

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL USO DE POTENCIADORES
SEXUALES EN JOVENES UNIVERSITARIOS



Trabajo de grado presentado por Rachel Freites y Luzbernice Hernández para
obtención del grado de:

DOCTOR EN MEDICINA

Santo Domingo, D.N. 2018

CONTENIDO

Agradecimientos.....	1-4
Dedicatoria.....	5-7
Resumen.....	8-9
Abstract.....	10-11
I. Introducción.....	12-13
I.1. Antecedentes	14-16
I.2. Justificación.....	17-18
II. Planteamiento del problema.....	19
III. Objetivos	20
III.1. General.....	20
III.2. Específicos	20
IV. Marco Teórico.....	21
IV.1. Estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)	21
IV.1.1. Conocimientos	21
IV.1.2. Actitudes	21
IV.1.3. Prácticas	21
IV.2. Potenciadores Sexuales	22
IV.2.1 Historia.....	22
IV.2.2. Definición	23
IV.2.3. Farmacodinamia	23-24
IV.2.4. Farmacocinética.....	24-25
IV.2.5. Criterios de uso	25-26
IV.2.6. Complicaciones	26-27
IV.3. Disfunción eréctil.....	27
IV.3.1. Anatomía del pene	27-28
IV.3.2. Fisiología de la erección.....	28
IV.3.3. Definición	28
IV.3.4. Etiología y clasificación	29
IV.3.5. Epidemiología	30
IV.3.6. Factores de riesgo.....	30-31

IV.3.7. Fisiopatología.....	31-32
IV.3.8. Diagnóstico	32-33
IV.3.8.1. Pruebas de laboratorio.....	33-34
IV.3.8.2. Ecografía doppler del pene	34
IV.3.8.3. Arteriografía selectiva del pene	35
IV.3.8.4 Exploraciones complementarias en (DE).....	35-36
IV.3.9. Diagnóstico diferencial.....	36
IV.3.10. Cuadro Clínico	37
IV.3.11. Tratamiento.....	37
IV.3.11.1. Manejo de disfunción eréctil	37- 38
IV.3.11.2. Intervención quirúrgica.....	38-39
IV.3.11.3. Prevención	39
V. Operacionalización de las variables.....	40-42
VI. Material y métodos.....	42
VI.1. Tipo de estudio	42
VI.2. Área de estudio.....	42-44
VI.3. Universo.....	44
VI.4. Muestra.....	45
VI.5. Criterios de inclusión.....	45
VI.6. Criterios de exclusión.....	45
VI.7. Procedimiento	45
VI.7. Instrumento de recolección de datos	46
VI.9. Tabulación y análisis.....	46
VI.10. Consideraciones éticas	46
VII. Resultados.....	47-58
VIII. Discusión.....	59-63
IX. Conclusión.....	64-66
X. Recomendaciones.....	67-68
VII. Referencias.....	69-75
VIII. Anexos	76
VIII.1. Cronograma	76

VIII.2. Instrumento de recolección de la información.....	77-83
VIII.3. Costos y recursos	84-85
VIII. 4 Evaluación	86

Agradecimientos

Quiero agradecer a todos nuestros compañeros que nos brindaron su apoyo incondicional en cada momento en el que nos faltaron las fuerzas, ellos estuvieron ahí para sostenernos.

Tengo un agradecimiento en particular para nuestra querida amiga y compañera Karla Ogando, que trabajó arduamente junto con nosotras para que pudiésemos lograr nuestros objetivos, haciendo suyo este trabajo, inspirándonos, guiándonos, Karla, hay cosas que nunca se olvidan durante toda la carrera, una de ellas es la forma en la que te comportaste con nosotras, gracias por ser amiga, compañera y colega.

De manera especial agradecer a todos los integrantes de la facultad de medicina, en especial a nuestros asesores el Dr. William Duke, quien sin importar la hora estaba pendiente de nuestras llamadas o mensajes guiándonos por el camino correcto para conseguir culminar con éxito nuestra carrera, al Dr. Jaime Martínez Yepes quien se adentró junto con nosotras en este trabajo y sacrificó su tiempo y nos brindó sus conocimientos de manera desinteresada para nuestro trabajo de grado. Y en especial a la Dra. Jeannette Báez quien en todo momento estuvo a nuestro lado para garantizar que el trabajo se realizara sin ningún tipo de error, buscando siempre la excelencia en sus estudiantes, gracias por impulsarnos a dar más de nosotros y no quedarnos en la zona de confort.

Y por último y no menos importante quiero dedicar unas líneas a mis compañeros de facultad, en especial a mi amiga y hermana, compañera de tesis y de maternidad Luzbernice, sabes lo especial que eres para mí, eres mi familia. A unas chicas maravillosas que estuvieron conmigo en todo momento, nos denominamos 'El Génesis', Priscilla, Allyson y Kyara gracias por estos años maravillosos de amistad, esperando continuar de la mano en cada nuevo paso que demos. Priscilla, manita, gracias por siempre tener palabras de aliento y

abrazos cálidos para mí. Mi querida Dalila, gracias por ser una amiga extraordinaria, por estar ahí para mí en las buenas y en las malas. Xavier, mi hermano de otros padres, gracias por ser familia sin llevar la misma sangre, tu y yo sabemos lo que vivimos durante todos estos largos años, solo una amistad como la tuya y la mía traspasa la línea del tiempo. Mi Leslie hermosa, gracias por brindarme tu apoyo en momentos claves de mi vida. Mirsi gracias por estar presente en mi vida y en la de mi pequeño, por ser la tía que le hablara de Disney y de mágicas aventuras. GRACIAS GUANAJOS, por las altas, por las bajas y por permanecer en pie de lucha, de cada uno de ustedes tengan por seguro me llevo un recuerdo muy especial, les deseo el mayor éxito del mundo.

Agradecer a nuestras queridas Ángela e Ivelisse quienes siempre con una sonrisa nos guiaban en cada paso que debíamos seguir.

Gracias totales, sin ustedes nada de esto sería posible.

Rachel Alexandra Freites Perez

Agradecimientos

Hay muchas personas a las que honestamente puedo agradecer que me hayan ayudado a llegar hasta aquí, para realizar mi tesis. No hay un orden de importancia y realmente espero no olvidarme de nadie. Primero y, sobre todo, me gustaría agradecerle a Dios por siempre guiarme y nunca desampararme. Sé que sin su guía no estaría aquí en este momento de mi carrera.

A mi tía Zohara y al tío Ramón. Realmente no hay palabras para expresar lo agradecido que estoy por todo lo que han hecho. Realmente no estaría escribiendo esta dedicación si no fuera por ti. No solo me abriste tu casa, sino que realmente sentí que era una de tus hijas desde el momento en que decidí venir aquí para estudiar medicina. Me has brindado apoyo incondicional y me has dado infinitos consejos. Me empujaste a lograr mis objetivos y siempre intentarlo más.

A mis primos Jairo, Yaneivi, Stephanie, Bryan. Por los paseos interminables, para todos los consejos, y para estar siempre allí. Sé que somos primos, pero para mí ustedes son mis hermanos y hermanas.

A mis hermanas Leslie, Karolyn y mi hermano José, gracias por estar siempre tan orgullosos de mí y por amarme.

Don Alberto y Doña Cecilia gracias por estar siempre allí. Cuando me casé con su hijo no solo gané a mi esposo, sino que realmente gané a otra madre y padre. Ustedes dos son personas excepcionales y tienen los corazones más grandes. En la vida conoces a muchas personas, pero cuando tienes la suerte, algunos se convierten en tu familia

Para mi amiga y mi compañera de tesis, Rachel. Eres mi hermana y siempre has estado conmigo en los momentos más importantes de mi vida.

Karla, no hay palabras ni acciones para expresar lo agradecida que estoy por todo lo que haces. Eres desinteresada, fuerte y tienes el corazón más grande. Espero que nunca cambies, te amo maná.

Rolando, Narolyn e Isamar por estar siempre allí y hacer que mi preocupación sea suya. Los amo chicos.

Luzbernice Hernandez De Holguin

Dedicatoria

Quizás para muchos en este trabajo de grado solo se mencionan a Luzbernice Hernández y a una servidora, pero oculto están los nombres de quienes me empujaron a seguir adelante, de quienes me forjaron a trabajar duro y a no tirar la toalla.

Quiero en primer lugar dedicar este trabajo a Dios por ayudarme a culminar con éxito el mayor sueño que desde niña tuve, ser médico, ayudar a otros y pedirle que continúe a mi lado en cada paso que dé en esta vida de amor, sacrificio, entrega y todo lo que conlleva ser un médico de vocación.

Dedicarle este trabajo a mi pequeño Lucas Damián, eres el motor que día a día me empuja a seguir adelante, gracias hijo por ayudarme a demostrar que un hijo no paraliza, un hijo encamina siempre y cuando tus metas sean claras. Gracias por cada día enseñarme la inocencia y el amor incondicional. Por ti cada día de sacrificio, de desvelos y de dar más de lo que creía era mi límite me demostraron que con paciencia, amor y con muchos sacrificios logras lo que quieres en tu vida. Eres el amor de mi vida y la razón por la cual he aprendido a ser fuerte.

A mis padres que sin ellos nada de esto sería posible. Gracias papi por demostrarme que la vida no es color de rosa, no es blanco o negro, a veces tenemos la escala de grises y debemos aprender a vivir al máximo en cada una de las etapas en las que estamos viviendo, gracias por enseñarme la constancia, la perseverancia, la entrega, la lucha, los principios, esas cosas que se dicen que se aprenden en las casas y no en las escuelas, precisamente por esas cosas soy lo que soy hoy en día. Gracias madre mía, tu sin lugar a dudas mereces unas líneas desde lo más profundo de mi alma, sin ti, definitivamente esto no sería posible. Este título es más tuyo que mío, desde lo simple como una taza de café a altas horas de la madrugada o esos mensajes o llamadas de ánimo durante los servicios, como lo más importante cuidar de lo más valioso que tengo que es Lucas Damián, gracias por tu apoyo incondicional, por tu

amor, por enseñarme que una madre hace los más grandes sacrificios sin esperar nada a cambio, espero ser al menos la mitad de la maravillosa madre que eres.

A ti Fer, por estar conmigo desde el inicio de la carrera, por apoyarme incluso en aquellas decisiones en las que no estabas de acuerdo. Gracias por ayudarme e inspirarme cada día, tú y Lucas son el motivo por el cual no desistí. Gracias por todo lo que has hecho por nuestra pequeña familia.

A mis hermanos Héctor Darío y Nathalie, quienes siempre estuvieron apoyándome en cada momento de mi vida y en especial de mi carrera, por darme palabras de aliento cada vez que pensaba que no podía más. Gracias por estar conmigo en las buenas y en las no tan buenas.

A mi querida Abuela Josefina quien siempre ha estado conmigo, con pocas palabras y a veces sin ellas entendía a la perfección como me sentía, gracias por enseñarme a fiarme de la bondad y la pureza que existe en las personas y a ver más allá de lo que creemos conocer.

Rachel Alexandra Freitas Pérez

Dedicatoria

A mis padres por apoyarme siempre en todos mis esfuerzos, sin importar cuán loco puedas haber pensado que son. Siempre creyeron en mí y siempre están ahí para guiarme sin juzgarme ni desanimarme. Los amo mamá y papá.

