CIVIL**



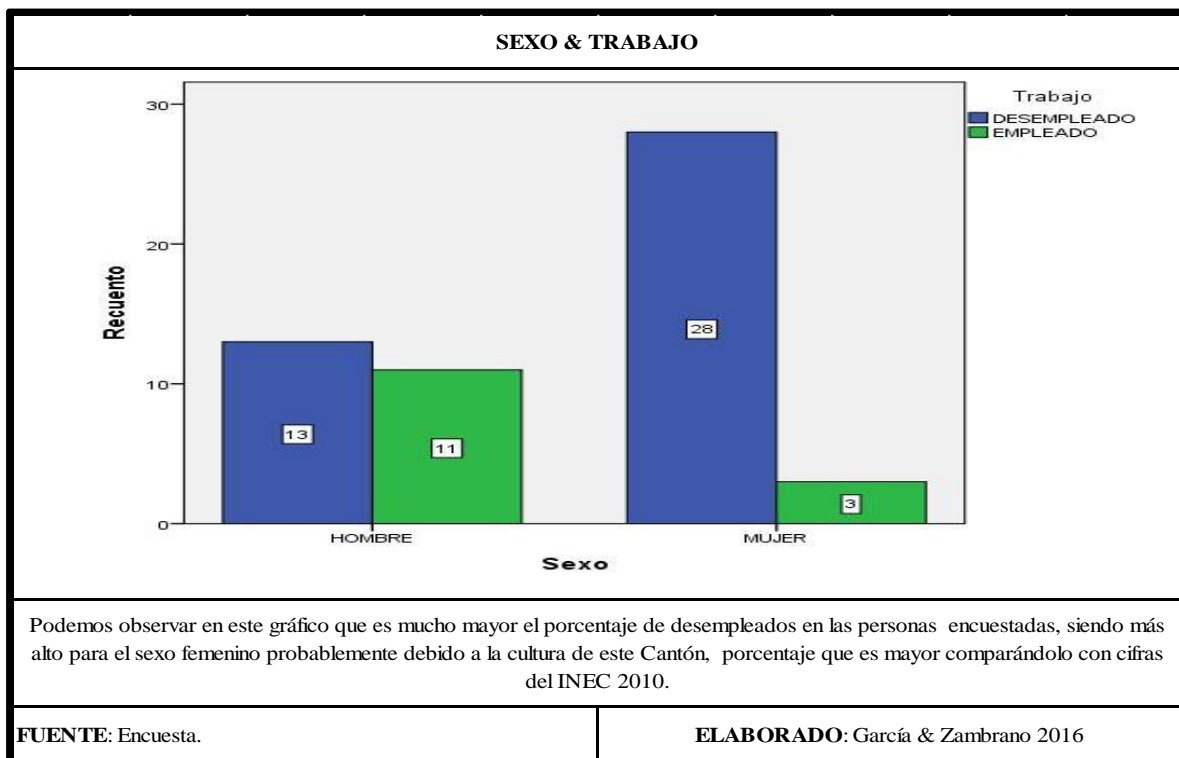
**Tabla y gráfico 17: SEXO \* RELIGIÓN**



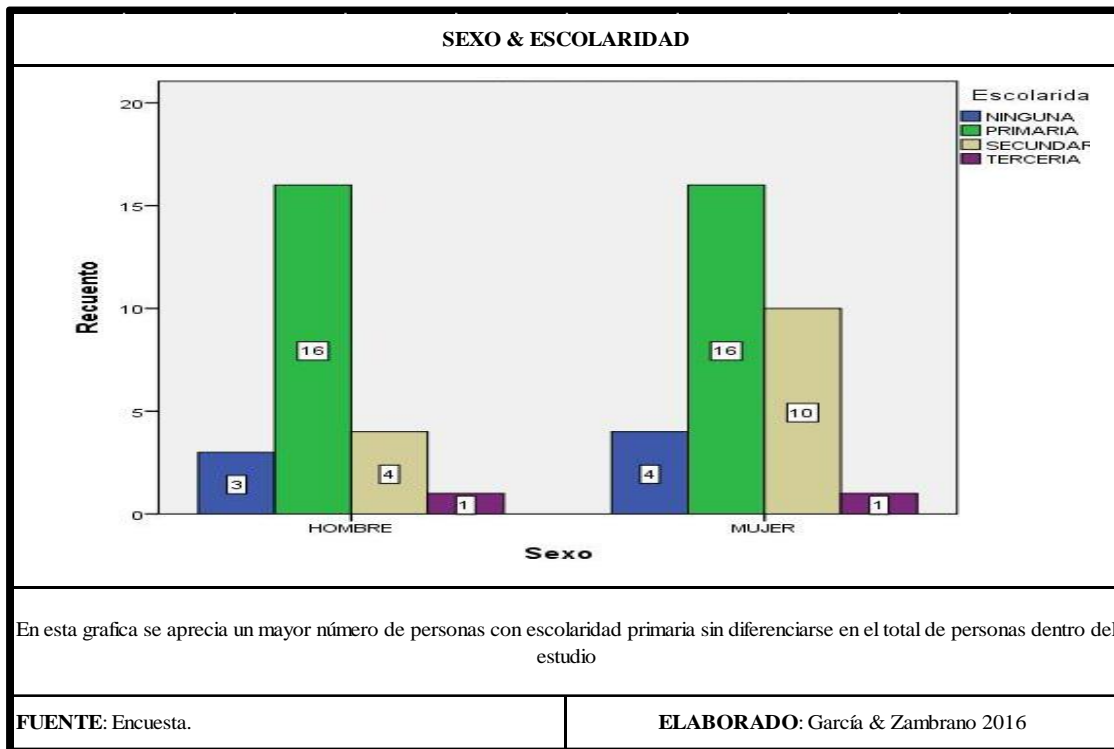
**Tabla y gráfico 18: SEXO \* PROCEDENCIA**



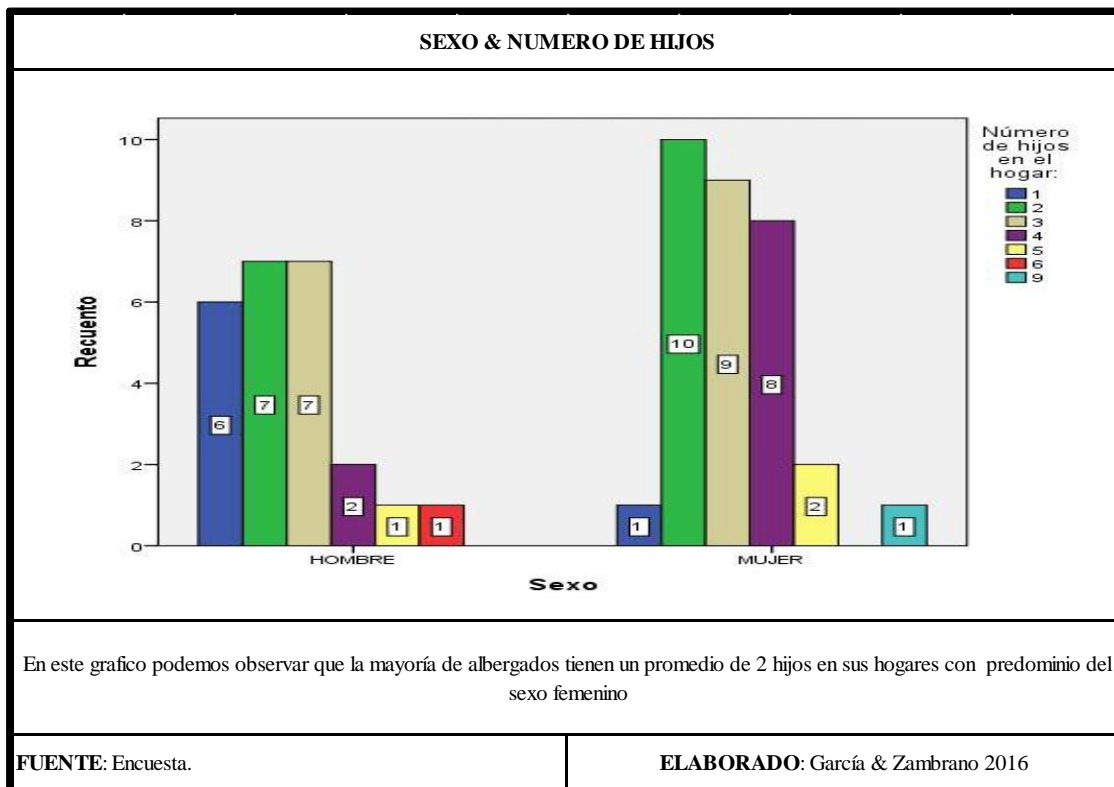
**Tabla y gráfico 19: SEXO \* TRABAJO**



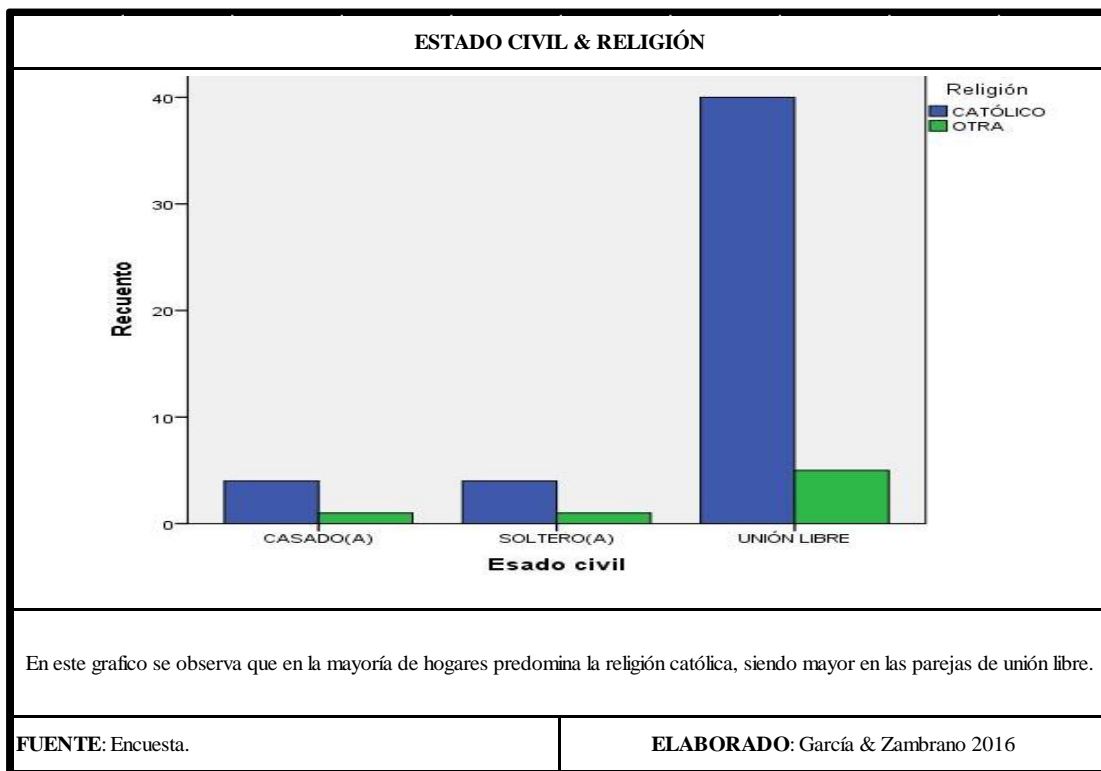
**Tabla y gráfico 20: SEXO \* ESCOLARIDAD**



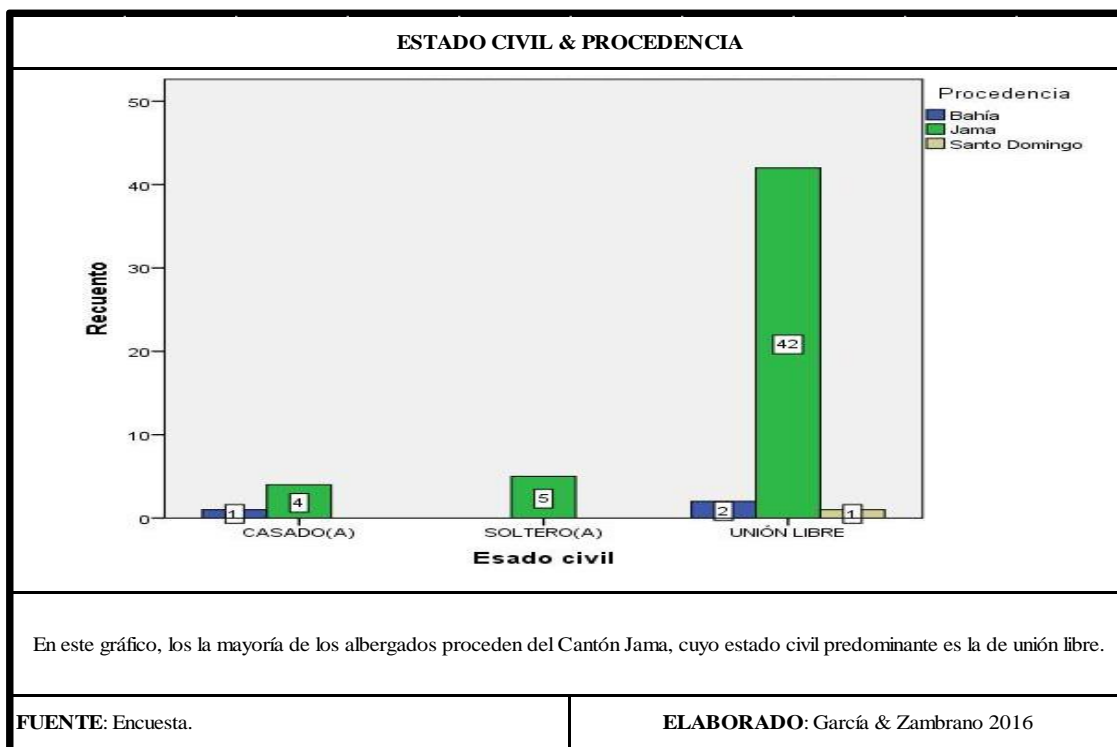
**Tabla y gráfico 21: SEXO \* NÚMERO DE HIJOS**



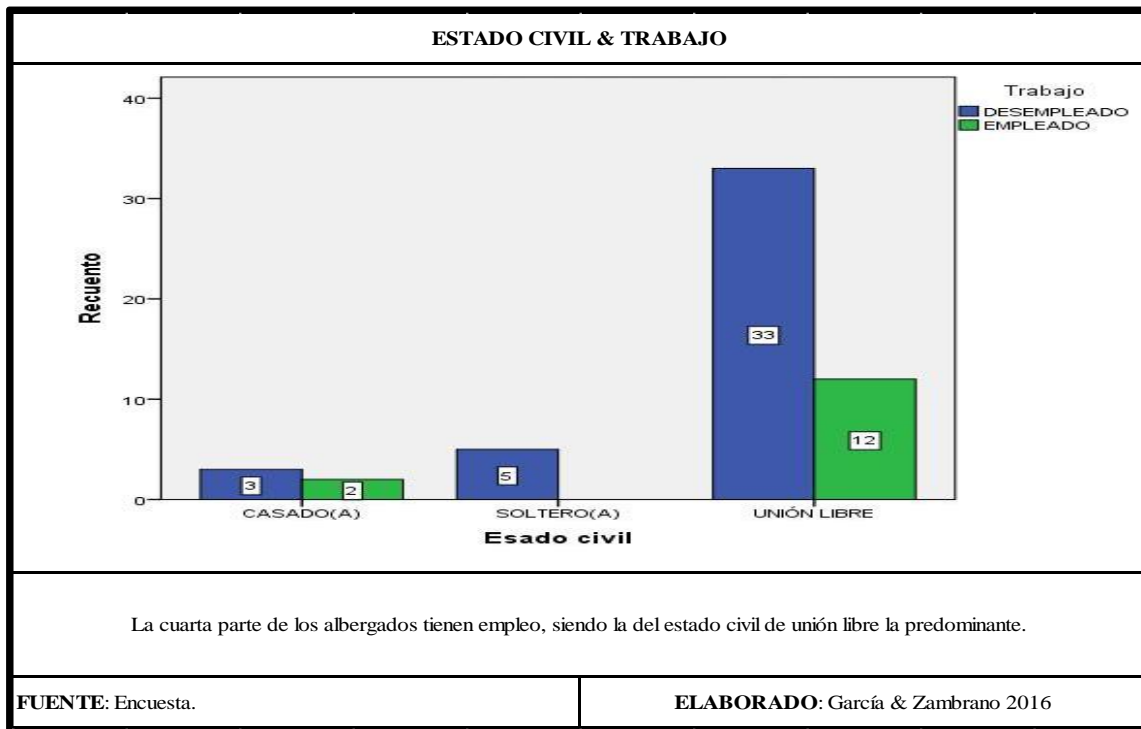
**Tabla y gráfico 22: ESTADO CIVIL \* RELIGIÓN**



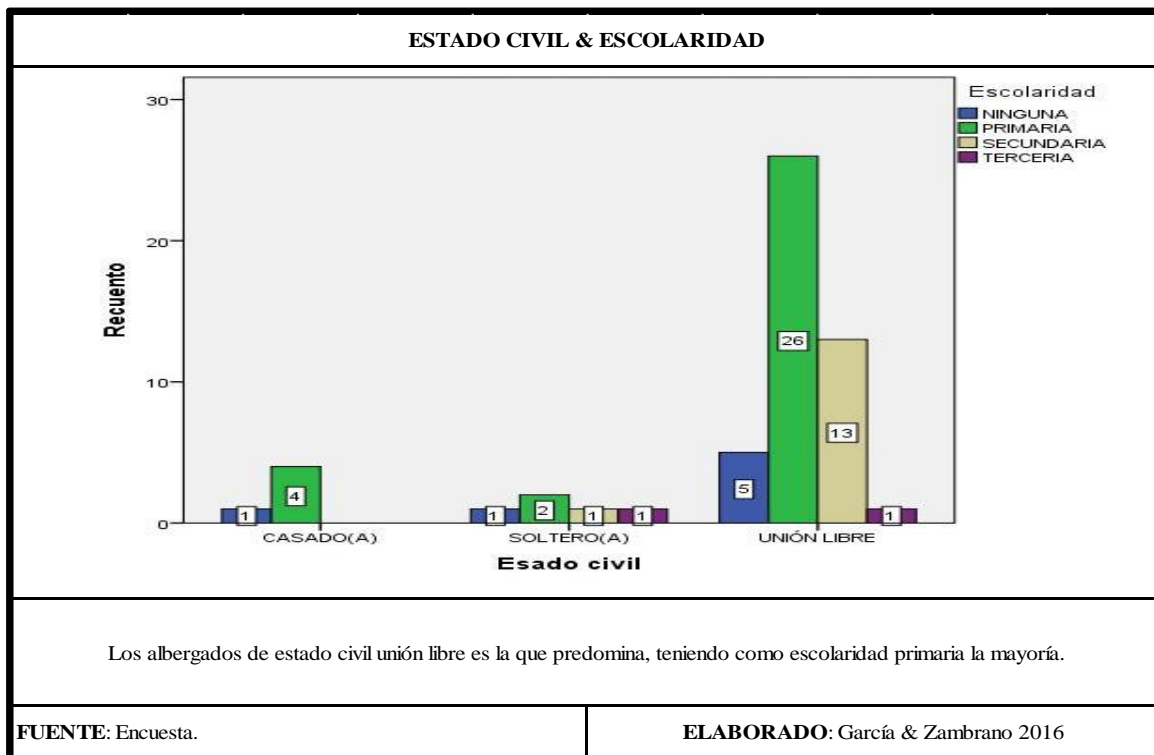
**Tabla y gráfico 23: ESTADO CIVIL \* PROCEDENCIA**