A mi esposo Camilo por ser mi roca y ser mi calma durante la tormenta. Por siempre alentarme incluso con todos mis cambios de humor. Por amarme incondicionalmente y honestamente, siendo mi mayor animadora y confidente. Te amo y te adoro.

Para mi hija Audrey Marie, querida, eres literalmente una de las razones por las que he insistido más, para ser lo mejor que puedo ser. Espero poder ser esa inspiración para ti tanto como tú has sido para mí. Por todas esas noches y madrugadas en las que llegaba tarde de los servicios o estudios y por recibirme siempre con una sonrisa y un abrazo.

Luzbernice Hernandez de Holguin

Resumen

Antecedentes: Los potenciadores sexuales son utilizados en su mayoría para la disfunción eréctil, pero en los últimos años hemos visto su utilización en jóvenes de manera recreacional y no por una necesidad médica que justifique su uso. Lo alarmante del tema es que se detectó que el consumo de potenciadores sexuales es cada vez más frecuente en jóvenes entre 18 y 30 años, ya que 1 de cada 5 admite que lo consume de forma habitual.

Material y métodos: Trata de un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal de recolección de datos prospectivos en el que se determinó los conocimientos, las actitudes y las prácticas del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios entre los años 2017-2018.

Resultados: De las universidades estudiadas, el universo fue de 712 personas con una muestra de 600 personas encuestadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, de los cuales 488 personas representando el 81.3 por ciento tenían conocimientos sobre el uso de los potenciadores sexuales y 112 personas no tenían conocimiento del tema, representando el 18.6 por ciento del total de encuestados. Es interesante saber que dentro de los 600 estudiantes encuestados, solo 151 encuestados fueron usuarios de potenciadores sexuales, representando el 25 por ciento de la población de estudio, frente a los 449 encuestados que no han utilizado potenciadores sexuales, representando el 74.8 por ciento. Cabe destacar que la mayoría de los jóvenes encuestados no están de acuerdo con el uso de los potenciadores sexuales, siendo una población de 200 encuestados los que dijeron estar en desacuerdo, representando el 33 por ciento de la población total estudiada.

Conclusión: Del estudio realizado podemos concluir que hay un gran conocimiento acerca de potenciadores sexuales, sin embargo la utilización de

los mismos va encabezada por motivos recreacionales y no por una necesidad real. Hay una parte de la población encuestada que está en desacuerdo con el uso de los potenciadores sexuales de manera recreacional, pero hay un número importante de estos que están de acuerdo con su uso y lo que más nos llamó la atención fueron aquellos que se mostraron indiferentes a la hora de su uso o no. A su vez queremos destacar la importancia que tiene el que los estén usando en el mayor porcentaje con bebidas energizantes y alcohol.

Palabras clave. Potenciadores sexuales, conocimiento, energizantes, alcohol.

Abstract

Background: Sexual enhancers are used mostly for erectile dysfunction, but in recent years we have seen their use in young people recreationally and not for a medical need to justify their use. The alarming issue is that it was detected that the consumption of sexual enhancers is more frequent in young people between 18 and 30 years, since 1 in 5 admits that they consume it regularly.

Methods: It is an observational, descriptive, cross-sectional study of prospective data collection in which the knowledge, attitudes and practices of the use of sexual enhancers in university students were determined between the years 2017-2018.

Results: Of the universities studied, the universe was 712 people with a sample of 600 people surveyed who met the inclusion and exclusion criteria, of which 488 people representing 81.3 percent had knowledge about the use of sexual enhancers and 112 people they had no knowledge of the subject, representing 18.6 percent of the total number of respondents. It is interesting to know that among the 600 students surveyed, only 151 respondents were users of sexual enhancers, representing 25 percent of the study population, compared to 449 respondents who have not used sexual enhancers, representing 74.8 percent. It should be noted that most of the young people surveyed do not agree with the use of sexual enhancers, with a population of 200 respondents who said they disagreed, representing 33 percent of the total population studied.

Conclusion: From the study conducted we can conclude that there is a great knowledge about sexual enhancers, however the use of them is for recreational reasons and not by a real medical need. There is a part of the surveyed population that disagrees with the use of sexual enhancers for recreational purposes, but there are a significant number of those who agree with its use ,and

what most caught our attention were those who were indifferent at the thought of its use or not. At the same time, we want to highlight the importance them being taken in the majority of the percentage with energy drinks and alcoholic beverages.

Key words. sexual enhancers, knowledge, energy drinks, alcohol.

I. INTRODUCCIÓN

La sexualidad, el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes, figuran en la actualidad como uno de los asuntos con mayor prioridad para la salud pública. La preocupación radica en reducir los riesgos de infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana y los embarazos tempranos no deseados.¹

Desde la antigüedad siempre ha habido una búsqueda, ya sea en la civilización oriental u occidental, para encontrar una manera de mejorar el rendimiento sexual. Se ha utilizado para estos fines alimentos, extractos de plantas y sustancias extraídas de animales como afrodisíacos, así como métodos y técnicas para lograr estos objetivos deseados.²

Los potenciadores sexuales que inhiben la 5- fosfodiesterasa revolucionaron la vida sexual de los adultos con disfunción eréctil. Pero sus usos se han expandido a un grupo inesperado que no sufre este padecimiento, sino que lo utiliza para calmar sus inseguridades frente al sexo opuesto o busca drogas para tener mejor sexo.³

El paso de los años no solo trae consigo complicaciones de salud, sino que también puede haber efectos considerables sobre el desempeño sexual, especialmente en los hombres, quienes pueden llegar a padecer de disfunción eréctil. Para ellos, los estimulantes pueden ser un aliado en su desempeño sexual. Partiendo de lo anterior, los potenciadores sexuales son un conjunto de fármacos dirigidos a tratar diferentes problemas como la disfunción eréctil, libido bajo, eyaculación precoz.³

Con el paso de los tiempos estos afrodisiacos han sido utilizados tanto por el hombre como la mujer para un mayor rendimiento sexual, entre los que podemos mencionar la famosa piedra china, que es un derivado del veneno de sapo y tiene propiedades psicoactivas y alucinógenas.⁵ También es utilizado por las mujeres la yumbina que en realidad es de uso veterinario, el cual es un derivado de varias plantas y de la corteza de árboles africanos, su modo de acción es mediante la dilatación en la zona pélvica en la mujer y su efecto es una mayor predisposición a la relajación sexual, dado que ayuda a la excitación.⁶

6

A medida que el tiempo fue avanzando, se desarrollaron otras moléculas que van dirigidas a inhibir la 5-fosfodiesterasa mejorando con ello los síntomas y signos de la disfunción eréctil. ⁵

En Europa recientemente se ha expandido un nuevo potenciador sexual llamado Furonbao, este funciona haciendo que las arterias del pene se relajen produciendo con ello una mayor erección, es común en jóvenes entre los 20 y 30 años de edad, cabe destacar que es un medicamento ilegal en España y otros países de Europa y su procedencia proviene de China. ⁷

El consumo de alcohol, las conductas de riesgo sexual y la búsqueda de sensaciones están estrechamente ligadas y son problemas que están presentes en la comunidad estudiantil. Durante mucho tiempo se ha discutido acerca de los efectos secundarios de los potenciadores sexuales y su uso desmedido, entre algunos podemos mencionar priapismo, cefaleas, incluso algún problema cardíaco. Aun cuando es seguro el potenciador sexual, un gran porcentaje de los jóvenes lo ha utilizado para mejorar su rendimiento sexual. ⁸

Cada vez se habla más de la adicción a la famosa pastilla “azul” y el auge que está teniendo en forma innecesaria en muchos jóvenes, estos fármacos son el caballito de batalla de toda una generación, motivo por el cual hace que se tengan que evaluar algunos aspectos que llevan a esta conducta, haciendo que se genere un mayor riesgo en jóvenes de sufrir algunas de las complicaciones que el uso de estos fármacos sin previa prescripción médica pueden producir, incluso llevando a estos jóvenes a la muerte. ⁸

Según algunos autores el uso de potenciadores sexuales de cualquier tipo entre la población joven, sin discriminar el sexo y sus posibles consecuencias van estrechamente ligadas a ser partícipes de relaciones sexuales sin protección, a la promiscuidad, al uso de drogas y otras sustancias ilícitas.

El fenómeno no es nuevo. Hace unos cinco años, cuando se popularizaron, la tendencia se hizo mucho mayor. La mayoría lo hacen presionados por su entorno de amigos. Sienten la necesidad de un desempeño sexual más allá de lo normal, pues miden el éxito de sus relaciones por la cantidad y no por la calidad. Y sin duda, la cultura machista de Latinoamérica influye mucho en todo esto. ⁹

Por lo general, el uso de estos fármacos entre jóvenes está asociado con el consumo previo de sustancias psicoactivas y alcohol, que deprimen la libido y generan un mal desempeño sexual. Eso los lleva a autoprescribirse este tipo de medicamentos, para compensar los efectos negativos de las primeras sustancias.⁹

I.1 Antecedentes

Both, R. realizó en Adidis Ababa, Etiopía en el año (2016) un estudio acerca de la confianza sexual: el uso sin receta de Viagra en hombres jóvenes. En este artículo se analizó cómo los hombres jóvenes utilizan el medicamento Viagra sin prescripción médica para así aumentar el desempeño sexual. Para este estudio se obtuvieron datos a través de entrevistas exhaustivas repetidas con 14 usuarios de Viagra hombres heterosexuales con edades comprendidas entre los 21-35 años de edad y charlas en grupo con estudiantes con 21 hombres y 22 mujeres. El estudio determinó que los hombres jóvenes consumían Viagra para impresionar a sus parejas, como un 'mecanismo de apoyo' cuando se sentían débiles o cansados y poder calmar la ansiedad sobre lo que ellos percibían como las expectativas de las mujeres sobre su desempeño sexual. En conclusión determinaron que algunos hombres adquirirían confianza sexual al utilizar el fármaco, otros en particular los que consumían la Viagra de forma regular paradójicamente experimentaban sentimientos de pérdida de la masculinidad.¹⁰

Calvalheira, A., Forjaz, V., & Pereira, N., en el año (2014) realizaron en Estados Unidos un estudio acerca de la adherencia a los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 en el tratamiento de la disfunción eréctil en los usuarios a largo plazo, el estudio se centró en cómo usaban los hombres los inhibidores y el abandono del fármaco. Los principales objetivos de este estudio fueron determinar la forma en la que los hombres usaban los inhibidores de la 5- fosfodiesterasa, analizar la adherencia al tratamiento, identificando los factores que influyen en el uso de los distintos fármacos. En el estudio se entrevistó a 148 hombres con diagnóstico

clínico de DE que mantuvieron el tratamiento con inhibidores de la 5-fosfodiesterasa durante más de 3 años. Las entrevistas sobre el tratamiento en curso se llevaron a cabo utilizando un cuestionario estandarizado con elementos cuantitativos y cualitativos. El estudio concluyó que los hombres revelaron una combinación de factores que influían en la adhesión a los fármacos. Los factores psicológicos y los relacionados con la medicación fueron los más prevalentes. Este estudio destacó la importancia de tomar en cuenta estos factores, tanto en el momento de la prescripción como durante el seguimiento de este, con el fin de mejorar la adherencia.¹¹

Martínez Torres J. entre otros autores, en Colombia, realizaron en el año (2013) entre los meses de abril y junio un estudio acerca de la Prevalencia y factores asociados al consumo de citrato de sildenafil en estudiantes universitarios colombianos, durante el primer semestre de 2013. Los autores buscaban determinar la prevalencia del Citrato de sildenafil y sus factores asociados en estudiantes universitarios, con el objetivo de brindar conocimiento de las prácticas sexuales en los adultos jóvenes, enfocados a la disminución de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. La información de este estudio fue recolectada por medio de una encuesta estructurada y descriptiva. El tamaño de la muestra fue de 340 estudiantes universitarios, todos masculinos entre 18-24 años de edad. El estudio determinó una prevalencia del consumo de Viagra o Citrato de Sildenafil del 7,56 por ciento. Los factores predisponentes para su uso fueron: sufrir de disfunción eréctil, al realizar el ajuste multivariado esta asociación aumentó a un 50 por ciento, y la curiosidad por el medicamento. En conclusión el consumo de Citrato de Sildenafil, aunque tiene una prevalencia baja, se relaciona, principalmente, con haber sufrido de episodios de disfunción eréctil, y la curiosidad por experimentar los efectos de ese medicamento.¹²

Villeda-Sandoval, C. y col. Realizaron una investigación en la ciudad de México, en septiembre del año (2015) con el propósito de conocer la frecuencia del uso recreacional de inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (IFDE-5) y otros potenciadores de la función sexual en el hombre sin disfunción eréctil. Fue un estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo. Se aplicó la encuesta "Salud Urológica Masculina" y el "Índice Internacional de Función Eréctil" a voluntarios masculinos entre 18 y 50 años de edad. Se analizaron variables demográficas, clínicas y de comportamiento, sobre potenciadores para mejorar

la función sexual. En el estudio se obtuvo 373 encuestas. Se analizaron 271 sujetos con vida sexual activa. La mediana de edad fue 34 años. Trece hombres (4.8 por ciento) reportaron el uso recreacional de potenciadores. Siendo el motivo más frecuente para utilizarlos: mayor confianza para lograr una erección. En conclusión la prevalencia del uso de potenciadores sexuales en su muestra de población fue menor a la descrita en la literatura.¹³

Cimas, M. en Buenos Aires, Argentina en el año (2016) realizó un estudio acerca de: El consumo de viagra en jóvenes heterosexuales. Tenía como objetivo analizar el consumo de viagra en jóvenes heterosexuales con fines recreativos. Se realizó una revisión bibliográfica de las bases de datos PsycInfo, Scielo, Redalyc, Dialnet, y Science Direct, utilizando como palabra clave “Viagra Consume”. Asimismo, se realizó una revisión en los principales medios gráficos de su país. Los resultados fueron que los datos encontrados muestran que en Latinoamérica hay 3 millones de hombres que consumen Viagra sin prescripción médica, lo cual lleva a que se estime que cada 2 minutos se consume una de estas pastillas. Si bien no se encontraron estudios científicos en su país, en una encuesta realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se detectó que el consumo de Viagra es cada vez más frecuente en jóvenes entre 18 y 30 años, ya que 1 de cada 5 admitió que lo consume en forma habitual. Discusión: Los resultados hallados muestran que los jóvenes heterosexuales consumen viagra con fines recreativos, lo cual nos lleva a pensar en las causas y/o factores que inciden en el mismo.¹⁴

Pérez de la Cruz, A. Peña Tavaréz, M. Cuevas Pérez, N. entre los meses de abril y junio en el año (2012) realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal en hombres jóvenes de 17- 25 años de edad en Piedra Blanca de Haina, San Cristóbal con el objetivo de identificar el uso de estimulantes sexuales entre la población mencionada. La población estuvo constituida por 1,000 hombres jóvenes y la muestra representativa fue 707 jóvenes. Los datos fueron recopilados en este estudio por medio de cuestionarios y entrevistas realizados de forma directa. Los resultados revelaron, que 707 jóvenes (70.7 por ciento) usaban estimulantes sexuales al momento de la investigación y un 56.6 por ciento de la población eran universitarios. Un total de 650 (91.09 por ciento) de los jóvenes, conocían dichas sustancias. Las mezclas más frecuentes eran las bebidas energizantes con un 40.6 por ciento. Un 54.7 por ciento (387 jóvenes) los usaban por fines de estar en la moda según expresaron.¹⁵

Falcón Batalle, M. en el mes de marzo en el año (2011), realizó una investigación con el objetivo de determinar el uso de estimulantes sexuales en

estudiantes del nivel medio del Liceo Vespertino Juan Pablo Duarte entre marzo-abril del 2011. Se obtuvo una muestra de 273 estudiantes masculino. Los resultados arrojaron que 13.2 por ciento de los estudiantes del liceo, habían utilizado estimulantes sexuales, con una frecuencia de uso de cada 15 días. Entre los datos recolectados se encontró que el efecto secundario más frecuente, fue la calentura de la cabeza en un 25 por ciento. Un 28.6 por ciento de los estudiantes destacó que la publicidad de los medios de comunicación fue la mayor razón de uso de estimulantes sexuales. En conclusión los datos recolectados muestran una alta frecuencia de uso de estimulantes sexuales en los jóvenes masculinos.¹⁶

1. 2 Justificación

Tener prácticas sexuales no protegidas, y el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes, son dos de las mayores preocupaciones de la salud pública en la actualidad. Desde tiempos muy remotos el hombre y la mujer han buscado sustancias que les permitan incrementar su placer sexual y han recurrido a plantas, alimentos, y por supuesto, a sustancias naturales o sintéticas como lo son los potenciadores sexuales.¹⁷

Estos medicamentos se han convertido en sinónimo de potencia, fuerza, poder, masculinidad, vigor e inclusive seguridad. Para muchos, la protección que proviene de estos fármacos la vuelven una herramienta “salvadora” en situaciones específicas, en las que el pene erecto tiene un lugar preponderante.¹⁸

Investigaciones alrededor del mundo, han mostrado que hombres bastante jóvenes y sin receta médica están haciendo uso de estos productos como parte de sus experimentaciones sexuales, planificadas o no, para “fortalecer” sus erecciones.¹⁷

Lo usual es que el uso de estos fármacos en jóvenes está asociado con el consumo previo de sustancias energizantes, psicoactivas y alcohol, que a su vez deprimen la libido, generando así un mal desempeño sexual, por lo que recurren a estos medicamentos queriendo así disminuir o erradicar los efectos negativos de las sustancias que consumieron previo a la actividad sexual.⁸

El problema radica en que estos fármacos producen vasodilatación, no solo en los senos cavernosos del pene logrando así la erección, sino en todo el cuerpo y el riesgo para la salud es muy alto cuando se combina con otro vasodilatador,

pues puede llevar a un colapso circulatorio, sobre todo en aquellos que tienen problemas cardiovasculares. Muchos de ellos, no sabiendo que tienen condiciones cardiovasculares consumen estas sustancias y ahí vienen las muertes súbitas, los infartos agudos al miocardio (IAM), y distintos problemas a nivel cardíaco e incluso neurológico.^{19 20 21}

Se decide realizar esta investigación sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios, ya que hemos visto a lo largo de los años que hay poco que le expliquen la realidad a los jóvenes sobre los posibles efectos secundarios que podrían ocurrir con el uso de los potenciadores sexuales sin importar cuál usen y sin discriminar el sexo, ya que los medios de internet o acceso a la información, suelen desinformar a los jóvenes cuando buscan información verídica sobre dichos fármacos o afrodisiacos, a la hora de experimentar relaciones sexuales.^{19 20 21}

Realizamos esta investigación por la falta de información o la limitación de la misma acerca de estudios previos realizados acerca del tema, o estudios poco detallados o con información poco sustentada acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios y sus posibles efectos secundarios.

Un dato a resaltar es el hecho de que un número importante de investigaciones estaban relacionadas a grupos vulnerables como los homosexuales e infectados con el Virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), de igual manera eran muestras pequeñas y no se incluía al sexo femenino en las investigaciones. Y por último la mayoría de estas investigaciones estaban basadas en drogas que la Food and Drug Administration (FDA) había aprobado, dejando en el olvido de sus investigaciones aquellos potenciadores sexuales naturales y los ilícitos que también se comercializan en el mercado y que nos causa gran interés pues son de uso cotidiano en todos los extractos sociales de nuestra sociedad joven.

Necesitamos como jóvenes obtener mayor información y de fuentes fidedignas acerca de temas relacionados a la sexualidad, ya que hoy en día aún se tiene mucho miedo a la hora de expresar deseos, gustos e intereses relacionados al “sexo”, es por ello que este tema nos interesa mucho, ya que a diario vemos como jóvenes se ven afectados por la falta de conocimiento a la hora de sostener relaciones sexuales sean estas con protección o no, ya que aunque puedan estos protegerse de enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados, mediante preservativos o anticonceptivos, se les olvida una parte

esencial: no colocar su vida en riesgo al utilizar potenciadores sexuales sin antes tener los conocimientos necesarios acerca de los mismos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los potenciadores sexuales se han convertido en toda una metáfora de potencia, fuerza, poder, masculinidad, vigor e inclusive seguridad.¹⁸

La idea de muchos jóvenes que recién comienzan a comprender su sexualidad, es que deben tener muchos orgasmos alcanzados por él y su pareja durante un encuentro amoroso. Esta necesidad de rendir más y mejor hace que el varón inexperto llegue al acto sexual con mucha ansiedad, y para vencerla necesita de un apoyo psicológico, de una muleta que lo ayude a lograr su cometido y esa muleta son los potenciadores sexuales.¹⁸

El mayor problema es que los jóvenes están consumiendo potenciadores sexuales como solución a la problemática social de “Mayor rendimiento sexual, sin tener ninguna condición o patología que lo amerite, sin tomar en cuenta una serie de factores que deben considerarse antes de tomar dicho fármaco y estudios han demostrado que si no tienes un problema real, no hay manera de que un individuo pueda notar una mejor erección con el fármaco y si lo nota es porque hay un problema real sea de causa orgánica o psicógena.¹⁸

Frente a esta situación nos hemos planteado lo siguiente: ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios que asisten a tres universidades privadas en Santo Domingo, Distrito Nacional en el periodo comprendido de Marzo 2017- Febrero 2018?

III. OBJETIVOS

III.1 General

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios que asisten a tres universidades privadas en Santo Domingo, Distrito Nacional en el periodo comprendido de Marzo 2017-Febrero 2018.

III.2 Específicos

1. Determinar el conocimiento de los estudiantes universitarios sobre el uso de potenciadores sexuales.
2. Determinar las actitudes de los estudiantes universitarios sobre el uso de potenciadores sexuales.
3. Determinar las prácticas con potenciadores sexuales de los estudiantes universitarios.
4. Determinar los conocimientos según las edades de los estudiantes universitarios sobre los potenciadores sexuales.

IV. MARCO TEORICO

IV.1. Estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)

Los estudios tipo <<conocimientos, actitudes y practicas (CAP)>> han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud. Se realizan para comprender mejor porque las personas actúan de la manera en la que lo hacen, y así desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios.