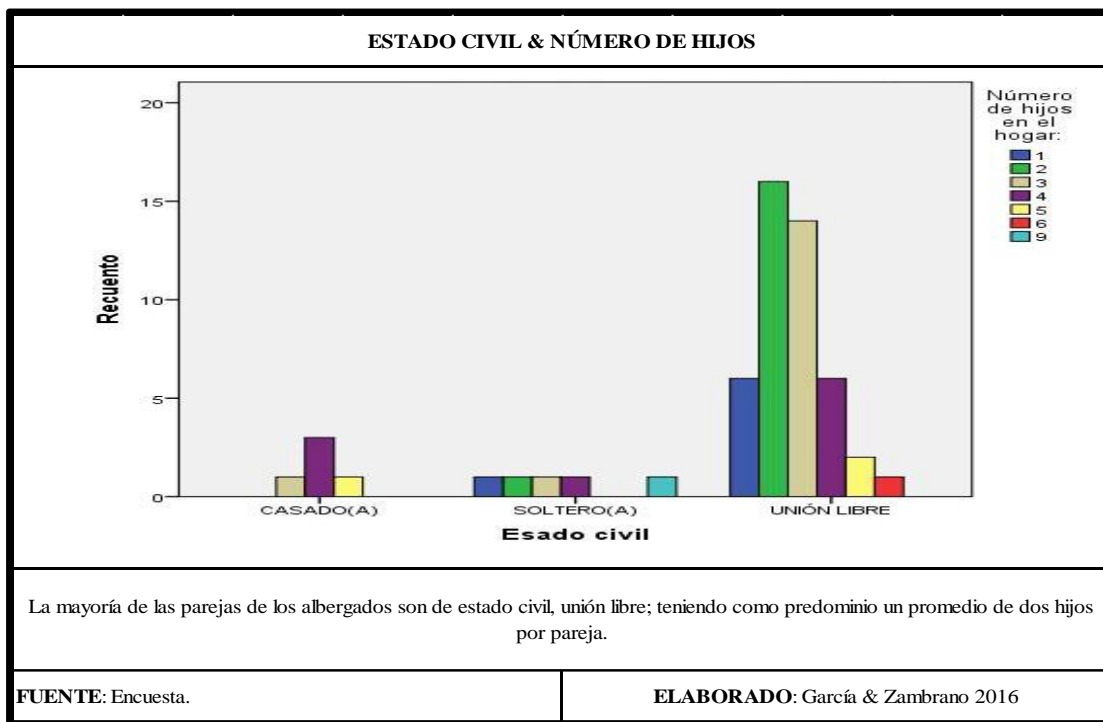
**Tabla y gráfico 24: ESTADO CIVIL \* TRABAJO**



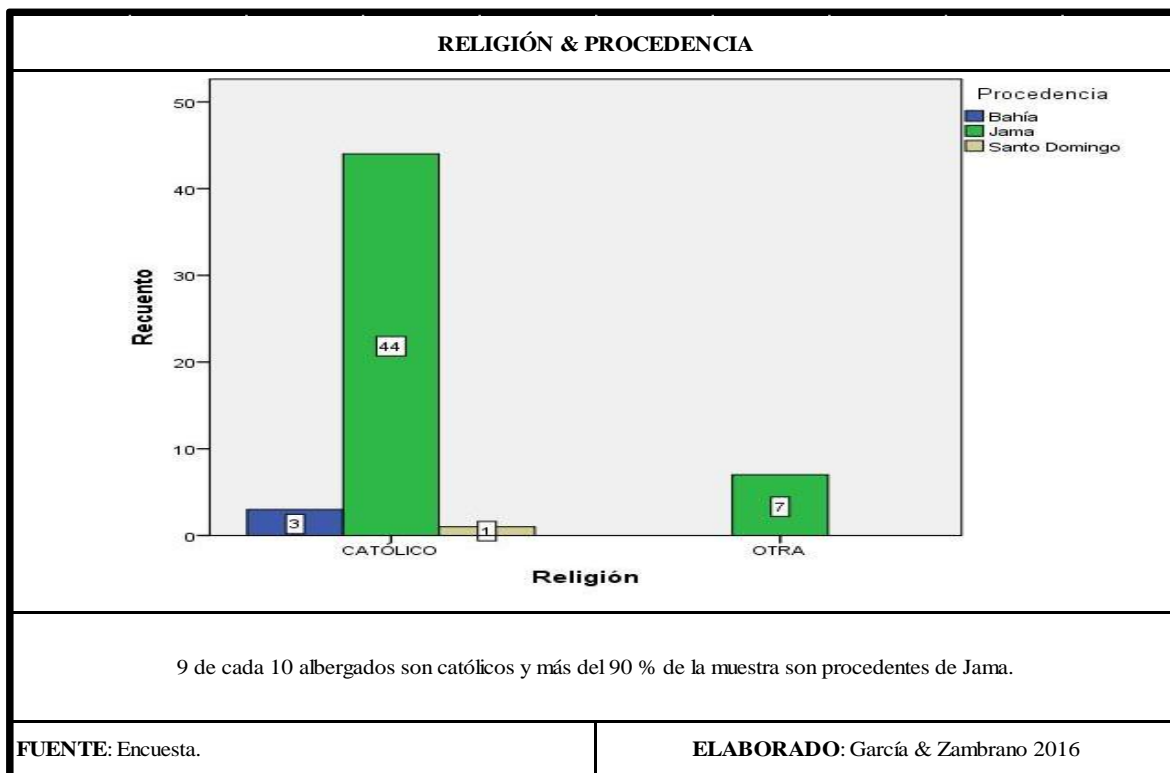
**Tabla y gráfico 25: ESTADO CIVIL \* ESCOLARIDAD**



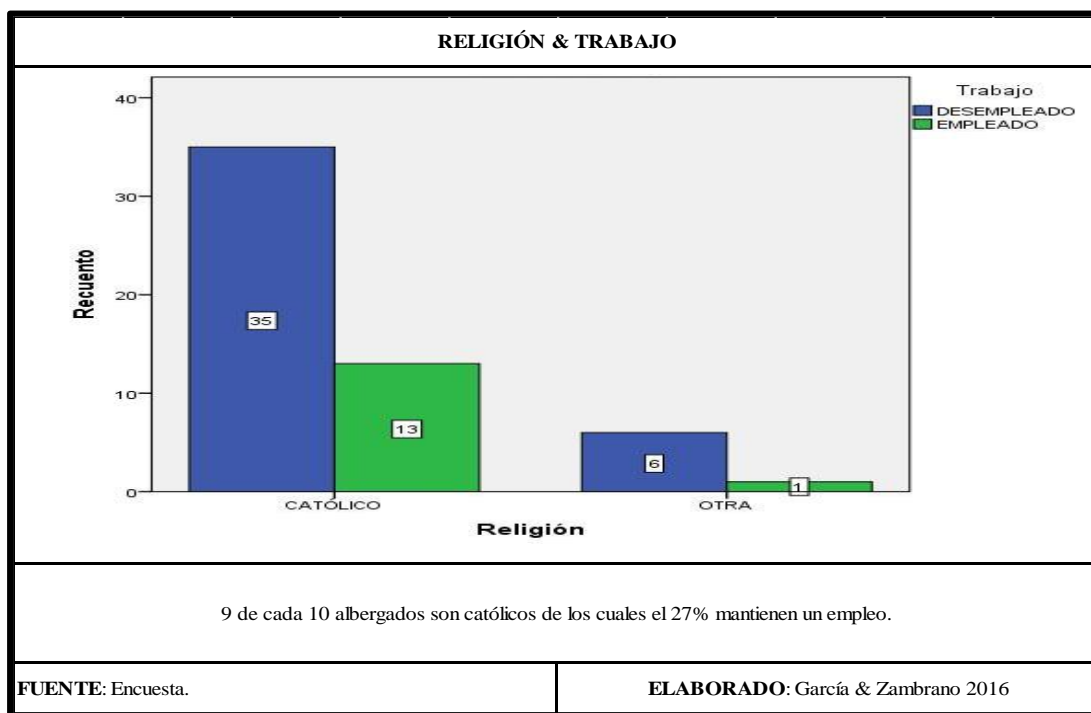
**Tabla y gráfico 26: ESTADO CIVIL \* NÚMERO DE HIJOS**



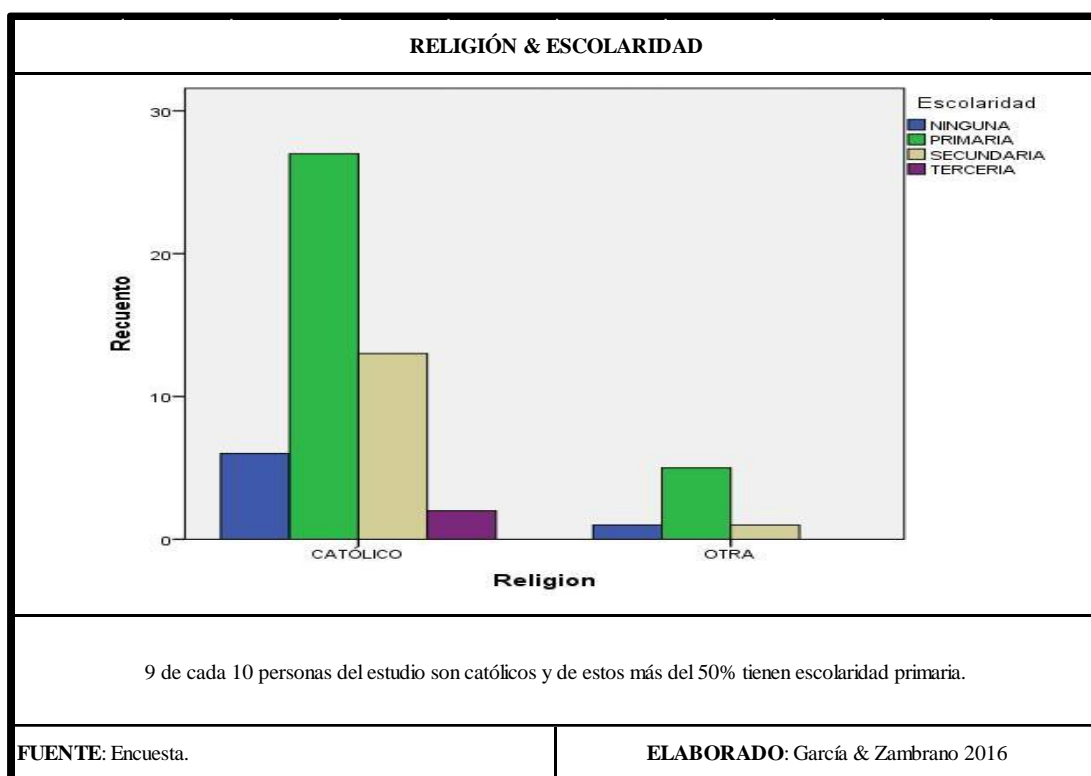
**Tabla y gráfico 27: RELIGIÓN \* PROCEDENCIA**



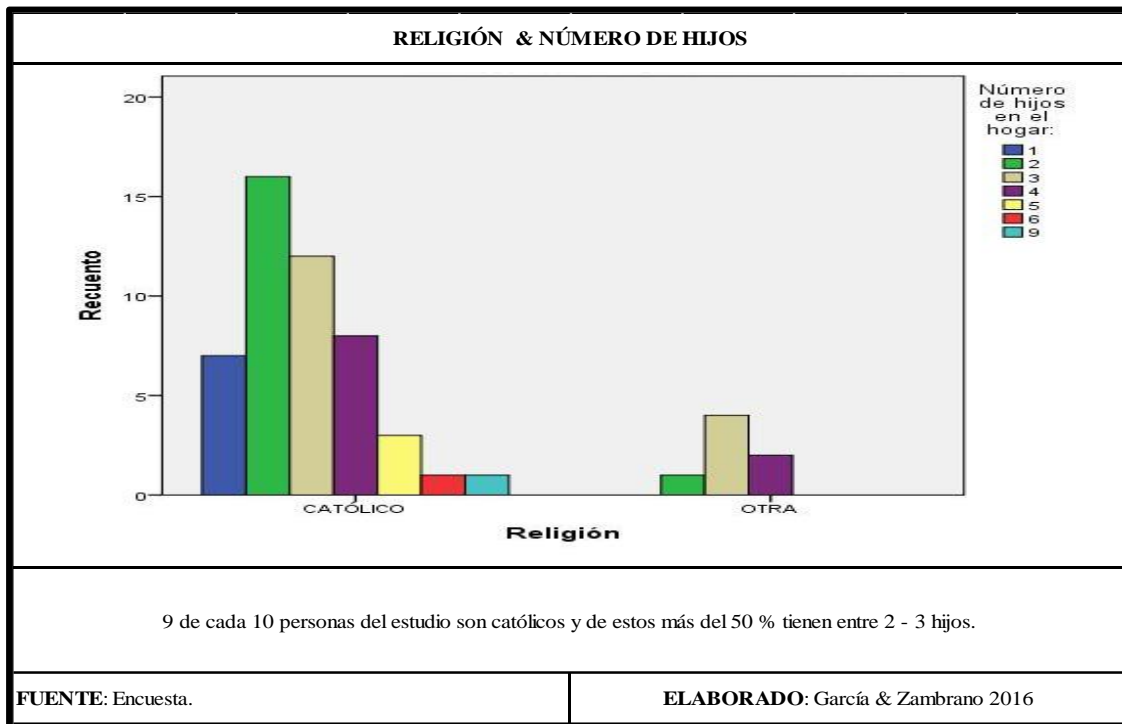
**Tabla y gráfico 28: RELIGIÓN \* TRABAJO**



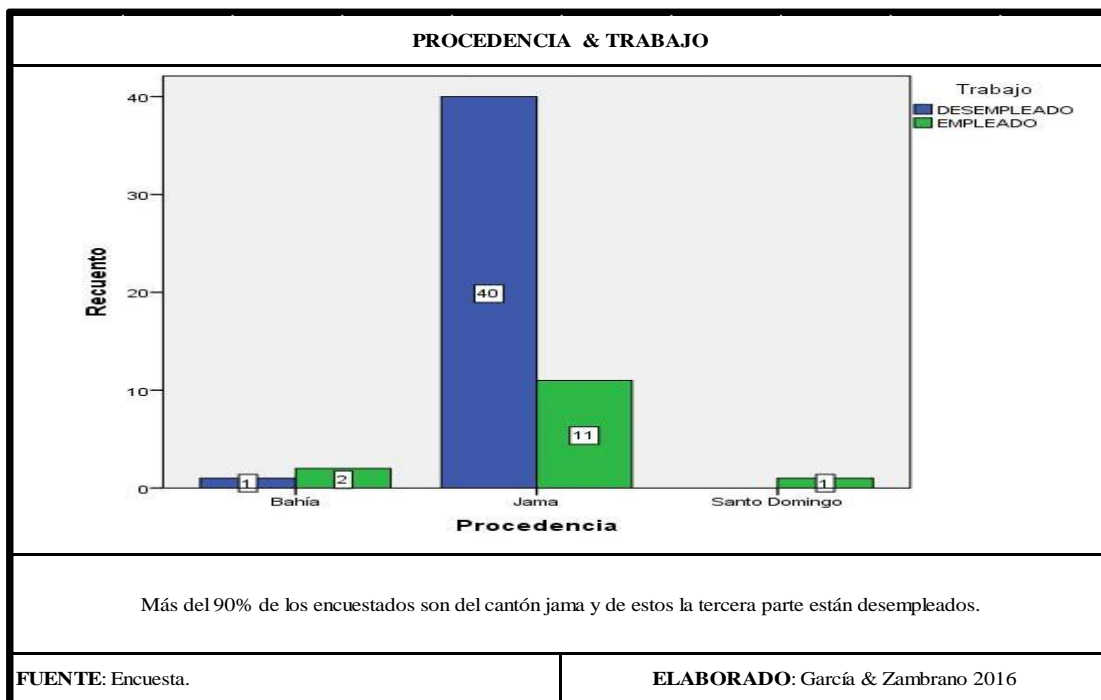
**Tabla y gráfico 29: RELIGIÓN \* ESCOLARIDAD**



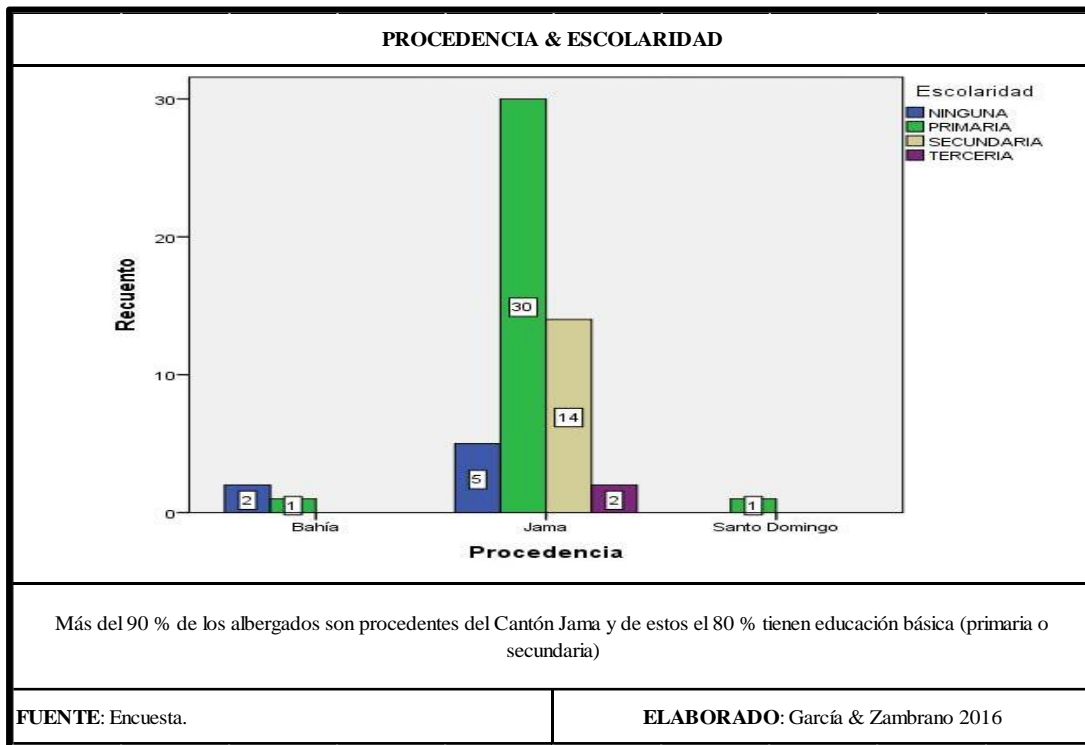
**Tabla y gráfico 30: RELIGIÓN \* NÚMERO DE HIJOS**