Los conocimientos, experiencias, la influencia social, los hábitos, la autoconfianza, la motivación, las actitudes y las posibilidades de cambio han sido identificados como determinantes del comportamiento de la salud.²²

IV.1.1. Conocimientos

La Real Academia Española (RAE) define conocimiento como: <<Noción, saber o noticia elemental de algo.²³>> También podemos definir conocimientos como la facultad del ser humano para comprender por medio de la razón de la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.²⁴

IV.1.2. Actitudes

Allport define las actitudes como: Un estado mental neutral organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directa y/o dinámica, en la respuesta de un individuo a todos los objetivos y situaciones con la cual se está relacionado.²⁵

IV.1.3. Prácticas

Podemos definir las prácticas como la realización o ejercicio de una profesión u otra actividad de manera habitual y continuada.²⁶

IV.2. Potenciadores Sexuales

IV.2.1 Historia

El tratamiento de la (DE) fue revolucionando con el descubrimiento del sildenafil, conocido como el viagra que es el nombre comercial.

Sintetizaron la droga en el año 1989, en el centro de investigación de Kent, en Inglaterra. Los científicos Peter Dunn y Albert Wood fueron retratados en la compañía como los inventores del sildenafil junto con otros compañeros de trabajo de Pfizer.

En 1991 los investigadores Peter Ellis y Nick Turret del centro de investigación Pfizer se dieron cuenta que la droga inhibía la enzima 5- fosfodiesterasa, y que podría ser buena en el tratamiento de la disfunción eréctil, para ese entonces la primera fase clínica dio resultados inconclusos acerca del uso de la droga en el tratamiento de angina.

En 1992 la segunda fase del estudio del sildenafil como tratamiento de angina, revela otro efecto secundario, la erección del pene. Con respecto a la angina solo existía un efecto mínimo hemodinamicamente.

En 1993 estudios experimentales acerca del citrato de sildenafil para el tratamiento de disfunción eréctil fueron llevados a cabo en Bristol, Inglaterra. Los sujetos involucrados en el estudio, recibieron la droga tres (3) veces al día por una semana.

En 1994 el segundo estudio realizado para la disfunción eréctil con el fármaco, indico que una vez al día este aumente la erección. Pfizer viendo estos

resultados aceleró el programa del sildenafil y su relación con la impotencia sexual.

En los años posteriores con un total de veinte (20) ensayos clínicos hacia el año 1997, con un total de 4,500 sujetos involucrados, ellos discutieron que la Viagra (ahora como un tratamiento para la impotencia), era efectiva y segura. En ese mismo año Pfizer presenta documentos que aprobaban la droga a la FDA (Food and Drugs Administration), quienes acuerdan dar prioridad a aquellos fármacos que proporcionan grandes avances en el tratamiento o los que son de importancia en la salud vital.

En 1998 la FDA aprueba la Viagra como el primer medicamento oral para el tratamiento de la disfunción eréctil. ³

IV.2.2. Definición

Los potenciadores sexuales son sustancias, fármacos o afrodisiacos que incrementan el deseo y la potencia sexual. ²⁷

También están en el mercado de manera ilícita muchos de ellos los siguientes: la piedra china que es mundialmente reconocida, siendo esta un derivado del veneno de sapos y tiene propiedades psicoactivas y alucinógenas. ⁶ La yumbina que su uso real es veterinario, es popularmente usado por mujeres para una mayor predisposición a la relajación sexual, ayudando a estas a la excitación por medio de la dilatación pélvica. ⁷ En Europa recientemente se ha popularizado el potenciador sexual Furonbao, que hace que las arterias del pene se relajen produciendo una mejor erección. ⁸

IV.2.3. Farmacodinamia

Parte del proceso fisiológico de la erección incluye al sistema nervioso parasimpático causando la liberación de óxido nítrico (NO) en el cuerpo cavernoso del pene. El NO se une a los receptores de la enzima guanilato ciclasa, lo que deriva en niveles aumentados de guanosín monofosfato cíclico (GMPc), llevando a una relajación del músculo liso del cuerpo cavernoso, mediante vasodilatación de las arterias helicinas del interior del pene. La

vasodilatación incrementa el flujo de sangre en el interior del pene, causando así la erección.^{28 29}

Los inhibidores específicos de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5) que son responsables de la degradación del cGMP en el cuerpo cavernoso. La estructura molecular de estos fármacos son similares a la del cGMP compitiendo por la unión de éste a PDE5. El resultado es que el cGMP permanece más tiempo en el interior del pene, produciéndose erecciones más potentes y mantenidas. Los principios activos como el tadalafilo (Cialis®) y el vardenafile (Levitra®) actúan siguiendo el mismo mecanismo que el sildenafil. Sin estimulación sexual, y por ende, en ausencia de activación del sistema NO/cGMP, estos fármacos no causan una erección.^{28 29}

Los potenciadores sexuales son metabolizados por las enzimas hepáticas y excretado tanto por el hígado como por los riñones. Tomado con una dieta altamente grasa, su tiempo de absorción se incrementa en más de una hora y su concentración máxima en el plasma sanguíneo se reduce en dos terceras partes, disminuyendo considerablemente por tanto sus efectos.^{28 29}

IV.2.4. Farmacocinética

Los potenciadores sexuales de las moléculas dirigidas a inhibir la 5-fosfodiesterasa se administran por vía oral absorbiéndose rápidamente siendo su biodisponibilidad absoluta del 40 por ciento, la farmacéutica es lineal dentro del rango de dosis recomendadas, siendo las concentraciones plasmáticas máximas alcanzadas a los 30 a 120 minutos, de la administración en ayunas. Cuando el fármaco se toma con la comida, la velocidad de la absorción se reduce, con un retaso de 1 hora en llegar a las concentraciones plasmáticas máximas y una reducción de las mismas en un 29 por ciento. Una vez en la circulación sistémica, el sildenafil se distribuye ampliamente por todo el organismo con un volumen de distribución de 105 litros. Tanto el sildenafil como su principal metabolito, el N-Demetil-Sildenafil, que tiene la misma actividad que

el fármaco nativo, aunque es menos potente, se une extensamente a las proteínas del plasma (96 por ciento). Menos del 0.001 por ciento de la dosis administrada se recupera a los 90 minutos en el semen de los voluntarios. ^{28 29}

Los inhibidores de la 5- fosfodiesterasa son metabolizados por las isoenzimas hepáticas del citocromo p-450, siendo la más importante la CYP3A4, aunque también participa la CYP2C9. El desmetilmetabolito activo participa en un 20 por ciento en la efectividad clínica del fármaco, siendo posteriormente metabolizado a compuestos inactivos que se excretan primariamente en las heces. Tanto el sildenafil como su metabolito activo tienen una semivida de eliminación en unas 4 horas, en la orina se recupera tan solo el 13 por ciento de la dosis administrada. Los pacientes de más de 65 años muestran un aclaramiento reducido del sildenafil con unas concentraciones plasmáticas y un área bajo la curva casi el doble de las obtenidas en sujetos más jóvenes. De igual forma, en pacientes con cirrosis hepática (tipo A y B dentro de la clasificación de Child-Plugh), muestran un aumento tanto las concentraciones plasmáticas (47 por ciento) como de la AUC (84 por ciento) en comparación con los sujetos “normales”. ^{28 29}

IV.2.5.Criterios de uso

Los potenciadores sexuales como el sildenafil se usan para tratar la disfunción eréctil en los hombres (impotencia; incapacidad para tener una erección o mantenerla). El sildenafil (Revatio) se usa para mejorar la capacidad de ejercicio en adultos quienes padecen de hipertensión pulmonar (HTP; presión arterial alta en los vasos que llevan sangre a los pulmones, lo que provoca falta de aire, mareo y cansancio). Sildenafil no debe utilizarse en niños. El sildenafil pertenece a una clase de medicamentos denominados inhibidores de la fosfodiesterasa (PDE, por sus siglas en inglés). El sildenafil sirve para tratar la disfunción eréctil porque aumenta el flujo sanguíneo hacia el pene durante la estimulación sexual. Ese aumento del flujo sanguíneo puede provocar una erección. Este tipo de molécula trata la HTP al relajar los vasos sanguíneos de los pulmones para permitir que la sangre fluya con facilidad.

El sildenafil como los demás potenciadores sexuales dirigidos a la inhibición de la 5-fosfodiesterasa no curan ni aumentan la libido y tampoco evitan el embarazo

ni las enfermedades de transmisión sexual, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).^{27 30}

IV.2.6.Complicaciones

Los distintos potenciadores sexuales pueden provocar algunos efectos secundarios. Como los siguientes:

1. Dolor de cabeza
2. Acidez estomacal
3. Diarrea
4. Bochornos (sensación de calor)
5. Sangrado nasal
6. Dificultad para dormir o permanecer dormido
7. Entumecimiento, ardor u hormigueo en los brazos, las manos, los pies o las piernas
8. Dolores musculares
9. Cambios en la visión del color (ver los objetos con matiz azulado o tener dificultad para distinguir entre el azul y el verde)
10. Sensibilidad a la luz
11. Algunos efectos secundarios pueden ser graves como los mencionados a continuación:
12. Pérdida repentina y grave de la visión
13. Visión borrosa
14. Disminución o pérdida repentinamente de la audición
15. Zumbido en los oídos
16. Mareo o vahído
17. Desvanecimiento
18. Dolor en el pecho
19. Falta de aire que empeora
20. Erección que es dolorosa o que dura más de 4 horas.
21. Comezón o ardor al orinar
22. Sarpullido^{19 20 21}

Algunos pacientes experimentaron pérdida repentina parcial o total de la visión después de tomar el sildenafil u otros medicamentos similares a éste. La pérdida de la visión fue permanente en algunos casos. Se ignora si la pérdida de la visión se debió al medicamento. Si experimenta pérdida repentina de la visión mientras toma algún fármaco derivado de la inhibición de la 5- fosfodiesterasa, llame de inmediato al médico. No tome ninguna otra dosis del sildenafil o medicamentos similares, como el tadalafilo (Cialis) o el vardenafilo (Levitra), así como a su vez no consuma piedra china, yumbina o Furonbao hasta que hable con su médico. ²⁷

Los investigadores dirigidos por Michael Kalloniatis, de la Universidad de Nueva Gales del Sur en Sydney, Australia, evaluaron el sildenafil en ratones portadores de retinitis pigmentosa. El sildenafil indujo un rápido descenso en la respuesta de los fotorreceptores y una respuesta bipolar "supernormal", que tardó dos semanas en volver a los niveles basales. ³²

Los hallazgos indican que estos fármacos tienen efectos directos tanto en la retina interior como en la externa, señalan los investigadores del estudio: "Experimental Eye Research" (2014; 128: 43-56), que 1 de cada 50 personas presenta características recesivas que predisponen a la degeneración de la retina. ³²

Se ha informado de casos de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, latidos cardíacos irregulares, hemorragia cerebral o pulmonar, hipertensión arterial y muerte súbita en hombres que tomaron el sildenafil para la disfunción eréctil. La mayoría de ellos, pero no todos, padecían problemas cardíacos antes de tomar el fármaco. Se ignora si esos eventos se debieron al fármaco, la actividad sexual, la enfermedad cardíaca o una combinación de esas y otras causas. ²⁷

Algunos pacientes experimentaron disminución o pérdida repentinamente de la audición después de tomar el sildenafil u otros medicamentos similares a éste. Por lo común, dicha pérdida afectó sólo un oído y no mejoró siempre cuando se suspende el medicamento. Se ignora si la pérdida de la audición se debió al medicamento. Llame de inmediato a su médico si mientras toma el sildenafil u otro fármaco o afrodisiaco, sufre pérdida repentina de la audición, acompañada

a veces de mareo o zumbido en los oídos. Si está tomando el sildenafil (Viagra) para la disfunción eréctil, no tome ninguna otra dosis de éste ni de medicamentos similares, como el tadalafilo (Cialis) o el vardenafilo (Levitra), hasta que hable con su médico. Si toma el sildenafil (Revatio) para la HTP, no suspenda el medicamento sin antes consultar a su médico. ²⁷

IV.3. Disfunción eréctil

IV.3.1. Anatomía del pene

Las partes principales son la raíz (*radix*); El cuerpo (*corpus*); Y el epitelio del pene incluyendo la piel del eje y el prepucio (prepucio) que cubre el glande del pene. El cuerpo del pene se compone de tres columnas de tejido: dos cuerpos cavernosos en el lado dorsal y un cuerpo esponjoso entre ellos en el lado ventral. La uretra masculina humana pasa a través de la glándula prostática, donde es unida por el conducto eyaculador, y luego a través del pene. La uretra atraviesa el cuerpo esponjoso, y su abertura, el meato, se encuentra en la punta del glande del pene. Es un paso tanto para la micción como para la eyaculación del semen. ³³

El pene está compuesto de varias partes:

Glande (cabeza) del pene: En los hombres no circuncidados, el glande está cubierto con un tejido rosado y húmedo llamado mucosa. Cubrir el glande es el prepucio (prepucio). En los hombres circuncidados, el prepucio se extirpa quirúrgicamente y la mucosa del glande se transforma en piel seca. ³³

• *Corpus cavernosum*: Dos columnas de tejido que corren a lo largo de los lados del pene. La sangre llena este tejido para causar una erección.

• *Corpus spongiosum*: Una columna de tejido parecido a una esponja que corre a lo largo del frente del pene y termina en el glande del pene; Se llena de sangre durante una erección, manteniendo la uretra que corre a través de ella abierta, La uretra atraviesa el cuerpo esponjoso, conduciendo la orina fuera del cuerpo.

³³

IV.3.2. Fisiología de la erección

Una erección es el resultado de cambios en el flujo sanguíneo en el pene. Cuando un hombre se excita sexualmente, los nervios causan que los vasos

sanguíneos del pene se expandan, haciendo que haya un mayor flujo de sangre llevando al endurecimiento del tejido en el cuerpo cavernoso.³⁴

IV.3.3. Definición

Disfunción eréctil (DE): de acuerdo con los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) V se considera que en la DE hay una incapacidad persistente o recurrente para alcanzar o mantener una erección adecuada hasta completar la actividad sexual (criterio A) y que la alteración cause estrés marcado o dificultades interpersonales (criterio B), además es importante analizar si la DE se puede explicar por los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (drogas de abuso, medicación, etc.) o bien a una condición médica general. La evaluación en el paciente se hace teniendo en cuenta la historia clínica. Su diagnóstico se puede apoyar mediante el uso de cuestionarios como el Sexual Health Inventory for Men (SHIM), debido a que evalúa la función eréctil en los seis meses previos a la consulta.^{35 36}

IV.3.4. Etiología y clasificación

La DE puede clasificarse de la siguiente manera:

1. Orgánica.
 - I. Vasculogénica.
 - A. Arteriogénica.
 - B. Cavernosa.
 - C. Mixta.
 - II. Neurogénica.
 - III. Anatómica.
 - IV. Endocrinológica.
2. Psicógena.
 - I. Generalizada.
 - II. Situacional.³⁷

La DE se puede clasificar en completa, moderada y mínima. La de del tipo completa se presenta con mayor frecuencia en pacientes con tabaquismo, enfermedad cardíaca tratada, hipertensión arterial y artritis reumatoide. La probabilidad de presentar DE se incrementa en pacientes que consumen medicamentos antihipertensivos, vasodilatadores o que cursan con Diabetes mellitus, obesidad, úlceras no tratadas y alergias. Varía de manera inversamente proporcional a los niveles de las lipoproteínas de alta densidad (HDL). Debe considerarse que su etiología puede ser orgánica y de origen psicológico, pero es necesario valorar en todos el riesgo cardiovascular antes de definir el tratamiento más seguro y evaluar el uso de los inhibidores de la 5 fosfodiesterasa, considerados como la primera línea de tratamiento así como otros tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Adicionalmente al tratamiento que se elija se deben realizar cambios hacia un estilo de vida más saludable. El médico familiar debe recordar que la DE no tratada tiene un importante impacto en la autoestima y las relaciones interpersonales, especialmente con la pareja.

³⁸

IV.3.5. Epidemiología

Se estima que del 5 al 47 por ciento de la población adulta presenta o manifiesta DE moderada a completa. Esta proporción aumenta en relación directa con la edad.³⁹

Se ha estimado que la DE se presenta entre aproximadamente 10 a 20 millones de hombres norteamericanos y según el Massachusetts 'Male Aging Study' se han planteado tres categorías de DE en hombres de 40 a 70 años: completa, moderada y mínima. Además, se observó que la DE aumenta con la edad; en la población masculina japonesa en 52 por ciento, mientras que en la población mexicana y afroamericana se eleva 77.5 por ciento hacia los 75 años. ³⁸

IV.3.6. Factores de riesgo

Edad

La prevalencia de DE aumenta con la edad, que está directamente relacionada con el proceso de envejecimiento. La edad se relaciona además con otros factores de riesgo descritos a continuación.

Tabaquismo

El cigarrillo es una causa conocida de daño vascular endotelial que aumenta el riesgo para enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular. El tabaquismo aumenta el riesgo de DE significativamente en pacientes con enfermedad coronaria e hipertensión.

Hipertensión

Se ha demostrado que el 15 por ciento de los pacientes en tratamiento para la hipertensión tienen DE completa. El riesgo relativo (RR) para la hipertensión en DE fue de 1,3 después de la corrección por edad y otros factores de confusión. Además, la medicación antihipertensiva es una posible causa adicional de DE como efecto adverso en pacientes hipertensos. Es decir, consistentemente en todos los estudios se ha demostrado un aumento de la incidencia de DE en los hombres hipertensos, pero esta es aún mayor en los hipertensos tratados que en los no tratados.

Diabetes

Una revisión sistemática de la literatura de publicaciones después de 1958 estimó la prevalencia de la DE en pacientes diabéticos en el 26-35 por ciento. De acuerdo con MMAS, el riesgo de DE completa en los diabéticos es 3 veces mayor que en no diabéticos. Un estudio de cohorte de más de 30.000 pacientes de edad mediana y de edad avanzada calculó un RR de 1,32 para DE en diabéticos vs. No diabéticos. La DE puede ser uno de los primeros síntomas de la diabetes. La libido es generalmente normal en este grupo de pacientes. Una parte esencial de la evaluación de los pacientes con DE es la evaluación y descarte de la diabetes como posible factor etiológico. En los pacientes diabéticos, la prevalencia de enfermedad coronaria silente es muy alta, y esta patología es un predictor fuerte de eventos coronarios y muerte por causa cardíaca. Se sugiere realizar una prueba de esfuerzo antes de comenzar un tratamiento para DE en pacientes diabéticos.

Los mecanismos etiopatogénicos de la DE en pacientes diabéticos se fundamentan en la neuropatía autónoma, los trastornos de la vasculatura del pene y el daño endotelial secundario a la diabetes.

Dislipidemia

Los niveles de colesterol están aumentados en el 26 por ciento de los hombres con DE. El RR calculado para DE en pacientes con niveles de colesterol > 240

mg/ vs. Niveles < 180 fue de 1,83. En sujetos con HDL > 60 mg/dl vs. < 30 fue de 0,3. En un estudio de pacientes con DE quienes solo tenían hipercolesterolemia como único factor de riesgo y recibieron atorvastatina, se demostró una mejoría significativa de 14,2 a 20,7 en el cuestionario de función sexual masculina, con una $p < 0,001$. El uso de estatinas y fibratos se han definido, en algunas publicaciones, como posibles causas de DE secundaria a medicamentos. Se cree que el efecto etiológico de la DE inducida por dislipidemia es la aterosclerosis de los vasos pélvicos secundaria a esta.

Sobrepeso y ejercicio

El RR para DE en hombres obesos es 60 por ciento mayor que en hombres saludables con peso normal. ^{4 0}

IV.3.7. Fisiopatología

El DSM V habla del trastorno eréctil, y especifica que por lo menos se tiene que experimentar uno de los tres síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones aproximadamente de un 75-100 por ciento de la actividad sexual en pareja, en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos:

1. Dificultad marcada para conseguir una erección durante la actividad sexual.
 2. Dificultad marcada para mantener la erección hasta finalizar la actividad sexual.
 3. Reducción marcada de la rigidez de la erección.
- A. Los síntomas deben persistir durante unos seis meses como mínimo.
- B. Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo en el individuo.
- C. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: el trastorno ha existido desde que el individuo alcanzo la madurez sexual.

Adquirido: el trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

Generalizado: no se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

Leve: evidencia de malestar leve a causa de los síntomas.

Moderado: evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas.

Grave: evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas.³⁵

IV.3.8 Diagnostico

El diagnóstico clínico de la Disfunción eréctil, consiste en dos fases. La primera, se basa en la realización de una historia clínica completa del paciente, la cual deberá abarcar todos los aspectos médicos, sexuales y psicosociales del afectado para así identificar los posibles causantes psicológicos de la DE. La otra fase consiste en un detallado examen físico y en caso de ser necesario en estudios complementarios, como estudios de imágenes, evaluación neurológica y monitoreo de tumescencia nocturna, los cuales se asentaran en buscar de manera minuciosa signos que identifiquen la causa del problema, ya sean enfermedades psiquiátricas, neurológicas, endocrinas o cardiovasculares.^{4 2 4 3}

IV.3.8.1. Pruebas de laboratorio

Las determinaciones analíticas sirven para detectar de forma selectiva y rentable las afecciones generales que suelen acompañar a una DE. Si analizamos las guías de la 'European Association of Urology', del año 2009, nos recomiendan que todos los pacientes debieran realizar una determinación sanguínea de glucosa y lípidos si no fueron analizados en los 12 meses previos. Los test hormonales deben incluir una determinación matutina de testosterona total. La

medición de testosterona libre calculada es preferible a la de la testosterona total porque determina con más exactitud el hipogonadismo.

Se pueden considerar determinaciones adicionales en pacientes seleccionados como es el PSA en los casos que se desee detectar un cáncer de próstata. Otras determinaciones hormonales como la hormona folículo-estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH), pueden ser determinadas cuando se detecta un bajo nivel de testosterona.