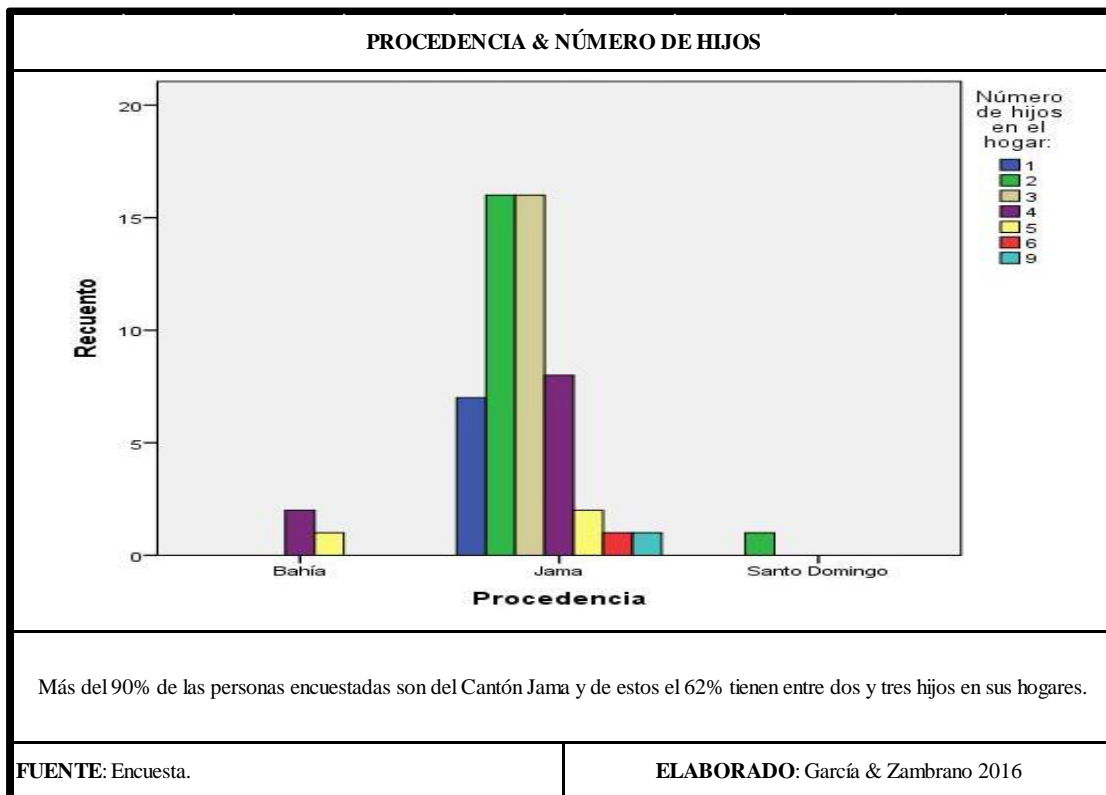
**Tabla y gráfico 31: PROCEDENCIA \* TRABAJO**



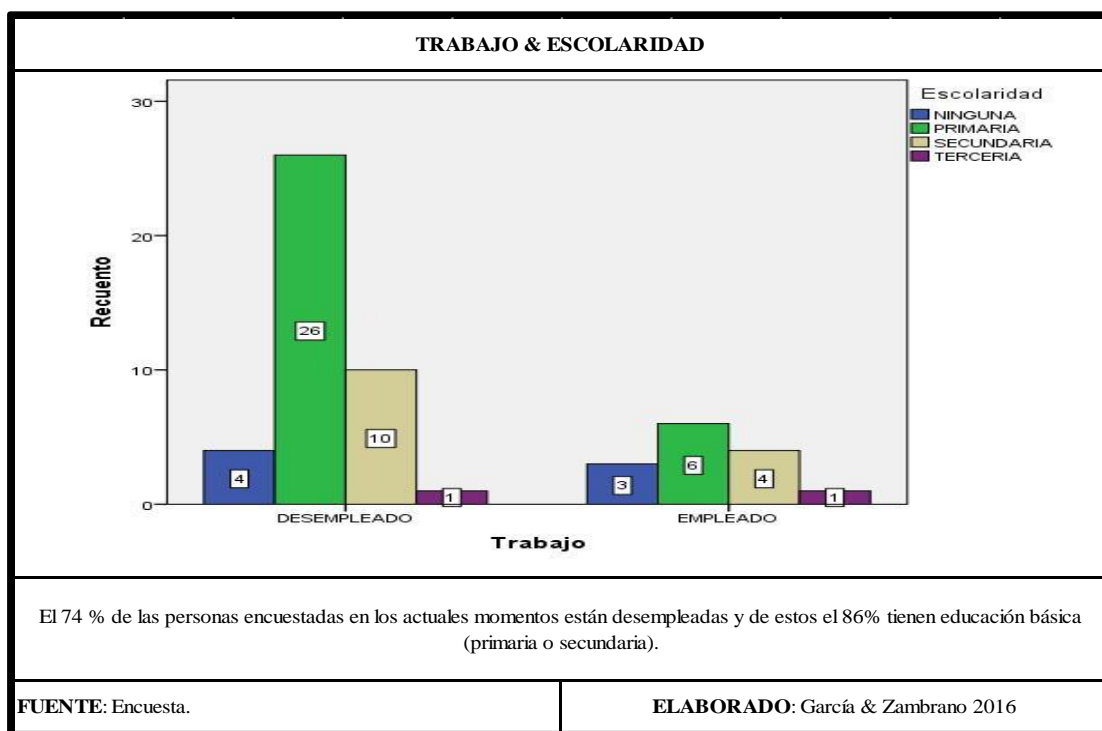
**Tabla y gráfico 32: PROCEDENCIA \* ESCOLARIDAD**



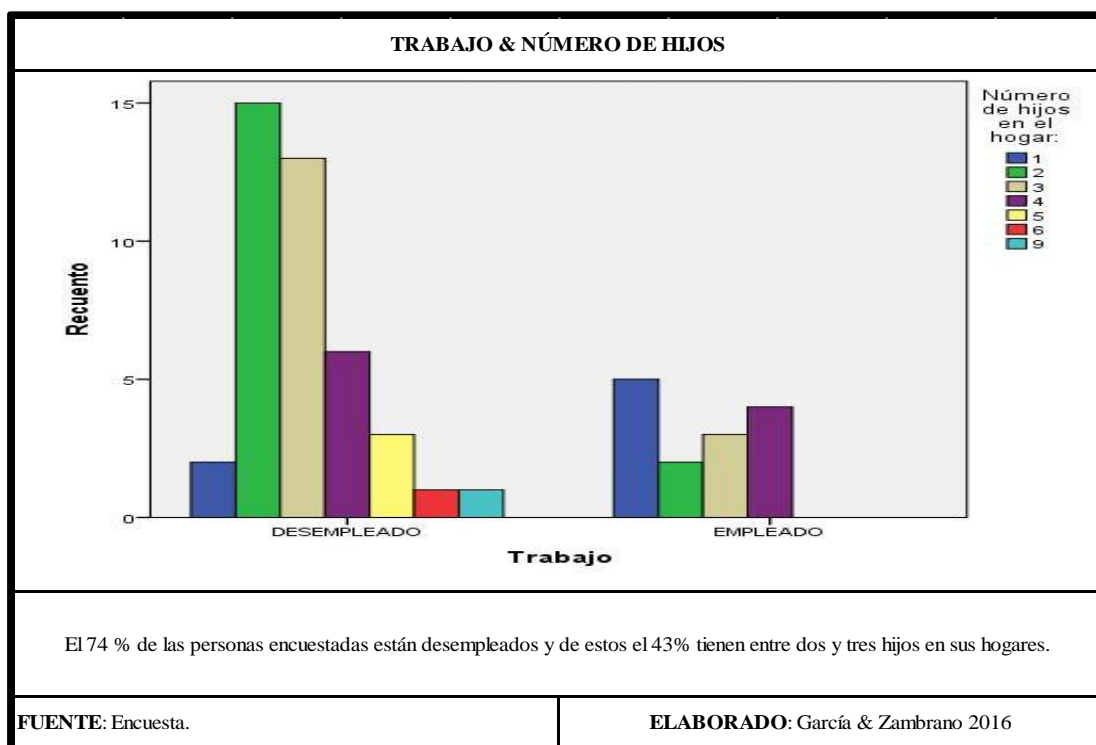
**Tabla y gráfico 33: PROCEDENCIA \* NÚMERO DE HIJOS**



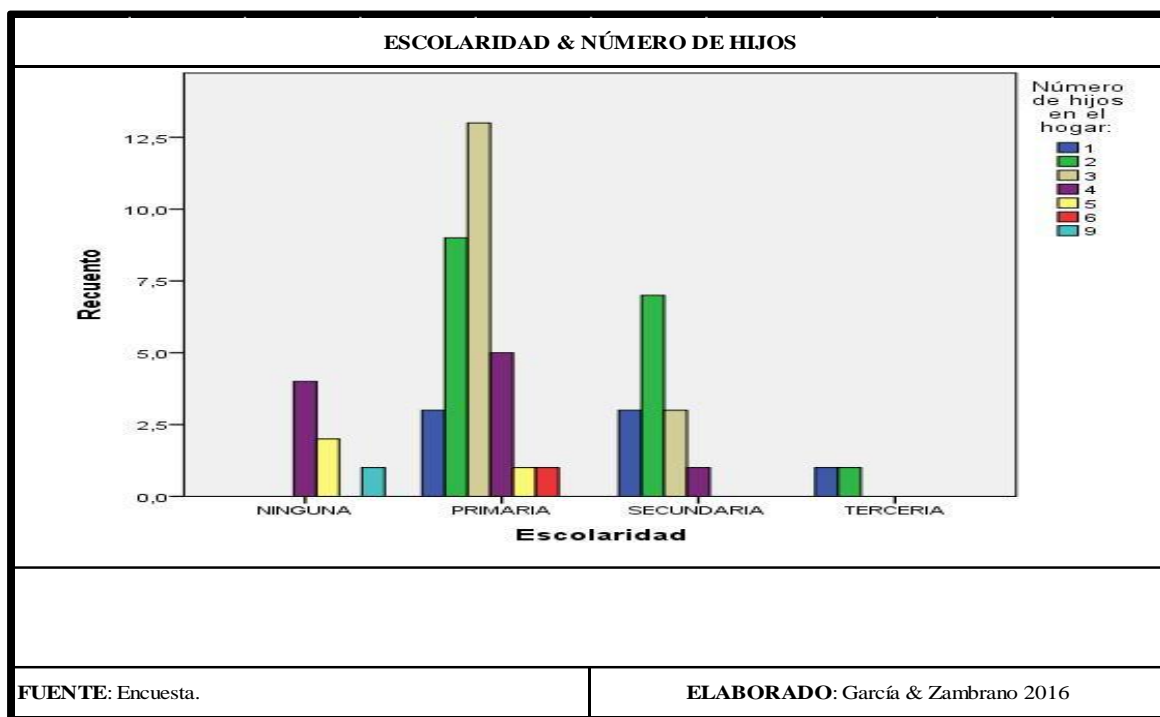
**Tabla y gráfico 34: TRABAJO \* ESCOLARIDAD**



**Tabla y gráfico 35: TRABAJO \* NÚMERO DE HIJOS**



**Tabla y gráfico 36: ESCOLARIDAD \* NÚMERO DE HIJOS**



ANALISIS SOCIAL

**Tabla y gráfico 37: DISTANCIA ENTRE CARPA Y CARPA**

**DISTANCIA ENTRE CARPAS**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Distancia aproximada entre carpa y carpa:	55	100,0%	0	0,0%	55	100,0%

Todas las carpas en los albergues mantienen una distancia de 2 metros entre carpa y carpa.

**FUENTE:** Encuesta. **ELABORADO:** García & Zambrano 2016

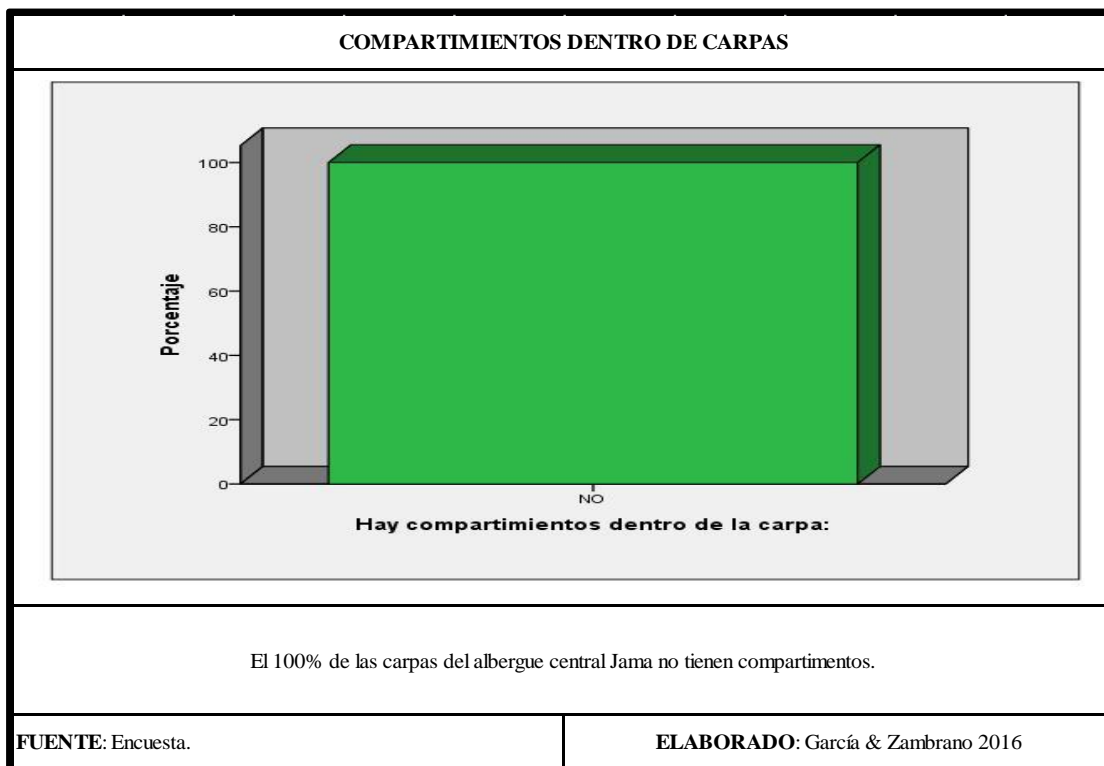
**Tabla y gráfico 38: METROS CUADRADOS DE LA CARPA**

METROS CUADRADOS DE LA CARPA						
	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Cuantos metros cuadrados tienen las carpas:	55	100,0%	0	0,0%	55	100,0%

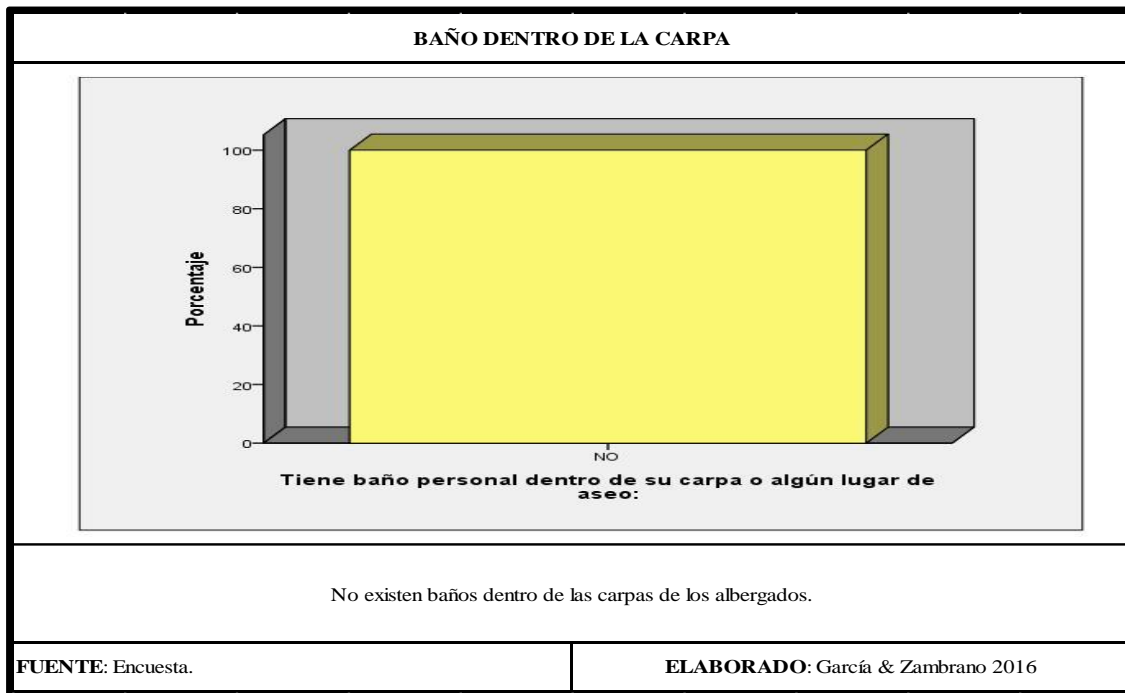
Todas las carpas del Albergue central Jama tienen una dimensión de 4 M<sup>2</sup>.