Los trastornos de la función endocrina afectan al comportamiento sexual, al deseo sexual y al interés por el sexo. En cuanto a los andrógenos se sigue debatiendo su papel en la función eréctil normal y anormal. En los varones con intenso hipogonadismo, el tratamiento sustitutivo con andrógenos mejora los resultados del registro de la tumescencia peneana nocturna, así como las erecciones evocadas por los estímulos eróticos. Aunque tradicionalmente se ha considerado que el papel de los andrógenos en la función eréctil normal era permisivo, cada vez existen más pruebas de que los andrógenos son fundamentales, no sólo para el comportamiento sexual, sino también para la actividad de varias vías fisiológicas y de señalización que regulan la erección. En definitiva, el hipogonadismo puede afectar a la función de los agentes erectogénicos a la hora de buscar el restablecimiento completo de la función eréctil. Shabisgh ha mostrado que la administración de testosterona a un hombre hipogonádico con una respuesta subóptima a los inhibidores de la PDE5, es altamente beneficiosa, en términos de mejoría de la respuesta. De este modo, un nivel sérico matutino de testosterona total y/o libre debe ser indicado como un test básico en un hombre con DE. ^{4 2}

IV.3.8.2. Ecografía doppler del pene

Cuando está indicada la evaluación vascular, la prueba diagnóstica más informativa es la inyección intracavernosa de PGE1 asociada con ecografía doppler color. Esto puede ser todo lo necesario para definir y determinar la gravedad. Esta exploración debe ser utilizada antes de considerar otras pruebas porque es el método menos invasivo para evaluar la disfunción eréctil de origen vascular, distinguir el priapismo de alto y bajo flujo y evaluar la placa de Peyronie. Aunque habitualmente se usa la inyección de PGE1, el empleo combinado de citrato de sildenafil y de un estímulo erótico visual puede ser eficaz para actuar como inducción farmacológica no invasiva. Además, esto puede servir para augurar la eficacia terapéutica de los inhibidores de la PDE5.

Los parámetros utilizados para la evaluación vascular son los diámetros de las arterias cavernosas, la velocidad arterial sistólica máxima o pico, la velocidad arterial del final de la diástole, el tiempo de elevación sistólica, el tiempo de aceleración de las arterias cavernosas y el índice de resistencia vascular. La velocidad sistólica pico inferior a 25 cm/sg después de la inyección intracavernosa y la estimulación sexual tiene una sensibilidad del 100 por ciento y una especificidad del 95 por ciento para seleccionar pacientes con arteriografía peneana anormal porque refleja una insuficiencia grave de las arterias cavernosas. Una velocidad sistólica pico constantemente mayor de 35 cm/sg se asocia con una arteriografía normal y define un flujo de entrada normal en las arterias cavernosas. La ecografía doppler color evalúa también con precisión la disfunción eréctil por fracaso venooclusivo y debe realizarse antes de la cavernosografía y cavernosometría. Si el resultado del estudio ecográfico es normal no hay necesidad de continuar el examen vascular. Si el resultado es anormal, se debe realizar una arteriografía y cavernosografía/ cavernosometría de infusión dinámica únicamente a los pacientes que se considera potencialmente tributarios de cirugía vascular reconstructiva.^{4 2}

IV.3.8.3. Arteriografía selectiva del pene

Hasta 1980, la arteriografía pudenda se consideraba como la prueba diagnóstica de elección en el diagnóstico de la impotencia arteriogénica. En la actualidad, menos usada, sigue siendo la prueba diagnóstica más fidedigna para detectar la DE vasculogénica. Se realiza mediante la inyección intracavernosa de un agente vasodilatador de las prostaglandinas (PGE1), seguido de la canalización selectiva de la arteria pudenda interna y la inyección de contraste radiológico. Después se evalúan la anatomía y el aspecto radiológico de las arterias ilíacas, pudendas internas y peneanas. La mejor indicación corresponde al paciente joven, menor de 50 años, con disfunción eréctil secundaria a lesión arterial traumática. En estos casos sumamente seleccionados es imprescindible un mapa vascular detallado de la anatomía arterial. Se busca un lugar aislado de oclusión arterial con posibilidades de corrección quirúrgica para planificar la reconstrucción mediante técnicas de anastomosis vasculares microquirúrgicas. La angiografía pudenda no está indicada cuando es imposible la revascularización quirúrgica. También es usada para la embolización arterial en casos de priapismo de alta flujo.^{4 2}

IV.3.8.4. Exploraciones complementarias en DE

Exploraciones Complementarias en DE: Valoración vascular.

Las exploraciones vasculares están dirigidas al diagnóstico de la disfunción eréctil de origen arterial y venooclusivo. En la práctica, la DE de origen vascular se divide en: insuficiencia arterial, venooclusiva y mixta. Se ha establecido una relación directa entre la calidad del aporte de sangre arterial al pene y las alteraciones vasculares más frecuentes, entre ellas el envejecimiento, la diabetes, la hipertensión arterial, las enfermedades vasculares arterioscleróticas, la hiperlipidemia y el tabaquismo. Las pruebas utilizadas en estos casos se clasifican dentro de tres líneas: evaluación de primera línea mediante inyección intracavernosa de prostaglandina E1 (PGE1) con estimulación combinadas, evaluación de segunda línea con ecografía doppler de pene y evaluación de tercera línea mediante cavernosometría y cavernosografía de infusión dinámica y arteriografía selectiva de pene. ^{4 2}

Exploraciones Complementarias en DE: Valoración neurológica.

En todas las evaluaciones de la DE, la historia clínica y la exploración física preceden y son básicas para la ulterior evaluación neurológica. En general, la DE neurógena no exige el empleo de pruebas especializadas. A menudo, el paciente en quien se sospecha una DE neurógena habrá sido diagnosticado anteriormente de algún proceso neurológico agudo o crónico. Cuando aparece una DE en edad juvenil, con comienzo agudo, y un resultado normal o muy bueno de la ecografía doppler peneana después de drogas vaso activas o iPDE5, son datos compatibles con DE de etiología neurógena.

La evaluación neurológica tiene como finalidad evaluar los centros periféricos, medulares y supraespinales y las vías somáticas y autónomas asociadas con los tres tipos de erección y excitación sexual. Las pruebas neurológicas que pueden aplicarse son la velocidad de conducción nerviosa, la biotesiometría, la electromiografía (EMG) bulbocavernosa y la EMG de los cuerpos cavernosos. En un estudio reciente, se ha encontrado una estrecha relación entre los resultados anormales de las pruebas de sensibilidad térmica del pene y el diagnóstico clínico de DE neurogena. A pesar de las múltiples exploraciones neurológicas descritas, en escasas ocasiones el resultado de las mismas modifica la decisión terapéutica. ³⁷

IV.3.9. Diagnóstico diferencial

Entre los diagnósticos diferenciales están: las lesiones vasculares abdominales, cirrosis, depresión, hemocromatosis, hipertensión, hipogonadismo, hipopituitarismo (panhipopituitarismo), aterosclerosis no coronaria, enfermedad de Peyronie, esclerodermia, anemia de células falciformes y diabetes mellitus tipo 2.

Además de las condiciones enumeradas en el diagnóstico diferencial, deben tenerse en cuenta las siguientes condiciones: Cáncer y tratamiento del cáncer, Epilepsia, Esclerosis múltiple, Síndrome de Guillain-Barré, Enfermedad de Alzheimer, Epispadias, Síndrome de viudedad, Ansiedad de rendimiento, Desnutrición, Leucemias, Medicamentos (por ejemplo, antidepresivos, antipsicóticos, antihipertensivos, fármacos antiulcerosos, medicamentos para la hiperlipidemia). Las expectativas excesivas por parte de los hombres que realmente tienen una función eréctil normal también deben considerarse en el diagnóstico diferencial.¹⁹

IV.3.10. Cuadro Clínico

El síntoma principal presente en una disfunción eréctil es la incapacidad para iniciar o mantener la rigidez suficiente del pene para llevar a cabo un acto sexual. También está la reducción marcada de la rigidez de la erección.^{4 1}

IV.3.11. Tratamiento

Después de que toda la información sobre el estado del paciente se ha recolectado, las diversas opciones para el manejo de la disfunción eréctil se puede discutir las opciones de tratamiento. Lo mejor es incluir a la pareja del paciente en esta discusión.¹⁹

IV.3.11.1. Manejo de la disfunción eréctil

Primero se tiene que tratar los trastornos orgánicos subyacentes (por ejemplo, diabetes, hipogonadismo, enfermedad de Peyronie) requieren un tratamiento

adecuado. Los fármacos que están temporalmente relacionados con el inicio de la DE deben ser detenidos o cambiados. La depresión y cualquier trastorno psicológico pueden requerir tratamiento. Los métodos de tratamientos no invasivos se prueban primero. Entre los primeros métodos no invasivos utilizados son los dispositivos mecánicos y los fármacos, estos deben ser utilizados al menos cinco veces antes de ser considerado ineficaz.

Hoy en día hay una selección amplia en los tratamientos farmacológicos disponibles para la DE. Para que cualquier medicamento sea efectivo, los componentes fisiológicos involucrados en el proceso eréctil deben ser funcionales. Los trastornos graves hacen que la medicación sea total o parcialmente ineficaz.

El tratamiento de primera línea de la DE suele ser un inhibidor de la fosfodiesterasa oral. En la práctica actual, los inhibidores de la PDE5 son el tratamiento más comúnmente utilizado para la DE. Los inhibidores de la fosfodiesterasa oral inhiben selectivamente la fosfodiesterasa específica de guanosina monofosfato cíclico (cGMP) tipo 5 (PDE5), la isoforma de fosfodiesterasa predominante en el pene. Estos fármacos incluyen sildenafil, vardenafil, avanafil y tadalafil. Al prevenir la hidrólisis de cGMP, estos fármacos promueven la relajación del músculo liso dependiente de cGMP que es esencial para la erección normal. Todos los inhibidores de la PDE5 causan vasodilatación coronaria directa y potencian los efectos hipotensores de otros nitratos, incluyendo los utilizados para tratar la enfermedad coronaria, así como el amil nitrito recreativo ("poppers"). Por lo tanto, el uso concomitante de nitratos e inhibidores de PDE5 puede ser peligroso y debe evitarse.

Otros fármacos utilizados incluyen la prostaglandina E1 intracavernosa o intrauretral. La Alprostadil (prostaglandina E1), es autoadministrado vía inserción intrauretral o inyección intracavernosa, puede producir erecciones con una duración media de 30 a 60 min. El alprostadil intracavernoso se puede combinar con papaverina y fentolamina para aumentar la eficacia cuando sea necesario. La dosificación excesiva puede causar priapismo en ≤ 1 por ciento de los pacientes y dolor genital o pélvico en aproximadamente el 10 por ciento. La enseñanza de la oficina y la supervisión por el médico ayudan a lograr un uso óptimo y seguro, incluyendo minimizar el riesgo de erección prolongada. La terapia intrauretral es menos efectiva para producir una erección satisfactoria (hasta el 60 por ciento de los hombres) que la inyección intracavernosa (hasta el 90 por ciento). La terapia combinada con un inhibidor de PDE5 y alprostadil

intrauretral puede ser útil para algunos pacientes que no responden a los inhibidores orales de PDE5 solo.

Debido a que casi todos los pacientes prefieren la terapia con fármacos por vía oral, se usan fármacos orales a menos que estén contraindicados o no sean tolerados.