**FUENTE:** Encuesta. **ELABORADO:** García & Zambrano 2016

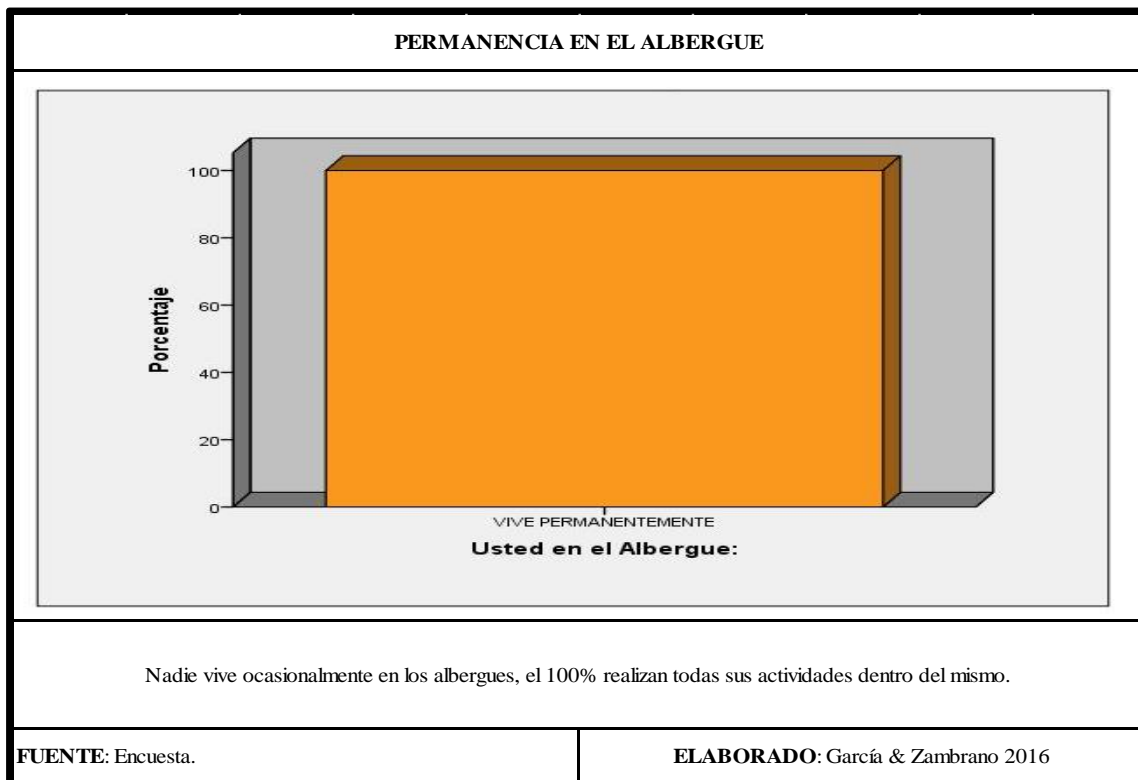
**Tabla y gráfico 39: COMPARTIMIENTO DENTRO DE CARPAS**



**Tabla y gráfico 40: BAÑO DENTRO DE LA CARPA**



**Tabla y gráfico 41: PERMANENCIA EN EL ALBERGUE**



**ANÁLISIS BIVARIADO**

El análisis bivariado nos ayudará a realizar la comprobación de la hipótesis y llegar a los resultados, revisando el OR y cola de P de causa versus efectos en las tablas 2x2, lo cual nos dará como conclusión la significancia de éste estudio.

**Tabla 1: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* EDAD**

Alteración del deseo Sexual				Tabla simple de Analysis							
		si	no	%	Parámetros basados en Odds- y Riesgo			Tests estadísticos			
					Estimar	Inferior	Superior	X2	2 Tailed P		
Edad	Mayor de 35	7 36,84 % 36,84 %	12 63,16 % 33,33 %	19 100,00 % 34,55 %	Odds ratio	1,1667	0,3652	3,7273	No corregido	0,0677	0,7946960132
	Menor de 35	12 33,33 % 63,16 %	24 66,67 % 66,67 %	36 100,00 % 65,45 %	Odds ratio EMV (Mid-P)	1,1634	0,3479	3,7805	Mantel-Haenszel	0,0665	0,7965296009
		19 34,55 % 100,00 %	36 65,45 % 100,00 %	55 100,00 % 100,00 %	Exacto de Fisher		0,3042	4,2764	Corregido	0,0014	0,9697288359
					Razón de riesgos	1,1053	0,5229	2,3360			
					Diferencia de riesgos	3,5088	-23,0921	30,1096			
								1 Tailed P	2 Tailed P		
					Mid-P exacto			0,3987796284			
					Exacto de Fisher			0,5111724823		1,0000000000	

**Ser mayor de 35 años, es un factor de riesgo que no se relaciona con alteración del deseo sexual.**

FUENTE: Encuesta ELABORADO: García & Zambrano 2016

**Tabla 2: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* SEXO**

Alteración del deseo Sexual				Tabla simple de Analysis							
		si	no	%	Parámetros basados en Odds- y Riesgo			Tests estadísticos			
					Estimar	Inferior	Superior	X2	2 Tailed P		
Sexo	MUJER	20 60,61 % 95,24 %	13 39,39 % 34,21 %	33 100,00 % 55,93 %	Odds ratio	38,4615	4,6292	319,5563	No corregido	20,4371	0,0000061623
	HOMBRE	1 3,85 % 4,76 %	25 96,15 % 65,79 %	26 100,00 % 44,07 %	Odds ratio EMV (Mid-P)	36,1168	5,6798	833,5220	Mantel-Haenszel	20,0907	0,0000073854
		21 35,59 % 100,00 %	38 64,41 % 100,00 %	59 100,00 % 100,00 %	Exacto de Fisher		4,7690	1655,7740	Corregido	18,0362	0,0000216749
					Razón de riesgos	15,7576	2,2610	109,8202			
					Diferencia de riesgos	56,7599	38,5232	74,9966			
								1 Tailed P	2 Tailed P		
					Mid-P exacto			0,0000015041			
					Exacto de Fisher			0,0000029398		0,0000046505	

**El ser mujer es un factor de riesgo que tiene relación significativa para presentar alteración del deseo sexual.**

FUENTE: Encuesta ELABORADO: García & Zambrano 2016

**Tabla 3: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* ESTADO CIVIL**

Alteración del deseo Sexual				Tabla simple de Analysis					
Estado civil	si		no		Parámetros basados en Odds- y Riesgo			Tests estadísticos	
	Estimar	Inferior	Superior	Estimar	Inferior	Superior	X2	2 Tailed P	
Con pareja	15 30,00 % 78,95 %	35 70,00 % 97,22 %	50 100,00 % 90,91 %				No corregido	5,0256	0,0249754903
Sin pareja	4 80,00 % 21,05 %	1 20,00 % 2,78 %	5 100,00 % 9,09 %				Corregido	3,0576	0,0803619757
	19 34,55 % 100,00 %	36 65,45 % 100,00 %	55 100,00 % 100,00 %				1 Tailed P		2 Tailed P
							Mid-P exacto	0,0233979857	
							Exacto de Fisher	0,0434534019	0,0434534019
<b>Tener pareja no es factor de riesgo para presentar alteración del deseo sexual.</b>									
FUENTE: Encuesta					ELABORADO: García & Zambrano 2016				

**Tabla 4: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* RELIGIÓN**

Alteración del deseo Sexual				Tabla simple de Analysis					
Religión	si		no		Parámetros basados en Odds- y Riesgo			Tests estadísticos	
	Estimar	Inferior	Superior	Estimar	Inferior	Superior	X2	2 Tailed P	
CATÓLICO	16 33,33 % 84,21 %	32 66,67 % 88,89 %	48 100,00 % 87,27 %				No corregido	0,2451	0,6205772428
OTRA	3 42,86 % 15,79 %	4 57,14 % 11,11 %	7 100,00 % 12,73 %				Corregido	0,0048	0,9445009472
	19 34,55 % 100,00 %	36 65,45 % 100,00 %	55 100,00 % 100,00 %				1 Tailed P		2 Tailed P
							Mid-P exacto	0,3181767918	
							Exacto de Fisher	0,4588153984	0,6823222061
<b>ser católico no es factor de riesgo, ni se relaciona con la presentación de alteración del deseo sexual.</b>									
FUENTE: Encuesta					ELABORADO: García & Zambrano 2016				

**Tabla 5: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* TRABAJO**

Alteración del deseo Sexual				Tabla simple de Analysis			
		si	no	%	↓	↑	
Trabajo	DESEMPLEADO	18	23	41			
		43,90 % 94,74 %	56,10 % 63,89 %	100,00 % 74,55 %			
	EMPLEADO	1	13	14			
		7,14 % 5,26 %	92,86 % 36,11 %	100,00 % 25,45 %			
		19	36	55			
		34,55 % 100,00 %	65,45 % 100,00 %	100,00 % 100,00 %			

Parámetros basados en Odds- y Riesgo			Tests estadísticos		
	Estimar	Inferior	Superior	X2	2 Tailed P
Odds ratio	10,1739	1,2145	85,2238	No corregido	6,2368 0,0125124597
Odds ratio EMV (Mid-P)	9,8440	1,5037	229,4372	Mantel-Haenszel	6,1234 0,0133406052
Exacto de Fisher		1,2530	455,8955	Corregido	4,7170 0,0298656249
Razón de riesgos	6,1463	0,9010	41,9297		
Diferencia de riesgos	36,7596	16,4431	57,0761		
				1 Tailed P	2 Tailed P
				Mid-P exacto	0,0059144387
				Exacto de Fisher	0,0109568768 0,0203376559

En las personas que no tienen trabajo se incrementa 10 veces mas el riesgo de presentar alteración del deseo sexual, que en las que si tienen empleo.

FUENTE: Encuesta ELABORADO: García & Zambrano 2016

**Tabla 6: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* ESCOLARIDAD**

Alteración del deseo Sexual				Tabla simple de Analysis			
		si	no	%	↓	↑	
Escolaridad <sup>1</sup>	Sin escolaridad y básica	13	26	39			
		33,33 % 68,42 %	66,67 % 72,22 %	100,00 % 70,91 %			
	Secundaria y más	6	10	16			
		37,50 % 31,58 %	62,50 % 27,78 %	100,00 % 29,09 %			
		19	36	55			
		34,55 % 100,00 %	65,45 % 100,00 %	100,00 % 100,00 %			

Parámetros basados en Odds- y Riesgo			Tests estadísticos		
	Estimar	Inferior	Superior	X2	2 Tailed P
Odds ratio	0,8333	0,2481	2,7987	No corregido	0,0871 0,7678836773
Odds ratio EMV (Mid-P)	0,8361	0,2449	2,9802	Mantel-Haenszel	0,0855 0,7699434813
Exacto de Fisher		0,2149	3,4531	Corregido	0,0003 0,9864146343
Razón de riesgos	0,8889	0,4104	1,9251		
Diferencia de riesgos	-4,1667	-32,1243	23,7910		
				1 Tailed P	2 Tailed P
				Mid-P exacto	0,3852824931
				Exacto de Fisher	0,5011946165 0,7651650488

Tener baja escolaridad no es un factor importante para presentar alteración del deseo sexual.

FUENTE: Encuesta ELABORADO: García & Zambrano 2016

**Tabla 7: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* NÚMERO DE HIJOS**

Alteración del deseo Sexual				Tabla simple de Analysis					
Número de hijos1	Alteración del deseo Sexual		Total	Parámetros basados en Odds- y Riesgo			Tests estadísticos		
	si	no		Estimar	Inferior	Superior	X2	2 Tailed P	
Más de 3	6 40,00 % 31,58 %	9 60,00 % 25,00 %	15 100,00 % 27,27 %				No corregido	0,2714	0,6024064997
Menos de 3	13 32,50 % 68,42 %	27 67,50 % 75,00 %	40 100,00 % 72,73 %				Mantel-Haenszel	0,2664	0,6057249255
	19 34,55 % 100,00 %	36 65,45 % 100,00 %	55 100,00 % 100,00 %				Corregido	0,0410	0,8394563407
								1 Tailed P	2 Tailed P
								Mid-P exacto	0,3069344838
								Exacto de Fisher	0,4142605240
									0,7516168785

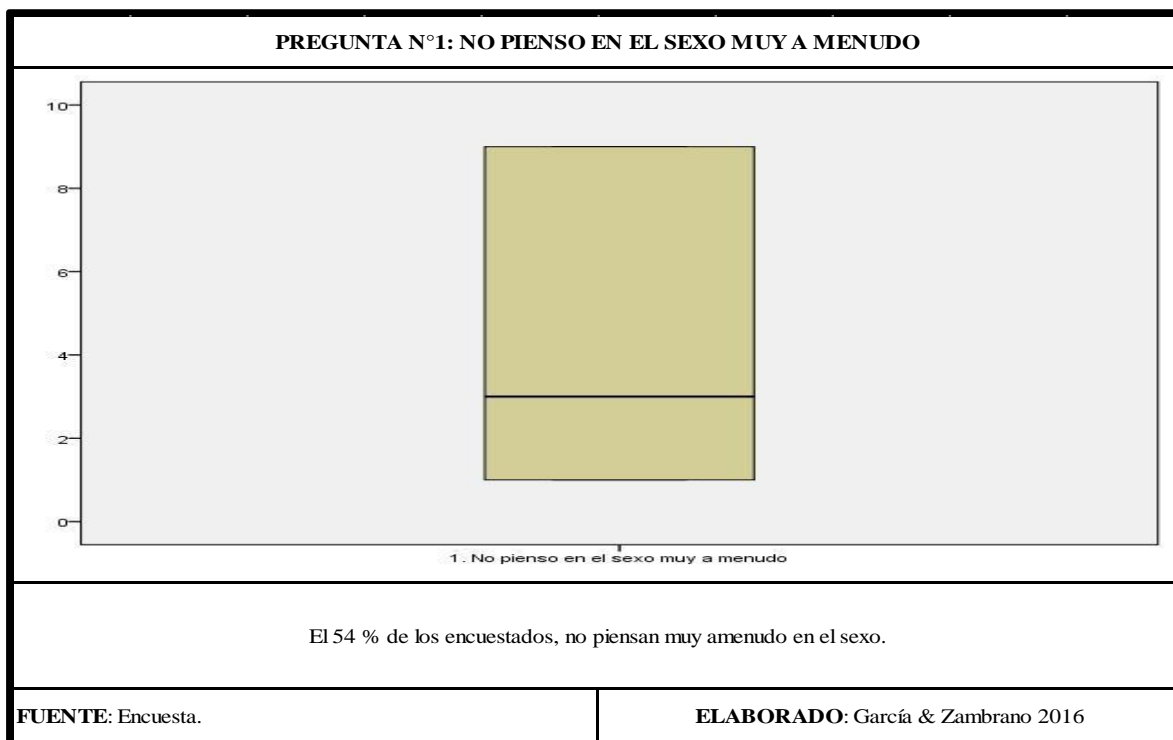
**Tener mas de 3 hijos no incrementa el riesgo de presentar alteración del deseo sexual.**

FUENTE: Encuesta

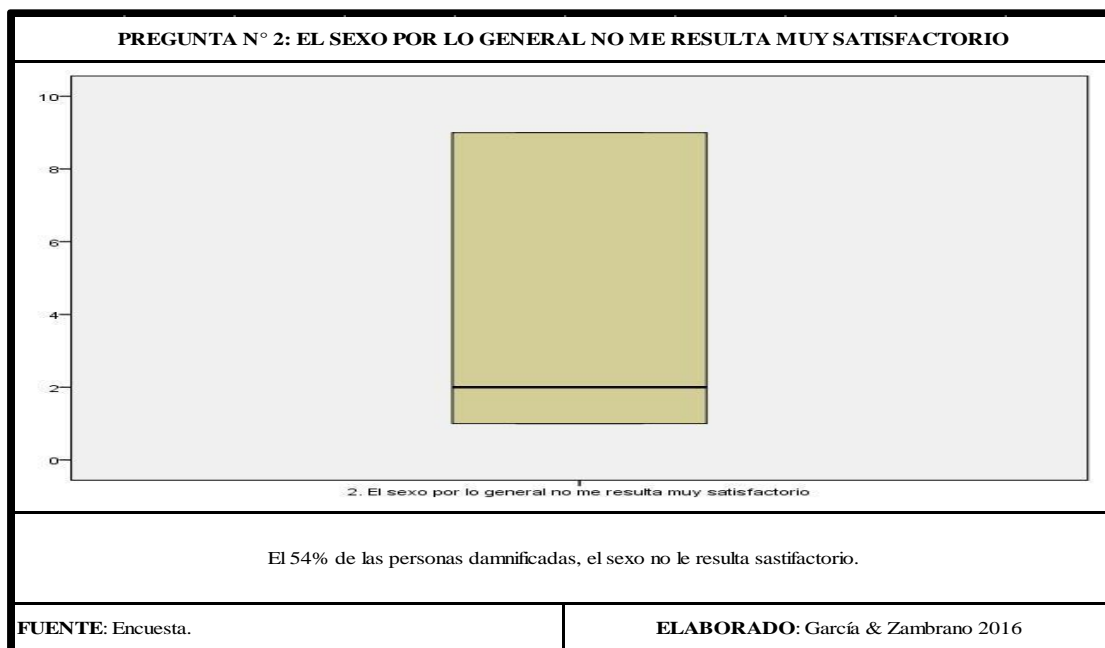
ELABORADO: García & Zambrano 2016

TEST DEL DESEO SEXUAL

**Tabla y gráfico 42: NO PIENSO EN EL SEXO MUY AMENUDO**



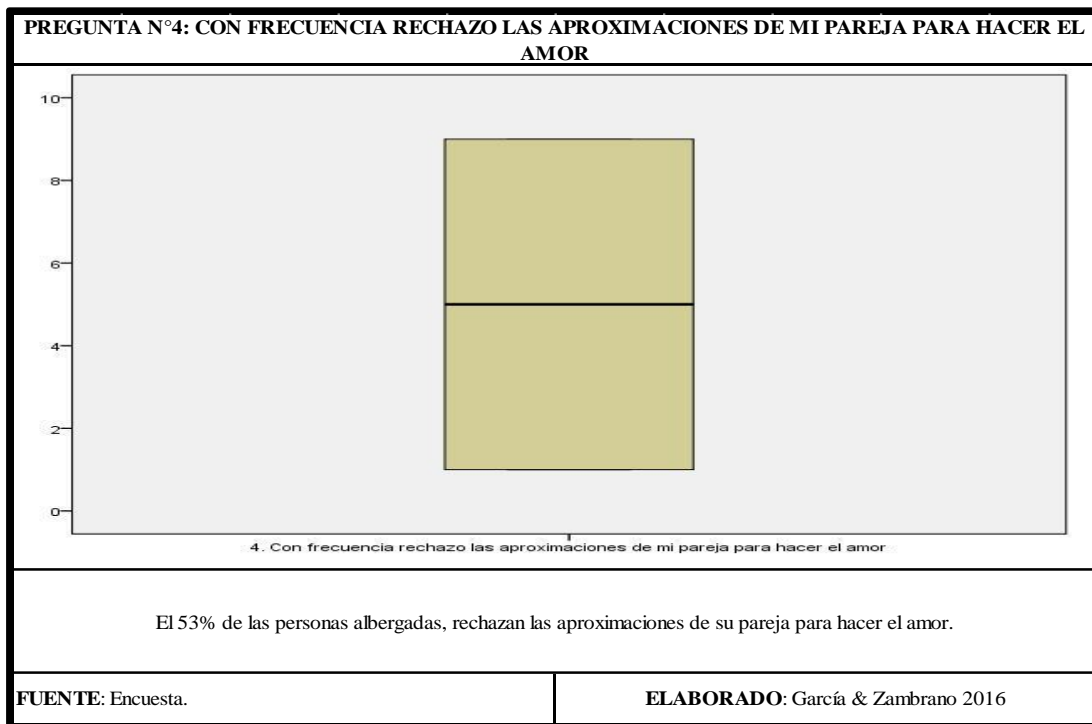
**Tabla y gráfico 43: EL SEXO POR LO GENERAL NO ME RESULTA MUY SASTIFACTORIO**



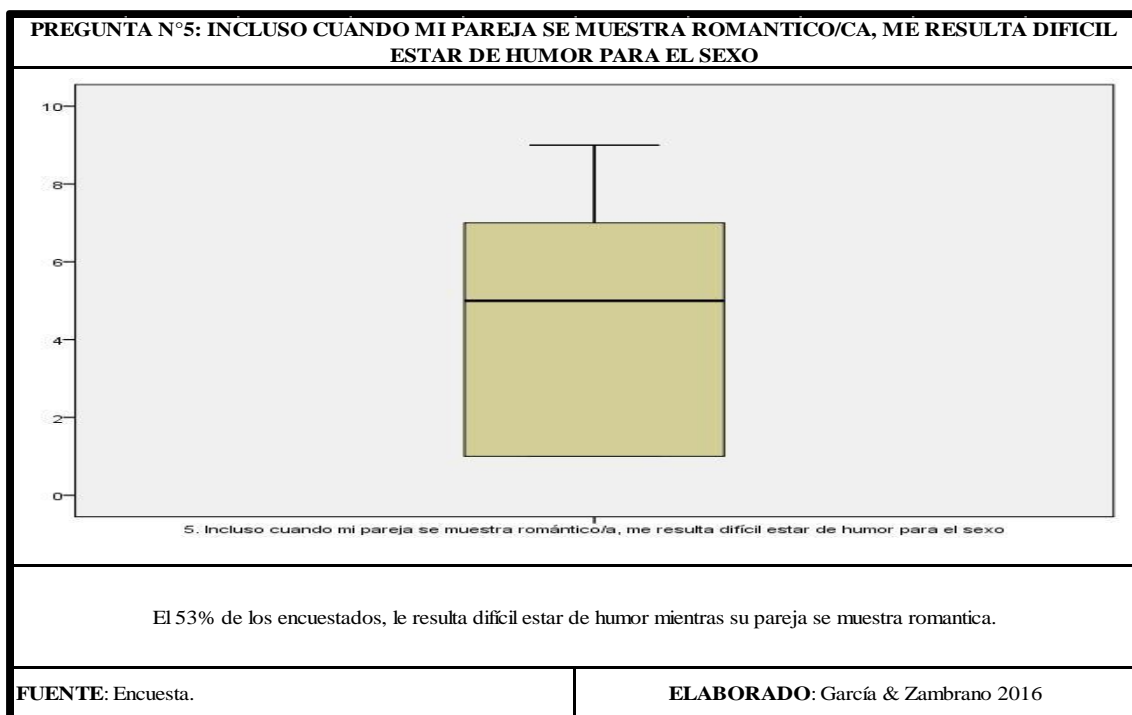
**Tabla y gráfico 44: NUNCA INICIO LAS RELACIONES SEXUALES**



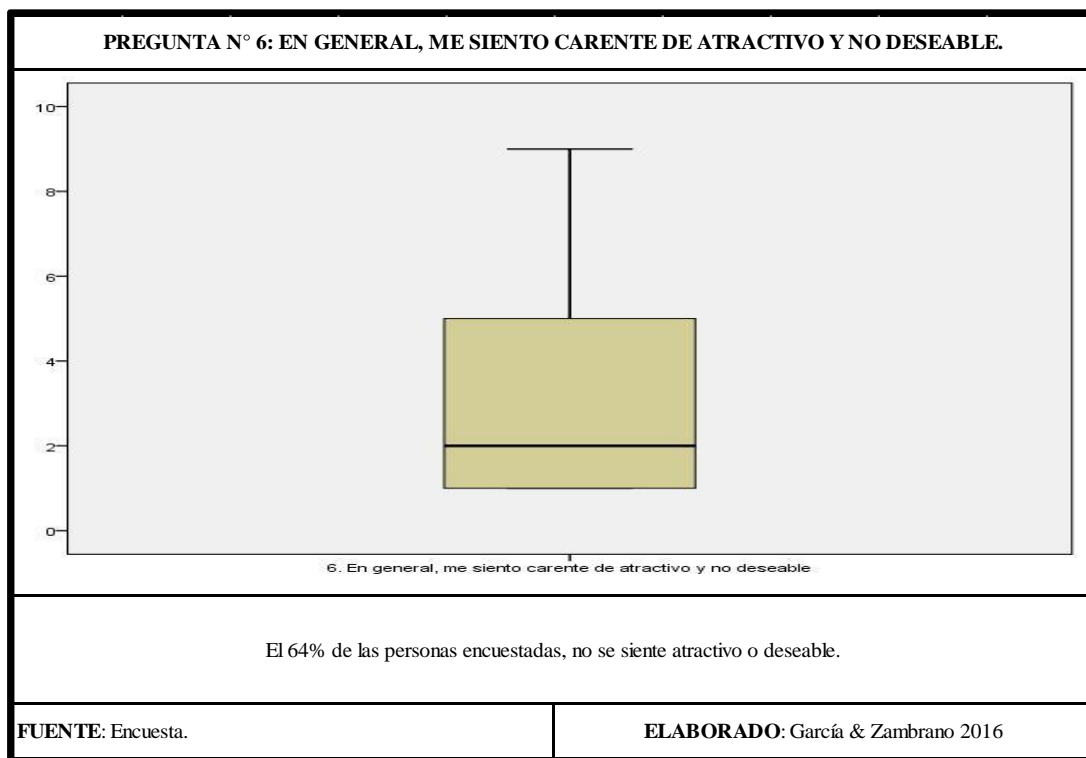
**Tabla y gráfico 45: CON FRECUENCIA RECHAZO LAS APROXIMACIONES DE MI PAREJA PARA HACER EL AMOR**



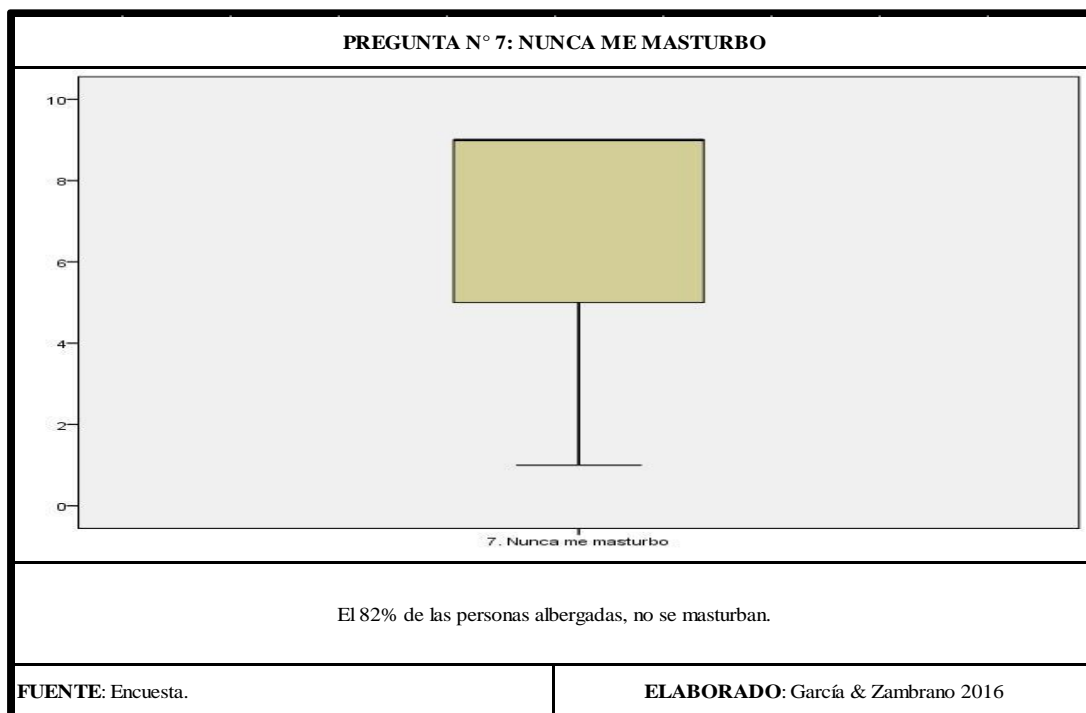
**Tabla y gráfico 46: INCLUSO CUANDO MI PAREJA SE MUESTRA ROMANTICA/O, ME RESULTA DIFÍCIL ESTAR DE HUMOR PARA EL SEXO**



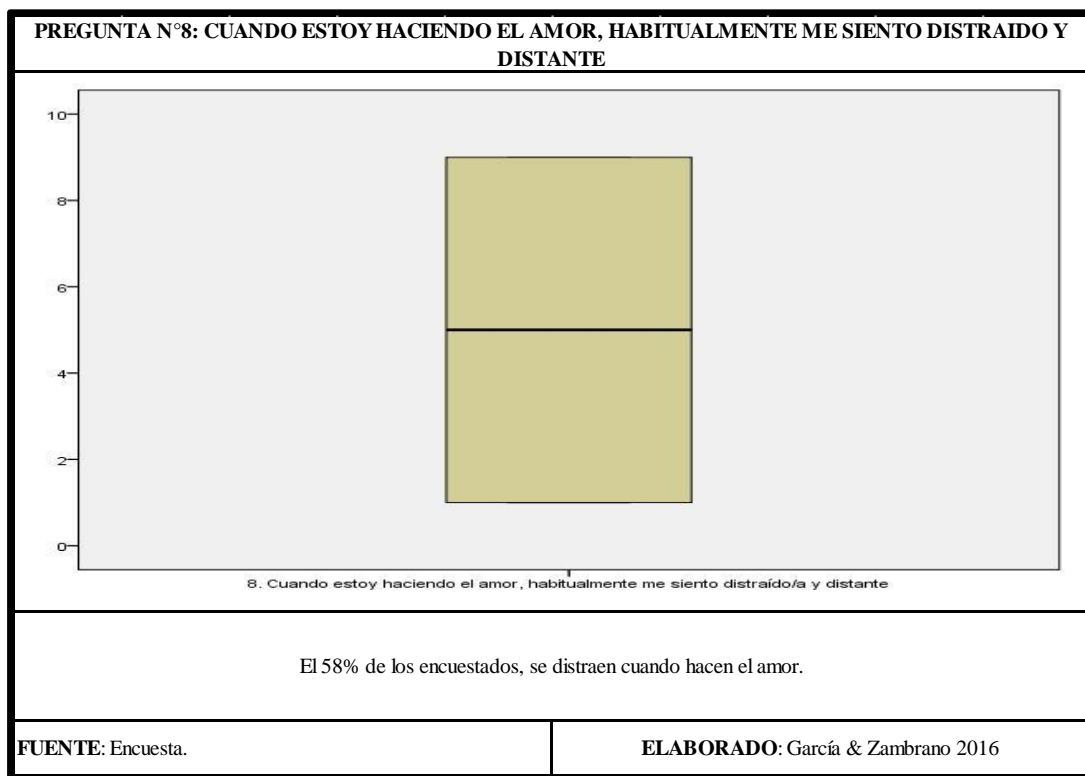
**Tabla y gráfico 47: EN GENERAL, ME SIENTO CARENTE DE ATRACTIVO Y NO DESEABLE**



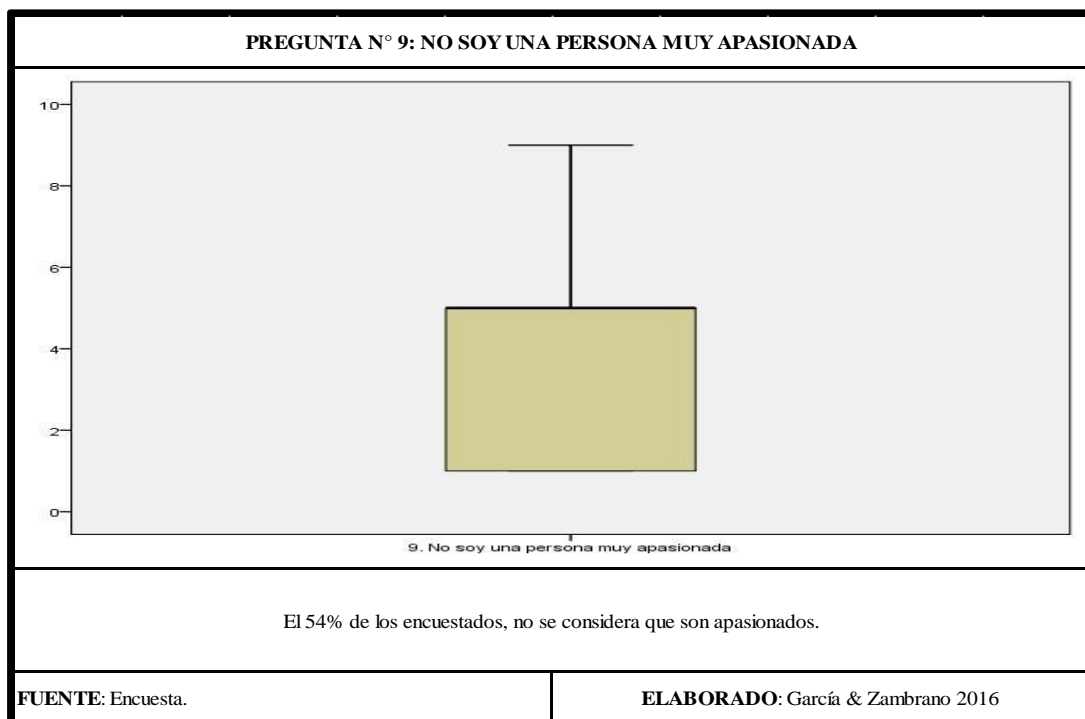
**Tabla y gráfico 48: NUNCA ME MASTURBO**



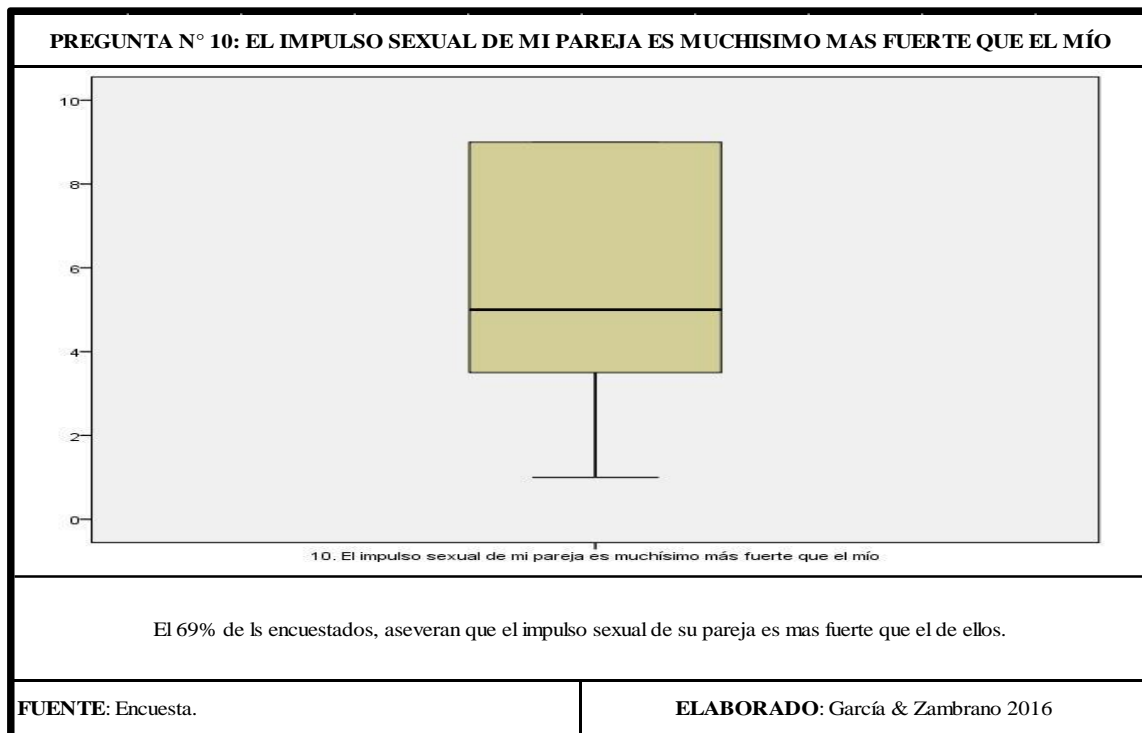
**Tabla y gráfico 49: CUANDO ESTOY HACIENDO EL AMOR, HABITUALMENTE ME SIENTO DISTRAIDO Y DISTANTE**



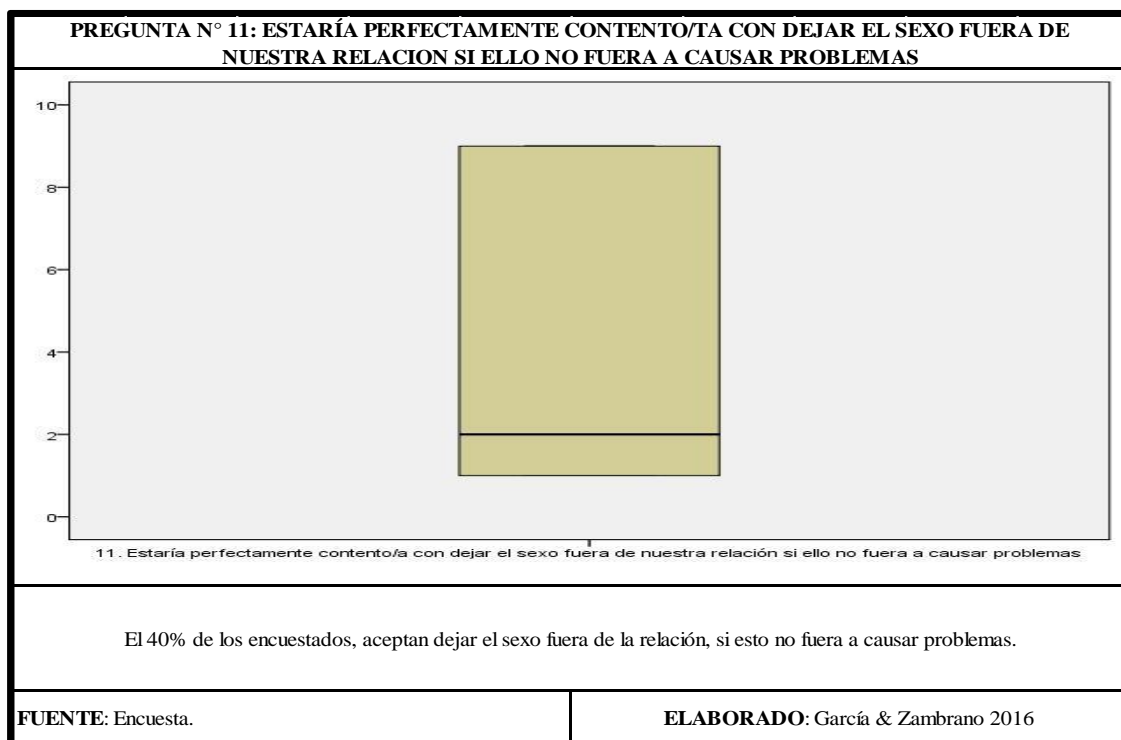
**Tabla y gráfico 50: NO SOY UNA PERSONA MUY APASIONADA**