El texto del Manual de Merk refiere que, los hombres que pueden desarrollar pero no mantener una erección pueden usar un anillo de constricción para ayudar a mantener la erección; Un anillo elástico se coloca alrededor de la base del pene erecto, previniendo la pérdida temprana de la erección. Los hombres que no pueden lograr la erección pueden utilizar primero un dispositivo de erección de vacío que atrae la sangre al pene a través de la succión, después de lo cual un anillo elástico se coloca en la base del pene para mantener la erección. Moretones del pene, frialdad de la punta del pene y falta de espontaneidad son algunos inconvenientes de esta modalidad. Estos dispositivos también se pueden combinar con terapia de fármacos si es necesario. ^{4 4 4 5}

IV.3.11.2. Intervención quirúrgica

Si después de intentar los métodos no invasivos estos fallan, se utiliza métodos invasivos para el tratamiento. Como la implantación quirúrgica de una prótesis de pene puede ser considerada. Las prótesis incluyen varillas de silicona semirrígidas y dispositivos inflables multicomponentes rellenos de solución salina. Ambos modelos llevan los riesgos de anestesia general, infección, y la erosión de la prótesis o mal funcionamiento. ^{4 4}

IV.3.11.3. Prevención

La AUA (American Urology Association) observa que debido a que la diabetes, las cardiopatías y la hipertensión aumentan el riesgo de desarrollar DE, el manejo óptimo de estas enfermedades puede prevenir el desarrollo de la DE. De manera similar, debido a que alcanzar y mantener una erección firme requiere una buena función vascular, es razonable suponer que las modificaciones del estilo de vida para mejorar la función vascular (por ejemplo, el abandono del hábito de fumar, el mantenimiento del peso corporal ideal y el ejercicio regular). En la actualidad, sin embargo, sólo unos datos mínimos respaldan estas suposiciones. ¹⁹

V. Operacionalización de las variables

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Conocimientos	Información adquirida por los estudiantes a través del tiempo	Si No	Ordinal
Actitudes	Estado mental, neutral, organizado a través de la experiencia que ejerce una influencia	Totalmente de acuerdo De acuerdo	Ordinal

	directa, en la respuesta de un individuo a todos los objetivos y situaciones con la cual está relacionada.	Indiferente En desacuerdo Totalmente en desacuerdo	
Practicas	Acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo.	Si No	Ordinal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo.	Masculino Femenino	Nominal
Experiencia	Conocimiento de algo o habilidad para ello.	Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy malo	Ordinal
Frecuencia	Número de veces en que dicho evento se repite durante un experimento.	1 vez por semana 2 veces por semana 1 vez al mes 1-2 veces al año	Ordinal

<p>Potenciadores sexuales</p>	<p>Fármacos o sustancias utilizadas para tratar la disfunción eréctil o para mejorar el rendimiento sexual masculino o femenino.</p>	<p>Dirigidos a inhibir la 5-fosfodiesterasa: Viagra Cialis Elevox Revatio Levitra</p> <p>Afrodisiacos: Piedra china Yumbina Furumbao</p>	<p>Nominal</p>
<p>Bebidas</p>	<p>Cualquier líquido que se ingiera.</p>	<p>Agua</p> <p>Bebidas energizantes</p> <p>Bebidas alcohólicas</p> <p>Bebidas gaseosas</p> <p>Otras</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Causa</p>	<p>Motivo o razón para obrar de una manera determinada.</p>	<p>Presión de la pareja</p> <p>Presión de los amigos</p> <p>Recreacional</p> <p>Para aumentar el rendimiento sexual</p>	<p>Ordinal</p>

VI. Material y métodos

VI.1. Tipo de estudio

Es un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal de recolección de datos prospectivos con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y las prácticas de los jóvenes universitarios sobre el uso de potenciadores sexuales.

VI.2. Área de estudio

El estudio se realizó en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) la cual está ubicada en el Km 7 1/2, Av. John F. Kennedy, Santo Domingo, República Dominicana, delimitada al norte por la Ave. Los Próceres, al sur por la Ave. Jhon F. Kennedy, al oeste por la calle Jardines de Bervedere y al este por la calle 1ra continuada por la calle Guayacanes.



Mapa satelital



La tercera universidad privada involucrada pide mantenerse de manera anónima.

VI.3. Universo

El universo estuvo compuesto de 712 personas que fueron los estudiantes universitarios que asistieron a la UNPHU, UNICARIBE y la tercera universidad privada involucrada a lo largo del periodo de estudio.

VI.4 Muestra

Esta estuvo conformada por 600 estudiantes universitarios, que acudieron a las universidades privadas involucradas en el estudio y que cumplieron a su vez con los criterios de inclusión y exclusión.

VI.5. Criterios de inclusión

1. No se discrimino por sexo.
2. Edad 18-30 años.
3. Que fueran estudiantes universitarios de las universidades involucradas en el estudio.
4. Estudiantes universitarios que firmaron el consentimiento informado.
5. Estudiantes universitarios que completaran todas las preguntas del formulario de encuesta.

VI.6. Criterios de exclusión

1. Aquellos estudiantes que no desearon participar en el estudio.
2. Aquellos estudiantes cuya barrera idiomática les impidió una adecuada interpretación del cuestionario.
3. Aquellos estudiantes que no firmaron el consentimiento informado.

VI.7. Procedimiento

A los estudiantes se les entrego un consentimiento informado donde se describen los aspectos éticos de la investigación, y si los mismos accedían con lo allí estipulado se le entrego el formulario para que estos lo llenaran de manera confidencial. Estuvimos aplicando las encuestas en diferentes horarios tanto matutinos, vespertinos y nocturnos.

Posteriormente los resultados fueron procesados y analizados estadísticamente para ser tabulados y presentados.

VI.8. Instrumentos de recolección de datos

Para la realización de esta investigación desarrollamos un cuestionario que recogió los tres componentes de interés para nuestro estudio: conocimientos, actitudes y prácticas del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios para la recolección de datos que consto de 24 preguntas cerradas. Este formulario fue realizado de manera anónima en el cual el participante solo dio como dato sociodemográfico, el sexo, la edad y carrera que cursa.

VI.9.Tabulación y análisis

Los datos obtenidos fueron revisados, procesados y tabulados a través de Microsoft Excel/Access y SAS 2013 para el diseño y manejo de los datos, dichos resultados fueron presentados en gráficas y tablas de porcentajes para una mayor comprensión de los datos recolectados.

VI.10. Consideraciones éticas

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la declaración de Helsinki^{4 6}, y las pautas del consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS)^{4 7}.

El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión de la unidad de investigación de la facultad de ciencias de la salud de la universidad, a través de la escuela de medicina y a su vez con la aprobación de las universidades involucradas, cuyo permisos fueron el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de los datos. Los mismos fueron manejados con suma cautela. Todos los participantes fueron abordados de manera personal y confidencial, con el fin de obtener su permiso para realizar las encuestas del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego de la confidencialidad. A la vez, la identidad de los participantes fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada estudiante de manera desvinculada, del resto de la información proporcionada en el instrumento.

VII. Resultados

De las universidades privadas que fueron encuestadas para nuestra investigación obtuvimos un universo de 712 personas con una muestra de 600 personas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, de los cuales 488 personas tenían conocimientos sobre el uso de los potenciadores sexuales y 112 personas no tenían conocimiento del tema.

La tabla 1 presenta los resultados sobre los conocimientos del uso de potenciadores sexuales de los jóvenes universitarios encuestados, de los cuales 488 personas correspondientes al 81.3 por ciento tenían conocimientos del tema y 112 personas correspondientes al 18.6 por ciento no tenían conocimientos sobre el uso de los potenciadores sexuales.

Tabla 1. Distribución de los resultados de las encuestas realizadas a estudiantes universitarios según el conocimiento sobre el uso de potenciadores sexuales. Enero 2017- Febrero 2018.

Conocimientos	Encuestados (%)
Si	488 (81.3%)
No	112 (18.6%)
Total	600 (100%)

Tabla 1. Resultados de los conocimientos de la población en estudio.

La tabla 2 presenta los resultados sobre las actitudes acerca del uso de potenciadores sexuales de los jóvenes universitarios, obteniendo como resultado que 40 encuestados están totalmente de acuerdo con el uso de los mismos siendo esto un 6.6 por ciento, por otra parte 125 encuestados están de acuerdo con el uso, representando esto un 20.8 por ciento, también 132 encuestados se mostraron indiferentes ante el uso de los potenciadores sexuales, representando el 22 por ciento, de igual forma 200 encuestados mostraron estar en desacuerdo con la utilización de los mismos

representando el 33 por ciento y por ultimo 103 encuestados se mostraron totalmente en desacuerdo con la utilización de los mismos, representando el 17.1 por ciento.

Tabla 2. Distribución de los resultados de las encuestas realizadas a estudiantes universitarios sobre las actitudes sobre el uso de potenciadores sexuales. Enero 2017- Febrero 2018.

Actitud	Encuestados (%)
Totalmente de acuerdo	40 (6.6%)
De acuerdo	125 (20.8%)
Indiferente	132 (22%)
En desacuerdo	200 (33%)
Totalmente en desacuerdo	103 (17.1%)
Total	600 (100%)

Tabla 2. Resultados de las actitudes de la población en estudio.

La tabla 3 presenta la distribución de los resultados según las practicas sobre el uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios, obteniendo como resultado que 151 encuestados que representan el 25.1 por ciento habían utilizado los potenciadores sexuales y el restante 449 que representan el 74.8 por ciento no lo habían utilizado.

Tabla 3. Distribución de los resultados de las encuestas realizadas a estudiantes universitarios según las practicas sobre el uso de potenciadores sexuales. Enero 2017- Febrero 2018.

Practicas	Encuestados
Si	151 (25.1%)
No	449 (74.8%)
Total	600 (100%)

Tabla 3. Resultados de las prácticas de la población en estudio.

La tabla 4 presenta la distribución de los resultados según las edades sobre los conocimientos del uso de los potenciadores sexuales en los jóvenes encuestados, teniendo como resultado que la edad comprendida entre 18 y 20 años muestra 94 personas que tiene conocimiento sobre el tema representando el 61 por ciento y 60 del mismo grupo no tenían conocimiento del tema representando el 39 por ciento. La edad comprendida entre 21 y 23 años muestra que 55 encuestados conocían sobre el tema

representando el 57.2 por ciento y 41 encuestados del mismo renglón de edad no tenían conocimiento representando el 43 por ciento. De la edad comprendida entre 24 y 26 años obtuvimos que 152 personas tenían conocimiento acerca del tema que representa el 95 por ciento y solo 8 personas no conocían acerca del tema en cuestión, representando el 5 por ciento y por último la edad comprendida entre 27 y 30 años muestra que 187 encuestados tenían conocimiento representando 98.4 por ciento y solo 3 no tenían conocimiento representado el 1.5 por ciento.

Tabla 4. Distribución de las edades de las encuestas realizadas a estudiantes universitarios según los conocimientos sobre el uso de los potenciadores sexuales. Enero 2017- Febrero 2018.

Edad	Conoce (%)	No conoce (%)	Total (%)
18-20	94 (61%)	60 (39%)	154 (100%)
21-23	55 (57.2%)	41 (43%)	96 (100%)
24-26	152 (95%)	8 (5%)	160 (100%)
27-30	187 (98.4%)	3 (1.5%)	190 (100%)
Total (%)	488 (81.3%)	112 (18.6%)	600 (100%)

Tabla 4. Resultados de los conocimientos de la población en estudio.