**Tabla y gráfico 51: EL IMPULSO SEXUAL DE MI PAREJA ES MUCHÍSIMO MÁS FUERTE QUE EL MÍO**



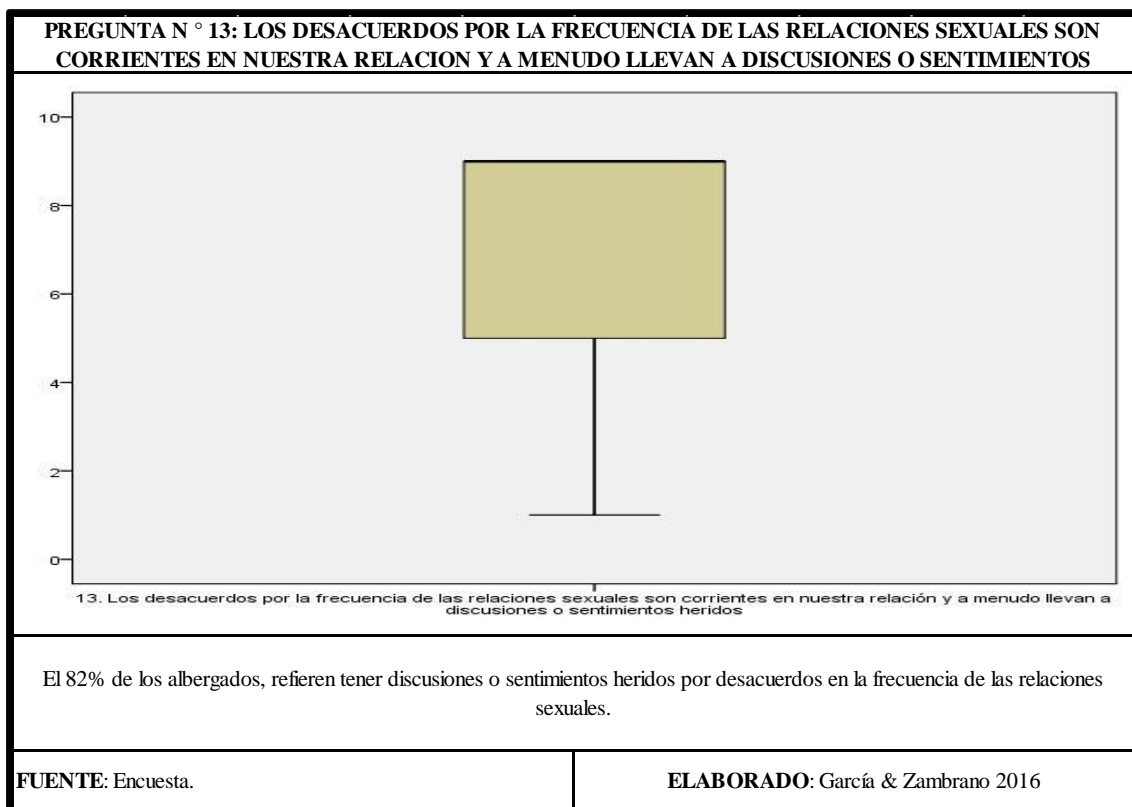
**Tabla y gráfico 52: ESTARÍA PERFECTAMENTE CONTENTO/A CON DEJAR EL SEXO FUERA DE NUESTRA RELACIÓN SI ELLO NO FUERA A CAUSAR PROBLEMAS**



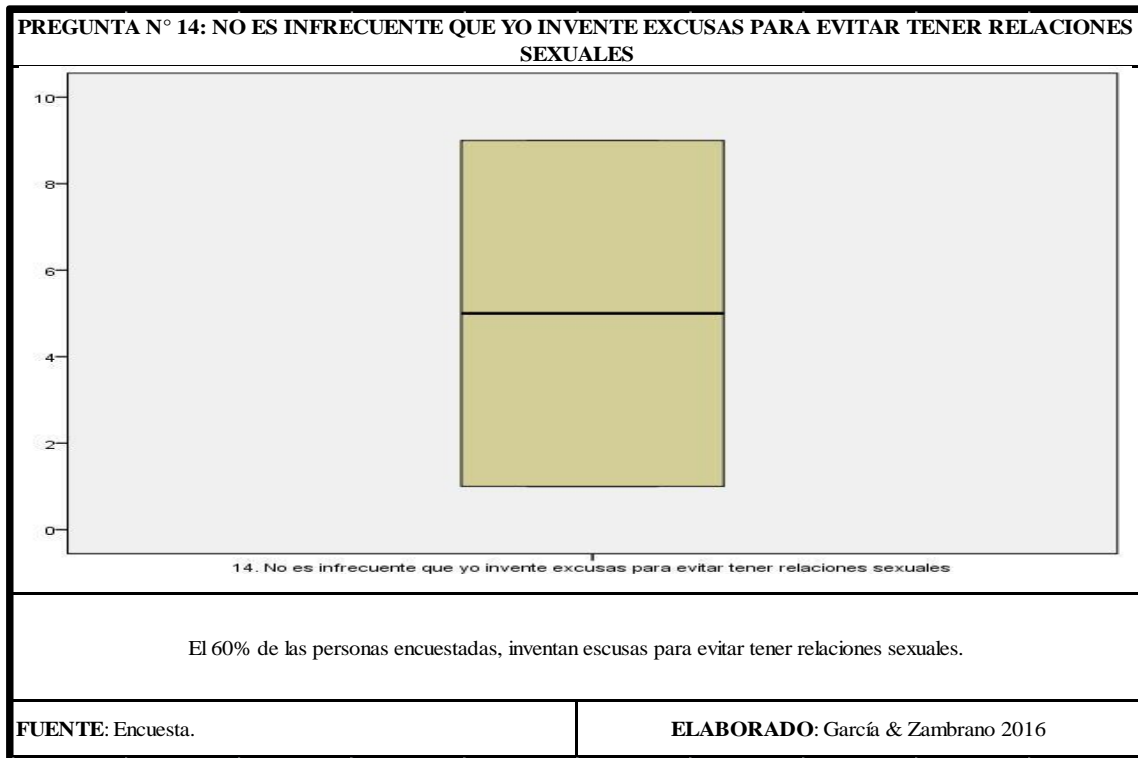
**Tabla y gráfico 53: NUNCA TENGO FANTASÍAS SEXUALES**



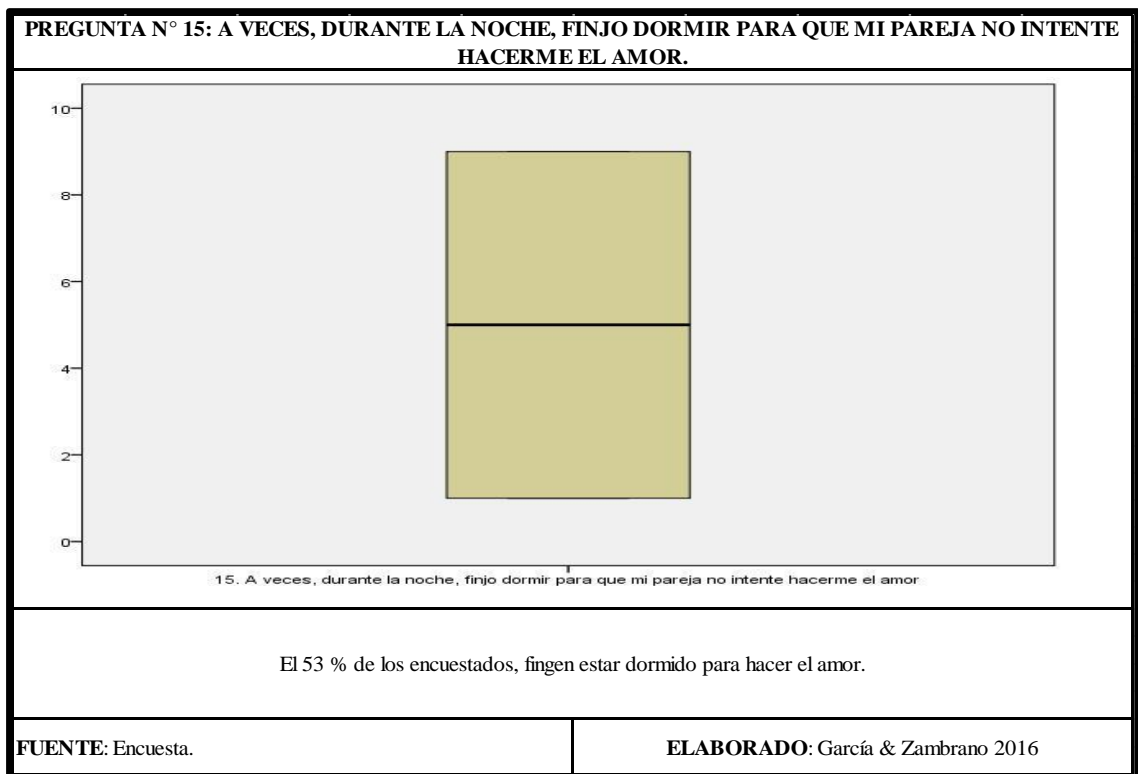
**Tabla y gráfico 54: LOS DESACUERDOS POR LA FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES SON CORRIENTES EN NUESTRA RELACIÓN Y A MENUDO LLEVAN A DISCUSIONES O SENTIMIENTOS HERIDOS**



**Tabla y gráfico 55: NO ES INFRECIENTE QUE YO INVENTE EXCUSAS PARA EVITAR TENER RELACIONES SEXUALES**

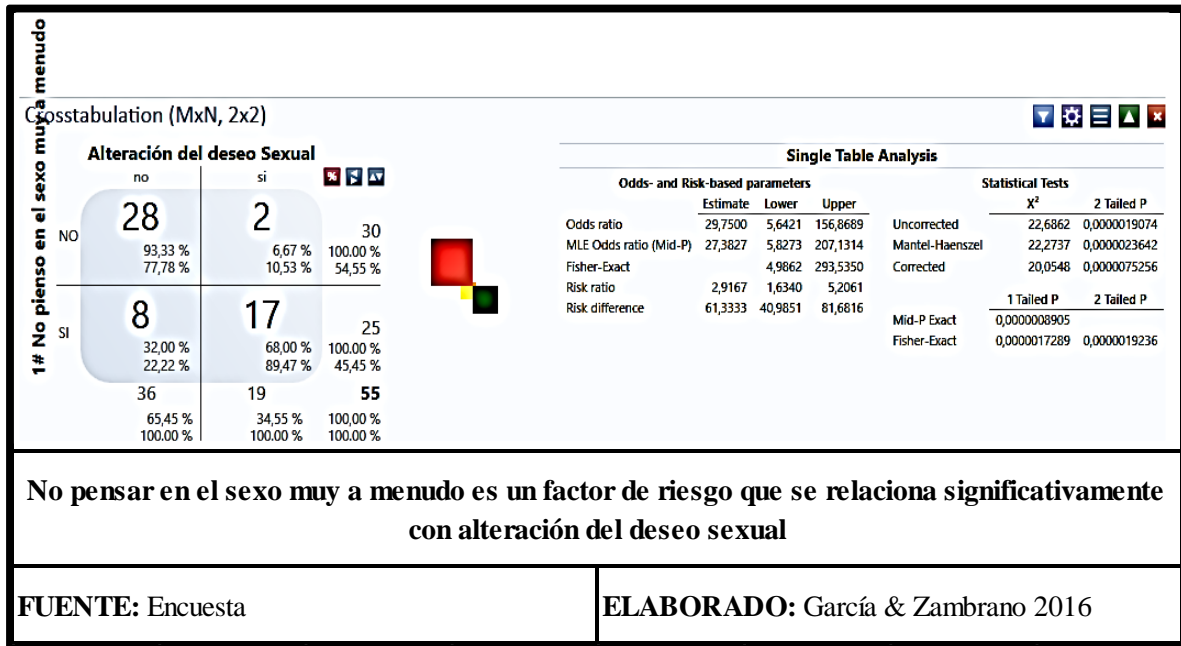


**Tabla y gráfico 56: A VECES, DURANTE LA NOCHE, FINJO DORMIR PARA QUE MI PAREJA NO INTENTE HACERME EL AMOR**

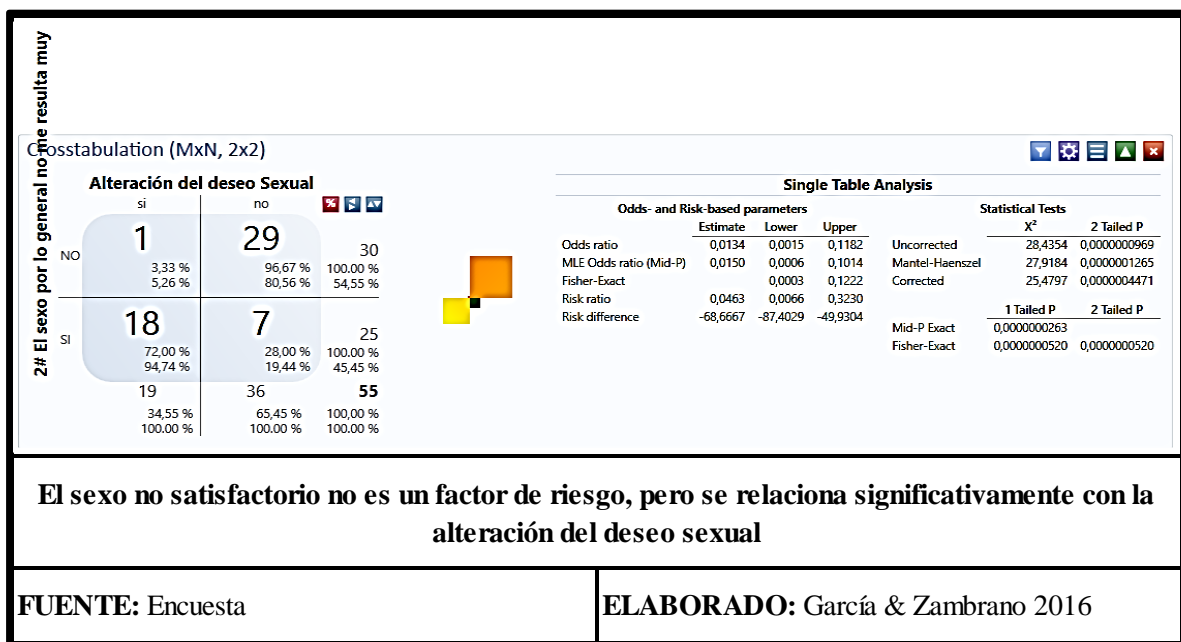


ANALISIS TEST DE SEXUALIDAD 2X2

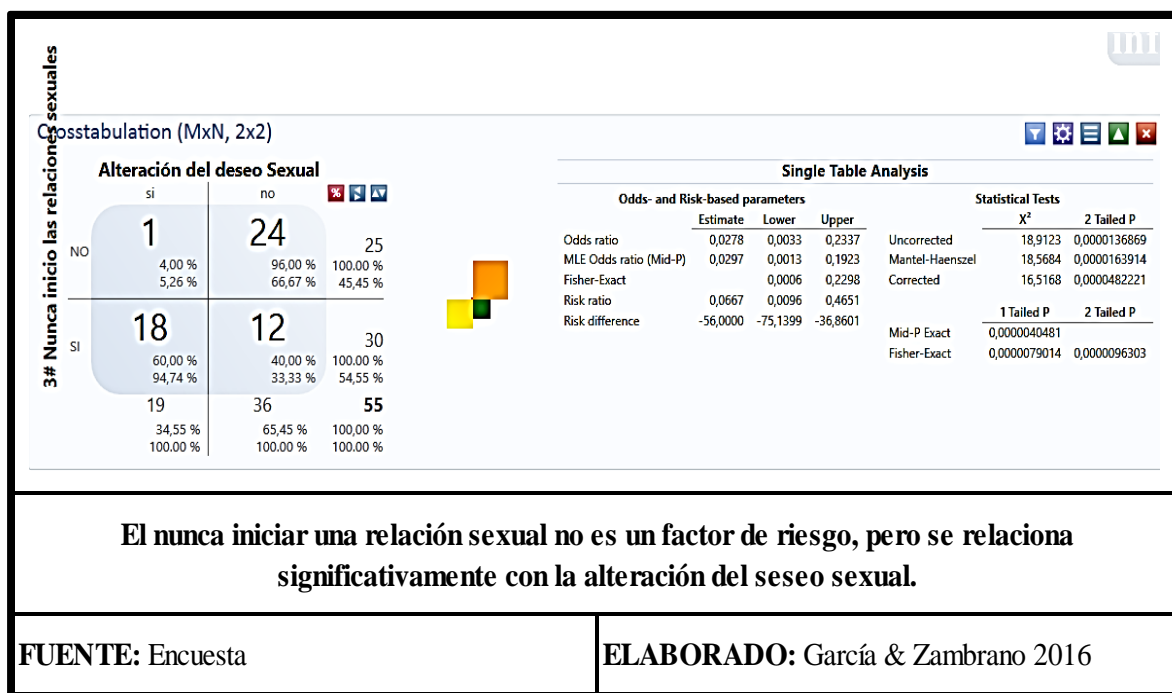
**Tabla 8: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 1 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO**



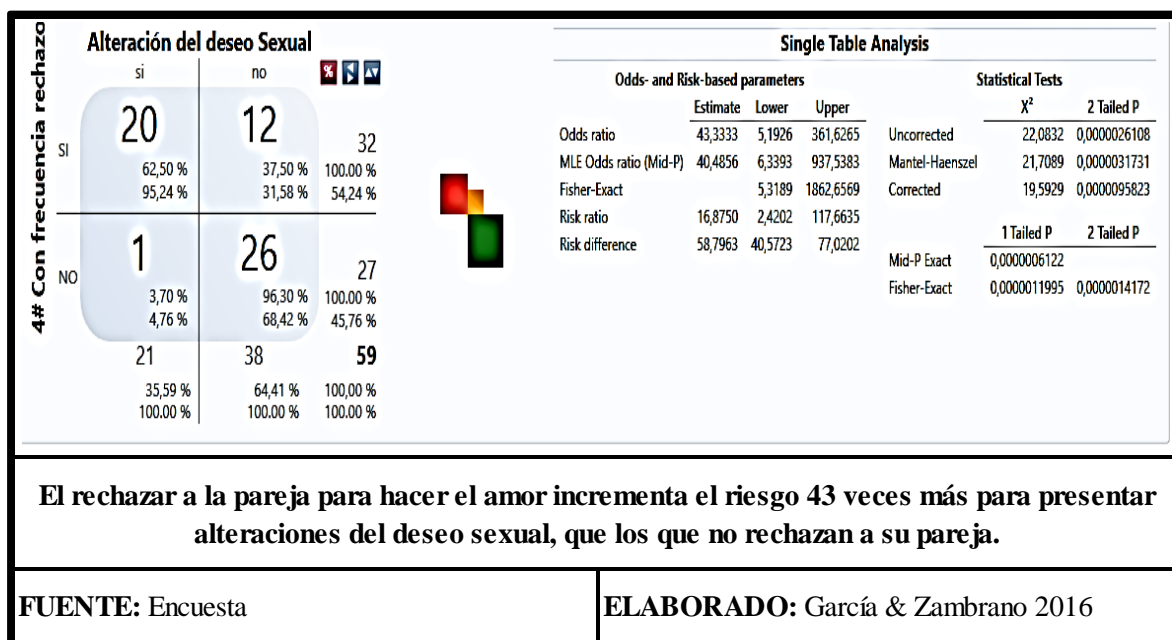
**Tabla 9: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 2 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO**



**Tabla 10: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 3 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO**



**Tabla 11: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 4 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO**



**Tabla 12: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 5 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO**

Alteración del deseo Sexual			Single Table Analysis						
			Odds- and Risk-based parameters			Statistical Tests			
			Estimate	Lower	Upper	X <sup>2</sup>		2 Tailed P	
5# Incluso cuando mi pareja	SI	31	Odds ratio	20,5833	4,1159	102,9354	Uncorrected	18,8159	0,0000143962
	NO	28	MLE Odds ratio (Mid-P)	19,4217	4,3571	140,7212	Mantel-Haenszel	18,4970	0,0000170173
			Fisher-Exact		3,7620	198,5238	Corrected	16,5280	0,0000479361
			Risk ratio	8,5806	2,1924	33,5827	1 Tailed P		
			Risk difference	54,1475	34,5258	73,7691	Mid-P Exact	0,0000056045	
						Fisher-Exact	0,0000107437 0,0000113813		

<p><b>No estar de humor para el sexo cuando la pareja se muestra romántica, es un factor de riesgo que se relaciona significativamente con la alteración del deseo sexual.</b></p>	
<p>FUENTE: Encuesta</p>	<p>ELABORADO: García &amp; Zambrano 2016</p>

**Tabla 13: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 6 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO**

Alteración del deseo Sexual			Single Table Analysis						
			Odds- and Risk-based parameters			Statistical Tests			
			Estimate	Lower	Upper	X <sup>2</sup>		2 Tailed P	
6# me siento carente de at	SI	20	Odds ratio	6,0000	1,7729	20,3059	Uncorrected	9,0058	0,0026911710
	NO	35	MLE Odds ratio (Mid-P)	5,7735	1,7228	20,8754	Mantel-Haenszel	8,8421	0,0029435940
			Fisher-Exact		1,5229	24,2870	Corrected	7,3237	0,0068050680
			Risk ratio	3,0000	1,4128	6,3704	1 Tailed P		
			Risk difference	40,0000	14,7689	65,2311	Mid-P Exact	0,0020058652	
						Fisher-Exact	0,0035154151 0,0038533314		

<p><b>El no sentirse atractivo o deseable es un factor de riesgo que se relaciona significativamente con la alteración del deseo sexual.</b></p>	
<p>FUENTE: Encuesta</p>	<p>ELABORADO: García &amp; Zambrano 2016</p>

**Tabla 14: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 7 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO**

Alteración del deseo Sexual				Single Table Analysis					
7# Nunca me masturbo	si		no	Odds- and Risk-based parameters			Statistical Tests		
	Estimate	Lower	Upper	Estimate	Lower	Upper	X <sup>2</sup>	2 Tailed P	
NO	1 10,00 % 5,26 %	9 90,00 % 25,00 %	10 100,00 % 18,18 %	0,1667	0,0194	1,4314	Uncorrected	3,2566	0,0711373942
SI	18 40,00 % 94,74 %	27 60,00 % 75,00 %	45 100,00 % 81,82 %	0,1710	0,0072	1,1740	Mantel-Haenszel	3,1974	0,0737568622
	19 34,55 % 100,00 %	36 65,45 % 100,00 %	55 100,00 % 100,00 %	Fisher-Exact	0,0036	1,4248	Corrected	2,0650	0,1507191850
				Risk ratio	0,2500	0,0376	1,6607		
				Risk difference	-30,0000	-53,4655	-6,5345		
							1 Tailed P	2 Tailed P	
							Mid-P Exact	0,0392684120	
							Fisher-Exact	0,0698462738 0,1385337334	

**El no masturbarse, no es un factor de riesgo, sin embargo se relaciona significativamente con alteración del deseo sexual.**

**FUENTE:** Encuesta **ELABORADO:** García & Zambrano 2016

**Tabla 15: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 8 DEL TEST DE DESEO SEXUAL INHIBIDO**

Alteración del deseo Sexual				Single Table Analysis					
8# Me distraigo cuando h	si		no	Odds- and Risk-based parameters			Statistical Tests		
	Estimate	Lower	Upper	Estimate	Lower	Upper	X <sup>2</sup>	2 Tailed P	
SI	19 55,88 % 90,48 %	15 44,12 % 39,47 %	34 100,00 % 57,63 %	14,5667	2,9538	71,8365	Uncorrected	14,4085	0,0001471360
NO	2 8,00 % 9,52 %	23 92,00 % 60,53 %	25 100,00 % 42,37 %	13,9068	3,1568	99,6535	Mantel-Haenszel	14,1643	0,0001675193
	21 35,59 % 100,00 %	38 64,41 % 100,00 %	59 100,00 % 100,00 %	Fisher-Exact	2,7304	140,4150	Corrected	12,3955	0,0004303694
				Risk ratio	6,9853	1,7884	27,2835		
				Risk difference	47,8824	28,0920	67,6727		
							1 Tailed P	2 Tailed P	
							Mid-P Exact	0,0000605257	
							Fisher-Exact	0,0001141674 0,0001244059	

**Estar distante y distraído mientras se hace el amor, incrementa 14 veces más el factor de riesgo para tener alteración del deseo sexual, que el estar concentrado.**

**FUENTE:** Encuesta **ELABORADO:** García & Zambrano 2016

**Tabla 16: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 9 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO**

Alteración del deseo Sexual			Single Table Analysis					
			Odds- and Risk-based parameters			Statistical Tests		
			Estimate	Lower	Upper	X <sup>2</sup>		2 Tailed P
9# No soy una persona mu...	NO	si	10	15	25	Uncorrected	0,6031	0,4374090069
		no	40,00 %	60,00 %	100,00 %			
	SI	si	9	21	30	Corrected	0,2419	0,6228385210
		no	30,00 %	70,00 %	100,00 %			
			Risk ratio	1,3333	0,6441	2,7599	1 Tailed P	
			Risk difference	10,0000	-15,2528	35,2528	2 Tailed P	
						Mid-P Exact	0,2276753207	
						Fisher-Exact	0,3110156532 0,5706524448	

**El no ser apasionado, es un factor de riesgo, pero no se relaciona significativamente con la alteración del deseo sexual.**

**FUENTE:** Encuesta **ELABORADO:** García & Zambrano 2016

**Tabla 17: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 10 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO**

Alteración del deseo Sexual			Single Table Analysis					
			Odds- and Risk-based parameters			Statistical Tests		
			Estimate	Lower	Upper	X <sup>2</sup>		2 Tailed P
10# El impulso sexual de n...	SI	si	19	21	40	Uncorrected	7,6815	0,0055788610
		no	47,50 %	52,50 %	100,00 %			
	NO	si	2	17	19	Corrected	6,1533	0,0131163540
		no	10,53 %	89,47 %	100,00 %			
			Risk ratio	4,5125	1,1688	17,4212	1 Tailed P	
			Risk difference	36,9737	16,2390	57,7084	2 Tailed P	
						Mid-P Exact	0,0026927311	
						Fisher-Exact	0,0048555165 0,0079571034	

**El que mi pareja sea más impulsiva sexualmente, es un factor de riesgo que se relaciona significativamente con la alteración del deseo sexual.**

**FUENTE:** Encuesta **ELABORADO:** García & Zambrano 2016

**Tabla 18: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 11 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO**

Alteración del deseo Sexual			Single Table Analysis					
			Odds- and Risk-based parameters			Statistical Tests		
			Estimate	Lower	Upper	X <sup>2</sup>		2 Tailed P
11# Estaría perfectamente	SI	22				Uncorrected	29,6040	0,0000000530
	NO	33				Mantel-Haenszel	29,0658	0,0000000700
						Corrected	26,5384	0,0000002583
						1 Tailed P		2 Tailed P
						Mid-P Exact	0,0000000256	
						Fisher-Exact	0,0000000504	0,0000000504

**El dejar el sexo fuera de la relación de pareja, es un factor de riesgo que se relaciona significativamente con la alteración del deseo sexual.**

**FUENTE:** Encuesta **ELABORADO:** García & Zambrano 2016

**Tabla 19: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 12 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO**

Alteración del deseo Sexual			Single Table Analysis					
			Odds- and Risk-based parameters			Statistical Tests		
			Estimate	Lower	Upper	X <sup>2</sup>		2 Tailed P
12# Nunca tengo fantasías	NO	20				Uncorrected	8,3741	0,0038061434
	SI	35				Mantel-Haenszel	8,2218	0,0041390023
						Corrected	6,7551	0,0093479903
						1 Tailed P		2 Tailed P
						Mid-P Exact	0,0018742861	
						Fisher-Exact	0,0034106560	0,0069260711

**El no tener fantasías sexuales, no es un factor de riesgo, pero se relaciona significativamente con la alteración del deseo sexual.**

**FUENTE:** Encuesta **ELABORADO:** García & Zambrano 2016

**Tabla 20: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 13 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO**

Alteración del deseo Sexual			Single Table Analysis					
			Odds- and Risk-based parameters			Statistical Tests		
			Estimate	Lower	Upper		X <sup>2</sup>	2 Tailed P
13# Los desacuerdos por lo	SI	si	18	27	45	Uncorrected	3,2566	0,0711373942
		no	40,00 %	60,00 %	100,00 %			
			94,74 %	75,00 %	81,82 %	Corrected	2,0650	0,1507191850
NO	si	1	9	10	Mid-P Exact	0,0392684120		
	no	10,00 %	90,00 %	100,00 %				
		5,26 %	25,00 %	18,18 %	Fisher-Exact	0,0698462738	0,1385337334	
		19	36	55				
		34,55 %	65,45 %	100,00 %				
		100,00 %	100,00 %	100,00 %				

**Las discusiones o sentimientos heridos por los desacuerdos en una relación, incrementan 6 veces el factor de riesgo para la alteración del deseo sexual, en relación a los que no tienen desacuerdos.**

**FUENTE:** Encuesta **ELABORADO:** García & Zambrano 2016

**Tabla 21: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 14 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO**

Alteración del deseo Sexual			Single Table Analysis					
			Odds- and Risk-based parameters			Statistical Tests		
			Estimate	Lower	Upper		X <sup>2</sup>	2 Tailed P
14# No es infrecuente que	SI	si	18	15	33	Uncorrected	14,5943	0,0001333173
		no	54,55 %	45,45 %	100,00 %			
			94,74 %	41,67 %	60,00 %	Corrected	12,4668	0,0004142490
NO	si	1	21	22	Mid-P Exact	0,0000435801		
	no	4,55 %	95,45 %	100,00 %				
		5,26 %	58,33 %	40,00 %	Fisher-Exact	0,0000842419	0,0001106159	
		19	36	55				
		34,55 %	65,45 %	100,00 %				
		100,00 %	100,00 %	100,00 %				

**El evitar tener relaciones sexuales por escusa, es un factor de riesgo que se relaciona significativamente con alteración del deseo sexual.**

**FUENTE:** Encuesta **ELABORADO:** García & Zambrano 2016

**Tabla 22: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* PREGUNTA N° 15 DEL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO**

Alteración del deseo Sexual			Single Table Analysis								
			Odds- and Risk-based parameters			Statistical Tests					
			Estimate	Lower	Upper		X <sup>2</sup>	2 Tailed P			
15#Finjo dormir para que	SI	16 55,17 % 84,21 %	13 44,83 % 36,11 %	29 100,00 % 52,73 %	Odds ratio	9,4359	2,3077	38,5814	Uncorrected	11,5432	0,0006799671
	NO	3 11,54 % 15,79 %	23 88,46 % 63,89 %	26 100,00 % 47,27 %	MLE Odds ratio (Mid-P)	9,0283	2,3431	45,2300	Mantel-Haenszel	11,3333	0,0007612765
						Fisher-Exact	2,0477	57,4390	Corrected	9,6942	0,0018485526
						Risk ratio	4,7816	1,5699	14,5634		
						Risk difference	43,6340	21,7606	65,5073		
			19 34,55 % 100,00 %	36 65,45 % 100,00 %	55 100,00 % 100,00 %				Mid-P Exact	0,0003778253	
									Fisher-Exact	0,0006922607	0,0007661215

**Al fingir estar dormido a su pareja para no tener relaciones sexuales, es un factor de riesgo y se relaciona significativamente con la alteración del deseo sexual.**

**FUENTE:** Encuesta **ELABORADO:** García & Zambrano 2016

**ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL COMPARATIVA CON VARIABLES DEMOGRÁFICAS**

**Tabla 23: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* VARIABLES DEMOGRÁFICAS**

ALTERACIÓN DE LA FASE PSICOLÓGICA DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA					
	VARIABLE	OR	IC	CP	SIGNIFICANCIA
ALTERACIÓN	EDAD	1,16	0,36 - 3,72	0,3987	NO
	SEXO	38,46	4,62 - 319,55	0,0000015	SI
	ESTADO CIVIL	0,1	0,01 - 1,04	0,0233	SI
	RELIGIÓN	0,66	0,13 - 3,34	0,318	NO
	TRABAJO	10,17	1,21 - 85,22	0,0059	SI
	ESCOLARIDAD	0,83	0,24 - 2,79	0,385	NO
	N° DE HIJOS	1,38	0,40 - 4,72	0,306	NO

## ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL COMPARATIVA CON EL TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO

Tabla 24: ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL \* TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO

TEST DEL DESEO SEXUAL INHIBIDO					
ALTERACIÓN DEL DESEO SEXUAL	VARIABLE	OR	IC	CP	SIGNIFICANCIA
	PREGUNTA N° 1	29,75	5,64 - 156,86	0,0000008	SI
	PREGUNTA N° 2	0,013	0,0015 - 0,11	0,00000002	SI
	PREGUNTA N° 3	0,02	0,0033 - 0,23	0,000004	SI
	PREGUNTA N° 4	43,33	5,19 - 361,62	0,0000006	SI
	PREGUNTA N° 5	20,58	4,11 - 102,93	0,0000056	SI
	PREGUNTA N° 6	6	1,77 - 20,30	0,002	SI
	PREGUNTA N° 7	0,16	0,019 - 1,43	0,039	SI
	PREGUNTA N° 8	14,56	2,95 - 75,83	0,00006	SI
	PREGUNTA N° 9	1,55	0,50 - 4,75	0,227	NO
	PREGUNTA N° 10	7,69	1,056 - 37,75	0,0026	SI
	PREGUNTA N° 11	52,7	9,21 - 301,23	0,00000002	SI
	PREGUNTA N° 12	0,11	0,02 - 0,58	0,0018	SI
	PREGUNTA N° 13	6	0,69 - 51,52	0,039	SI
	PREGUNTA N° 14	25,2	3,02 - 209,92	0,000043	SI
	PREGUNTA N° 15	9,43	2,30 - 38,58	0,00037	SI

## CAPÍTULO 5

### DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo demuestran que:

- ✓ Un poco más de la mitad de los encuestados para éste trabajo, presentan alteración del deseo sexual.
- ✓ La proximidad entre una carpa y otra es de 2 metros; del 100% de encuestados el 34 % presentan alteración del deseo sexual, de lo que se deduce que éste factor no influye en todas las personas.

- ✓ Tener más de 35 años de edad(OR1.16;P 0.39), ser mujer(OR 38.4;P 0.0000015), no tener trabajo(OR 10.17; P 0.0059), y tener más de tres hijos(OR 1.38; P 0.30) son factores de riesgo para presentar alteración del deseo sexual, de éstas ser mujer y no tener trabajo se relacionan significativamente con éste tipo de alteraciones.
- ✓ De las variables de estudio(*Test De Inhibición Del Deseo Sexual*); no pensar a menudo en el sexo (OR 29.75;P 0,0000008), rechazar las aproximaciones de la pareja para hacer el amor(OR 43.33;P 0.0000006), que uno en la pareja no este de humor para el sexo cuando el otro muestra romanticismo(OR 20,58;P 0.000005), cuando uno de los individuos de la pareja se distrae mientras hace el amor(OR 14.56;P 0.00006), cuando el impulso sexual de uno es más fuerte que el del otro(OR 7.69;P 0.002), estar contento si se deja el sexo fuera de la relación(OR 52.7;P 0.00000002), inventar excusas(OR 25.2;P 0.00004) y fingir dormir para evitar relaciones sexuales(OR 9.43;P 0.008) no sólo constituyen factor de riesgo, sino que se relacionan significativamente con la presentación de la alteración del deseo sexual.

El test del Deseo sexual Inhibido (Masters et al., 1994), ha sido utilizado para validación en población española sana. Pero hasta ahora no ha existido estudio utilizando este test para diagnosticar la presencia de alteraciones del deseo sexual después de un desastre natural, como para poder realizar una comparación con la investigación realizada por nosotros con los albergados del terremoto del 16 A, en el cantón Jama.

Existen estudios relacionados con estrés post terremoto como el Terremoto/Tsunami del 27 de febrero del 2010, que dejo enormes consecuencias y desafíos para las familias chilenas cuyo estudio titula, “Impactos post terremoto en las dimensiones psicosocial y de

participación, según sexo”, además de los efectos psicosociales y los trastornos emocionales que inciden en la calidad de vida y de estas personas.

Cuyos resultados se relacionaron con el estrés post trauma en personas mayores de 18 años en un 11,3%. Y que la prevalencia de estrés era mayor para mujeres (13,7%) en comparación con los hombres (6,1%); Además la parte económica también tuvo gran influencia, viéndose afectada más la población de menores ingreso, viéndose afectadas mayoritariamente por estrés las mujeres jefas de hogares de tipo extendido biparental.

En cuanto a lo social las familias utilizaron mayoritariamente estrategias individuales en comparación de las colectivas y que de estas familias en su mayoría las mujeres prefirieron actuar individualmente.

Observamos que la población cautiva de nuestro estudio se asemeja con la chilena debido a la exposición a evento similar (terremoto) y que el impacto psicosocial es similar en muchos aspectos, además de las relaciones con los trastornos emocionales que se presentaron en ambos casos, siendo este uno de los puntos más importantes en nuestro estudio ya que de aquí probablemente junto a las incomodidades que se encontraron en estos albergues temporales para mantener intimidad con sus parejas, fueron causas de las alteraciones del deseo sexual que se encontró en familias albergadas.(Diaz Silva, 2011)

## **CONCLUSIONES**

- Las condiciones de vida tales como, no tener un espacio privado, la proximidad que existe entre una carpa y otra, no se relacionan directamente con la intimidad sexual.
- Los factores sociodemográficos constituyen un factor de riesgo en la inhibición del deseo sexual, de éstos no tener un empleo es la causa que tiene una relación muy significativa al presentar alteración del deseo sexual.

- Los factores más importantes que intervienen en la inhibición del deseo sexual en parejas reubicadas en albergues temporales son los factores sociodemográficos así como también las conductas sexuales (*Test De Inhibición Del Deseo Sexual*) adoptada por cada individuo, las cuáles en su mayoría constituyen un factor de riesgo y significancia para presentar alteración de la fase Psicológica del deseo Sexual.
- La convivencia en albergues temporales, no tiene tanta influencia sobre la fase psicológica de la respuesta sexual humana en parejas reubicadas en estas instalaciones luego del terremoto ocurrido en el Cantón Jama el 16 de abril del 2016, si se la relaciona con las conductas de cada individuo en el momento de tener relaciones sexuales.
- El test de Inhibición del Deseo Sexual demuestra que existe alteración de la fase psicológica de la respuesta sexual humana en parejas reubicadas en el albergue central de Jama, a partir del terremoto ocurrido el 16 de abril del 2016.

### **LIMITACIÓN DEL ESTUDIO**

- Damnificados que se negaron a participar en el estudio.
- Actividades internas planificadas por los albergues.

### **RECOMENDACIONES**

En vista de que no se encontraron estudios preliminares sobre este tema, y los eventos naturales se presentan inesperadamente en cualquier parte del mundo, con este estudio se trata de demostrar que las condiciones de vida en estos lugares de acogida temporales

(albergues) no prestan las condiciones apropiadas para que las familias tengan una evolución favorable frente a la alteración emocional que estos desastres dejan grabadas en nuestras mentes para toda la vida.

Este estudio pretende incentivar a los lectores a hacer consciencia que la sexualidad es un campo amplio de tratar y difícil de manejar en una población cuya cultura no permite ampliar el tema. Y siendo un tema nuevo, los datos de este trabajo sirvan para incentivar que se realicen estudios más a fondo a nivel nacional relacionados con sexualidad humana, y considerar la elaboración de guías apropiadas que permitan a quien corresponda actuar de la mejor manera por el bienestar familiar.

Si bien es cierto, las ayudas en nuestro medio una vez ocurrido el terremoto no se hicieron esperar tanto las nacionales como extranjeras, la sexualidad es un tema muy difícil de tratar en el medio en que vivimos, por el predominio del machismo o del enfoque cultural de los habitantes de este Cantón que en su mayoría son personas que cursan un primer nivel de educación y no han recibido educación sexual durante sus años de estudio, y mucho menos la debida información sobre las fases de la respuesta sexual humana teniendo en cuenta que la vida continua y evento sísmico no va a detener la procreación de los seres humanos podemos acotar lo siguiente:

- Promover la participación social, comunitario, cultural, familiar, psicológico y de salud, para unir los esfuerzos y conjuntamente crear grupos de apoyo que ayuden a disminuir la frecuencia de presentación de los trastornos de la fase psicológica de la respuesta sexual.
- Estimular y orientar a la familia para que dentro de su núcleo existan conversatorios relacionados con la sexualidad y sus fases.
- El personal de salud debe conocer todo lo relacionado con los trastornos fase psicológica de la respuesta sexual humana que se pueda presentar como

consecuencia de un desastre natural; para así poder brindar el apoyo necesario y emprender acciones que promuevan la recuperación.

- Como Médicos Familiares es nuestro deber velar por la salud integral de nuestros pacientes, entendiéndose como tal: lo físico, psicológico, familiar, social, evaluación de factores de riesgos, etc...
- En futuras investigaciones se recomienda, disponer de guías e instrumentos relacionados al tema de estudio para obtener asociaciones adecuadas.
- Académicamente recomendamos destinar tiempo para el trabajo en campo; así como también la revisión secuencial del trabajo de investigación, para poder dar cumplimiento a los tiempos establecidos en el cronograma de trabajo.

## **REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.**

Calle, D. E. L. A. (n.d.). No Title.

Carmen, D., & Sosa, L. (n.d.). DISFUNCIONES SEXUALES ORGANICAS Tema :

MODELOS DE RESPUESTA SEXUAL. *UNIVERSIDAD DE SALAMANCA*, 26.

Cedillo, A. A. D. J. A. C. D. S. V. J. C. O. (2010). Administración de albergues temporales de emergencias, 1–12.

*COMPORTAMIENTO SEXUAL*. (n.d.).

Coordinadora Zonal 4, O. C. (2016a). Este Informe fue elaborado por el equipo Técnico

Secretaría de Gestión de Riesgos (17/04/2016, 09h00). I. INFORMACIÓN

GENERAL, 9(9), 1–8.

- Coordinadora Zonal 4, O. C. (2016b). Ii.situación iii. afectación, 3(3), 4–7.
- Coordinadora Zonal 4, O. C. (2016c). nforme de situación No. 28 (20/04/2016)Terremoto 7.8 ° Muisne, 28(28), 22.
- Diaz Silva, L. (2011). Impactos Post Terremoto en las Dimensiones Psicosocial y de Participación, Según Sexo, 1–40.
- Esplen, E. (2007). Genero y Sexualidad. *Colección de Recursos de Apoyo*, 1–68. Retrieved from [http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/Sexuality\\_SRC\\_SP\\_Final.pdf](http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/Sexuality_SRC_SP_Final.pdf)
- Fuentes, X. (2016). Sexualidad Humana y Disfunciones Sexuales. *Revista Chilena de Urología*, 81, 39–40.
- Granero, M. (2015). Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. *Revista Costarricense de Psicología*, 33, 179–197. Retrieved from <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/34>
- guía de salud mental. (n.d.).
- Masters y Johnson (1978) Helen Kaplan. (1992). Respuesta sexual humana. In ... *De Orientación Sexual Y ...* (pp. 111–116).
- Masters y Johnson (1978) Helen Kaplan. (2011). Erotismo, respuesta sexual humana y disfunciones sexuales. In *Hablemos de WSalud Sexual* (pp. 109–130).
- Molero Rodríguez, F. (2014). Sexualidad y Salud sexual, 24.
- Moreno-Jiménez, B., & Báez León, C. (2011). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. *Instituto Nacional de Seguridad E Higiene En El Trabajo*, 4–144. [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(85\)90255-2](http://doi.org/10.1016/0277-9536(85)90255-2)

Pi Gorguet, I. (2008). *Comportamiento sexual humano*. Editorial Oriente. Retrieved from [http://tesis.repo.sld.cu/124/1/Iliana\\_Gorguet\\_PiLIBRO\\_.pdf](http://tesis.repo.sld.cu/124/1/Iliana_Gorguet_PiLIBRO_.pdf)

Tobergte, D. R., & Curtis, S. (2013). los desastres naturales. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, pp. 1689–1699). <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Toledo, J. A. (2003). Respuesta Sexual, 1–29. Retrieved from <http://www.geocities.ws/obstetriciaua/respuestasexualhumana.pdf>

Vélez, A. L. (2003). *Desastre natural : catástrofe sexual* .

## ANEXO

### 1.- O.M.S. Consentimiento informado

#### **Postgrado de medicina familiar y comunitaria distrito de salud jama - pedernales**

Este documento de consentimiento informado es dirigido a los damnificados del Cantón jama, albergados temporalmente luego del terremoto ocurrido el 16 de abril del 2016, a quienes se les invita a ser parte de esta investigación para conocer sobre las ¿alteraciones de la fase psicológica de la respuesta sexual humana en las parejas reubicadas en los albergues temporales urbanos del Cantón jama a partir del terremoto del 10 de abril del 2016?

Dr. Luis Zambrano saltos --- Dr. Willians García Hidrovo

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Parte 1:

#### **Información**

## **Introducción**

Nosotros, Luis Zambrano y Willians García estamos investigando sobre, estudiamos en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Postgrado de medicina familiar y comunitaria y estamos investigando sobre las **¿alteraciones de la fase psicológica de la respuesta sexual humana en las parejas reubicadas en los albergues temporales urbanos del Cantón jama a partir del terremoto del 16 de abril del 2016?**

Le brindamos la información que necesite y a la vez invitarle a participar de esta investigación

Podemos orientarle y explicarle, si no entiende alguna palabra de esta información.

Su participación es voluntaria, puede elegir no participar, Tome su tiempo para pensarlo y nos comunica su decisión.

### **Propósito:**

Para muchos científicos la respuesta sexual humana es base de la procreación y esta se da en 4 fases que son el deseo, la excitación, la meseta y el orgasmo o la resolución, que por sí sola se podrán ver alteradas cualquiera de ellas.

Para que se den con normalidad Influyen muchos factores tanto físicos, emocionales, psicológicos, ambientales, y biológicos y al exponernos a cambios pueden verse alteradas, como en el caso de ser reubicados en albergues temporales luego del terremoto el 16 de abril del 2016, que afectó mucho a este Cantón. Nuestro estudio está dirigido a la alteración de la primera fase de esta respuesta sexual humana e identificar los problemas que la puedan afectar y que se tome de ejemplo lo sucedido y las vivencias dentro de albergues

Esperamos a través de esta investigación se logre tener un lugar acogedor y seguro para poder mantener intimidad en pareja, si se vuelven a presentar estos eventos naturales en cualquier lugar del planeta.

### **Tipo de intervención de investigación:**

Esta investigación se realizara en base de una encuesta, que pueda responder con facilidad. Los datos obtenidos se analizaran de manera general para obtener la información requerida para este estudio y se mantendrá confidencialidad absoluta en la información que nos brinde.

### **Selección de participantes:**

Para realizar esta investigación se invita a todas las familias o parejas sexualmente activas que fueron reubicadas en los albergues urbanos del Cantón Jama luego del 16 de abril del 2016.

### **Participación voluntaria:**

En esta investigación su participación es voluntaria, usted puede elegir participar o no hacerlo. Su elección no afectara su instancia en los albergues, continuara recibiendo los beneficios recibidos hasta el momento.

**Riesgos:**

La realización de este estudio no representa ningún riesgo para su salud, menos para su instancia en el albergue, solo llenara una encuesta basada en preguntas que le sea fácil responder, para conocer si han presentado cambios en la fase psicológica de la respuesta sexual humana desde el 16 de abril del 2016 a partir de ser reubicados en albergues temporales.

**Confidencialidad:**

Dentro de las instalaciones habrá personas que no se les realizaran encuestas y se le acercaran a preguntarles el motivo de su participación, y dependerá de usted si la comparte o no información. Nosotros no revelaremos la información obtenida y mucho menos revelaremos la identidad de quienes decidan participar, se mantendrá confidencialidad. La información obtenida será manejada solo por nosotros y se mantendrá fuera del alcance de todos y no se entregara a nadie. Los datos que obtengan se reflejaran en cuadros estadísticos donde no se reflejan nombres de los participantes.

**Compartiendo resultados:**

Los resultados obtenidos de esta investigación se les darán a conocer personalmente de manera global sin necesidad de divulgar identidad de ninguno de los participantes, de manera oportuna antes de ser divulgado los datos en exposición del trabajo.

**Derecho a negarse o retirare:**

Está en todo su derecho si desea retirarse en cualquier momento del proceso de esta investigación, puede decidir no participar, su decisión y derechos serán respetados.

**A quien contactar:**

Si tiene alguna pregunta relacionada con el estudio puede hacerla, estaremos dispuestos a contestar sus inquietudes en cualquier momento, adjuntamos nuestros números telefónicos para que pueda contactarnos DR: Willians García, 0982492272 / willians.v.g@hotmail.com, DR: Luis Zambrano, 0992536632/ luizam78@hotmail.com DIRECTOR DEL TRABAJO, DR. Mauricio Cuadrado 0979296942

**POSTGRADO NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
DISTRITO DE SALUD JAMA – PEDERNALES**

He leído la información proporcionada e este documento, o me lo han leído, y se me ha invitado a participar en este trabajo titulado **¿Alteraciones de la fase psicológica de la respuesta sexual humana en las parejas reubicadas en los albergues temporales urbanos del Cantón jama a partir del terremoto del 16 de abril del 2016?**

Se me ha informado que no existen riesgos, y que es probable que no exista beneficios para mi persona, solo recibiremos retroalimentación de los resultados de la investigación.

Se me ha proporcionado el contacto telefónico y nombres de los dos investigadores de esta investigación además de correo y dirección para contactarlos con facilidad.

He tenido la oportunidad de preguntar sobre esta investigación y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado, consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante, entiendo que tengo derecho a negarme sin afectarme.

Nombre del participante:.....  
Firma del participante: .....  
Huella digital (analfabeto): .....  
Fecha (D/M/A): .....

Nombre del investigador: .....  
Firma del investigador: .....  
Fecha (D/M/A): .....

Se me ha proporcionado una copia del consentimiento informado

**POSTGRADO NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
DISTRITO DE SALUD JAMA – PEDERNALES**

He leído la información proporcionada e este documento, o me lo han leído, y se me ha invitado a participar en este trabajo titulado **¿Alteraciones de la fase psicológica de la respuesta sexual humana en las parejas reubicadas en los albergues temporales urbanos del Cantón jama a partir del terremoto del 10 de abril del 2016?**

Se me ha informado que no existen riesgos, y que es probable que no exista beneficios para mi persona, solo recibiremos retroalimentación de los resultados de la investigación.

Se me ha proporcionado el contacto telefónico y nombres de los dos investigadores de esta investigación además de correo y dirección para contactarlos con facilidad.

He tenido la oportunidad de preguntar sobre esta investigación y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado, por lo cual consiento voluntariamente participar en esta investigación como testigo.

He sido testigo de la lectura de este documento de consentimiento informado para potenciar al participante a ser parte de esta investigación, quien tuvo la oportunidad de realizar preguntas sobre su contenido.

Confirmando que el individuo ha dado su consentimiento libremente.

Nombre del testigo:.....  
Firma del testigo: .....  
Huella digital (analfabeto): .....  
Fecha (D/M/A): .....

Nombre del investigador: .....  
Firma del investigador: .....  
Fecha (D/M/A): .....  
Se me ha proporcionado una copia del consentimiento informado

### **Encuesta**

**Nombres:**

**Edad:**

**Sexo:** Hombre: ..... Mujer: .....

**Estado Civil:** soltero(a): ... casado(a): ... viudo(a): ... unión libre: ... Separado(a): ...

**Religión:** Católico: ... Mormón: ... Testigo de Jehová: ... Ateo: ... Otra: .....

**Procedencia:** Cantón: ... Ciudad: ... Recinto: .....

**Trabajo:** Empleado: ..... Desempleado: .....

**Escolaridad:** Ninguna.... Primaria..... Secundaria.... Terciaria.... 4 Nivel.....

Número de hijos en el hogar: 1.....2.....3.....4....5.....6.....Más de 7.....

**Distancia aproximada entre carpa y carpa:** 1 metro..... 2metros..... 3metros.....  
4metros..... 5metros... más de 6

**Cuántos metros cuadrados tienen las carpas** 2x2..... 3x3.... 4x4..... 5x5...

**Hay compartimientos dentro de la carpa:** si..... no....

**Tiene baño personal dentro de su carpa o algún lugar de aseo:** si... no...

**Usted en el Albergue:** Vive permanentemente.... Solo se alimenta..... Solo duerme.....

**Test del Deseo Sexual Inhibido (Masters et al 1994)**

A continuación se presentan 15 frases que usted puede puntuar de 1 a 9 (**1 = TOTALMENTE FALSO - 9 = TOTALMENTE VERDADERO**); los números intermedios de la escala significan posiciones intermedias, entre Falso y Verdadero). Conteste cada una de las afirmaciones según corresponda en su caso encerrando el número en un círculo.

Desde su permanencia en el albergue:

1. No pienso en el sexo muy a menudo 1 2 3 4 5 6 7 8 9
2. El sexo por lo general no me resulta muy satisfactorio 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3. Nunca inicio las relaciones sexuales 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4. Con frecuencia rechazo las aproximaciones de mi pareja para hacer el amor 1 2 3 4 5 6 7 8 9
5. Incluso cuando mi pareja se muestra romántico/a, me resulta difícil estar de humor para el sexo 1 2 3 4 5 6 7 8 9
6. En general, me siento carente de atractivo y no deseable 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7. Nunca me masturbo 1 2 3 4 5 6 7 8 9
8. Cuando estoy haciendo el amor, habitualmente me siento distraído/a y distante 1 2 3 4 5 6 7 8 9
9. No soy una persona muy apasionada 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10. El impulso sexual de mi pareja es muchísimo más fuerte que el mío 1 2 3 4 5 6 7 8 9
11. Estaría perfectamente contento/a con dejar el sexo fuera de nuestra relación si ello no fuera a causar problemas 1 2 3 4 5 6 7 8 9
12. Nunca tengo fantasías sexuales 1 2 3 4 5 6 7 8 9
13. Los desacuerdos por la frecuencia de las relaciones sexuales son corrientes en nuestra relación y a menudo llevan a discusiones o sentimientos heridos 1 2 3 4 5 6 7 8 9
14. No es infrecuente que yo invente excusas para evitar tener relaciones sexuales 1 2 3 4 5 6 7 8 9
15. A veces, durante la noche, finjo dormir para que mi pareja no intente hacerme el amor 1 2 3 4 5 6 7 8 9