La tabla 5 nos muestra la distribución de los resultados según las actitudes sobre el uso de los potenciadores sexuales en jóvenes universitarios, mostrando como resultado que la edad comprendida entre 18 y 20 años con un total de 154 encuestados, estaban totalmente de acuerdo con el uso 7 encuestados que representaron el 4.5 por ciento, en el mismo renglón de edad 25 encuestados estaban de acuerdo con su uso que represento el 16.2 por ciento, a su vez 17 personas encuestadas se mostraron indiferentes ante el uso o no de los potenciadores sexuales representando el 11 por ciento, igual se mostraron 62 personas en desacuerdo con su uso representando estos el 40 por ciento y por ultimo 43 personas encuestadas en la edad comprendida descritas anteriormente mostraron estar totalmente en desacuerdo con el uso de los mismos, siendo estos el 28 por ciento. La edad comprendida entre 21 y 23 años con un total de 96 encuestados mostraron que estaban totalmente de acuerdo con su uso solo 3 encuestados, representando el 3.1 por ciento, de igual forma 24 encuestados estuvieron de acuerdo con su uso representando estos el 25 por ciento, del total 9 se mostraron indiferentes representando el 9.4%, también obtuvimos como resultado que 60 encuestados estuvieron en desacuerdo representando el 62.5 por ciento y ninguno se mostró totalmente en desacuerdo en este renglón de edad. Entre la edad comprendida entre 24 y 26 años obtuvimos 160 encuestados, de los cuales 18 personas estuvieron totalmente de acuerdo con el uso de los potenciadores sexuales representando el 6.25 por ciento, estuvieron de acuerdo con el uso de los mismos 38 encuestados representando estos el 23.75 por ciento, se mostraron indiferentes con el

uso de los potenciadores sexuales 47 personas encuestadas representando el 29.3 por ciento, en desacuerdo con su uso a la vez se mostraron 38 personas que representaron el 23.75 por ciento y totalmente en desacuerdo con el uso de los potenciadores sexuales fueron 19 encuestados que representaron el 11.9 % y en el último renglón de edad que es el comprendido entre los 27 y 30 años con un total de 190 encuestados mostraron que 12 personas estuvieron totalmente de acuerdo con el uso de potenciadores sexuales representando el 6.3 por ciento, a su vez 38 personas encuestadas estuvieron de acuerdo con el uso de potenciadores sexuales representando el 20 por ciento, se mostraron indiferentes ante el uso o no de potenciadores sexuales un total de 59 encuestados representando el 31 por ciento, en desacuerdo con el uso de los mismos fueron 40 personas que represento el 21 % y por ultimo estuvieron totalmente en desacuerdo 41 personas encuestadas representando el 22 por ciento del total de encuestados.

Tabla 5. Distribución de las edades de los estudiantes universitarios encuestados según las actitudes sobre el uso de potenciadores sexuales. Enero 2017- Febrero 2018.

Edad	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
18-20	7 (4.5%)	25 (16.2%)	17 (11%)	62 (40%)	43 (28%)	154
21-23	3 (3.1%)	24 (25%)	9 (9.4%)	60 (62.5%)	0 (0%)	96
24-26	18 (6.25%)	38 (23.75%)	47 (29.4%)	38 (23.75%)	19 (11.9%)	160
27-30	12 (6.32%)	38 (20%)	59 (31%)	40 (21%)	41 (21.6%)	190
Total (%)	40 (6.6%)	125 (20.83%)	132 (22%)	200 (33.3%)	103 (17.1%)	600

Tabla 5. Resultados de las actitudes de la población en estudio.

La tabla 6 nos muestra las prácticas sobre el uso de los potenciadores sexuales en los jóvenes universitarios, el cual nos arroja como resultado que del total de la población

encuestada solo 151 personas utiliza algún tipo de potenciador sexual representando el 25 por ciento del total de encuestados y 449 personas no lo utiliza representando el 74.8% del total. De la edad comprendida entre 18 y 20 años solo lo utiliza 1 persona encuestada del total de los 154 encuestados del renglón de edad antes mencionado representando el 0.65 por ciento frente a los 153 que dijeron no utilizarlos que representan el 99.3 por ciento, a su vez de los 96 encuestados de la edad comprendida entre los 21 y 23 años 48 personas admitieron el uso de los potenciadores sexuales representando el 50 por ciento frente a las 48 personas que manifestaron no utilizarlos que representaron el 50 por ciento, del total de 160 encuestados de las edades entre 24 y 26 años 42 personas encuestadas dijeron que utilizan algún potenciador sexual representando el 26.3 por ciento, frente a los 118 que dijeron no utilizarlos que representan el 73.8 por ciento y por último en el renglón de edad comprendida entre 27 y 30 años del total de 190 encuestados 60 dijeron utilizar algún potenciador sexual representando el 31.6 por ciento, frente a 130 que manifestaron no utilizarlos, representando el 68.4 por ciento del total de encuestados.

Tabla 6. Distribución de las edades de los estudiantes universitarios encuestados según las practicas sobre el uso de los potenciadores sexuales. Enero 2017- Febrero 2018.

Edad	Practica el uso	No practica el uso	%
18-20	1 (0.65%)	153 (99.3%)	154 (100%)
21-23	48 (50%)	48 (50%)	96 (100%)
24-26	42 (26.3%)	118 (73.8%)	160 (100%)
27-30	60 (31.6%)	130 (68.4%)	190 (100%)
Total	151 (25%)	449 (74.8%)	600 (100%)

Tabla 6. Resultados de las prácticas de la población en estudio.

La tabla 7 nos muestra los resultados según el rendimiento de los potenciadores sexuales en la población que resulto usuaria de los mismos, de la edad comprendida entre los 18 y 20 años el único usuario manifestó de bueno el rendimiento sexual que obtuvo al utilizar dicho potenciador sexual, representando el 100 por ciento del total de usuarios de la edad mencionada anteriormente. De la edad comprendida entre 21 y 23 años existen 48 usuarios de los cuales 13 lo califican de muy bueno representando el 27 por ciento, 14 de estos lo califican de bueno representando el 29.1 por ciento, a su vez 11 lo calificaron como malo, representando el 22.9 por ciento y por último en este renglón de edad 4 lo calificaron de muy malo, representando el 8.3 por ciento. En el renglón de edad comprendida entre 24 y 26 años obtuvimos un total de 42 usuarios de los cuales 2 lo califican de muy bueno, representando el 4.7por ciento, a su vez 25 encuestados lo califican de bueno representando el 59.5 por ciento, de regular lo califican 9 encuestados para una representación del 21.4 por ciento, de malo lo calificaron 5 personas encuestadas que representaron el 11.9 por ciento y por ultimo 1

persona encuestada lo califico de muy mala representando el 2.4 por ciento. Y el último renglón de edad comprendido este entre los 27 y 30 años del total de 60 usuarios, lo califican de muy bueno 32 personas representando estas el 53.3 por ciento, de bueno 15 usuarios lo califican representando el 25 por ciento, a su vez 12 usuarios encuestados lo califican de regular representando el 20 por ciento y de malo 1 usuario lo clasifico representando el 1.6 por ciento.

Tabla 7. Distribución de las edades de los estudiantes universitarios encuestados según el rendimiento de los potenciadores sexuales en los usuarios.

Edad	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	%
18-20	0	1 (100%)	0	0	0	1 (100%)
21-23	3 (27%)	14 (29.1%)	11 (22.9%)	6 (12.5%)	4 (8.3%)	48 (100%)
24-26	2 (4.7%)	25 (59.5%)	9 (21.4%)	5 (11.9%)	1 (2.3%)	42 (100%)
27-30	32 (53.3%)	15 (25%)	12 (20%)	1 (1.6%)	0	60 (100%)
Total	47 (31.1%)	55 (36.4%)	32 (21.1%)	12 (7.9%)	5 (3.3%)	151 (100%)

Tabla 7. Resultados del rendimiento de los potenciadores sexuales en los usuarios encuestados.

En la tabla 8 se muestran los resultados sobre la frecuencia del uso de los potenciadores sexuales. En la edad comprendida entre los 18 y 20 años tenemos que solo 1 afirma haber usado potenciador sexual y lo hacía de 1 a 2 veces al año, representado el 100 por ciento de ese renglón de edad. A su vez entre las edades de 21 y 23 años de un total de 48 usuarios encuestados, 8 usuarios afirman utilizarlo 2 veces por semana representando esto un 16.6 por ciento, 13 usuarios afirman usarlo 1 vez al mes representando el 27 por ciento y 27 encuestados afirman usarlo 1 a 2 veces por año representando el 56.2 por ciento. En el rango de edad comprendido entre los 24 y 26 años tenemos de un total de 42 usuarios que 1 usuario afirma usarlo una vez por semana representando el 2.3 por ciento, a su vez que 3 usuarios lo usan 2 veces por semana representando estos el 7.1 por ciento, también encontramos que 28 usuarios lo usan 1 vez al mes representando el 67 por ciento y 10 usuarios lo usan 1 a 2 veces por año representando el 24 por ciento. En el rango de edad comprendido entre los 27 y 30 años, 12 usuarios afirman utilizarlos una vez por semana, representando el 20 por ciento, y 30 usuarios admiten usarlo 2 veces por semana representando el 50 por ciento, así mismo 17 usuarios encuestados admiten su uso 1 vez al mes representando el 28.3 por ciento y por ultimo 1 usuario afirma usarlo 1 a 2 veces por año representando el 1.6% del total de usuarios encuestados.

Tabla 8. Distribución de las edades de los estudiantes universitarios encuestados según la frecuencia sobre el uso de los potenciadores sexuales. Enero 2017- Febrero 2018.

Edades	Una vez a la semana	Dos veces a la semana	1 vez al mes	1-2 veces al año	Total
18-20	0	0	0	1 (100%)	1 (100%)
21-23	0	8 (16.6%)	13 (27%)	27(56.2%)	48 (100%)
24-26	1 (2.3%)	3 (7%)	28 (66%)	10 (24%)	42(100%)
27-30	12 (20%)	30 (50%)	17 (28.3%)	1 (1.6%)	60 (100%)
Total	13 (8.6%)	41 (27.1%)	58 (38.4%)	39 (26%)	151(100%)

Tabla 8. Resultados según frecuencia del uso de potenciadores sexuales en la población encuestada.

En la tabla 9 se muestran los resultados según el sexo sobre los conocimientos del uso de potenciadores sexuales, obteniendo como resultado que del total de 600 encuestados que representan el 100 por ciento de la población encuestada, 297 corresponden al sexo femenino de las cuales 225 encuestadas tenían conocimiento acerca del uso de los potenciadores sexuales representado el 46.1 por ciento, mientras que el resto el cual estaba conformado por 72 encuestadas representando el 64.2 por ciento no tenían conocimientos acerca del uso de los potenciadores sexuales. El total de encuestados del sexo masculino fue de 303, de los cuales 263 estudiantes admitían conocer sobre el uso de los mismos, representando estos el 53.8 por ciento frente a 40 encuestados que conforman 35.7 por ciento que desconocían el uso de los potenciadores sexuales.

Tabla 9. Distribución de los estudiantes encuestados según sexo sobre los conocimientos del uso sobre los potenciadores sexuales. Enero 2017-Febrero 2018.

Sexo	Conoce	No conoce	Total
Femenino	225 (75.7%)	72 (24.2%)	297 (100%)
Masculino	263 (86.7%)	40 (13.2%)	303 (100%)
Total	488 (81.3%)	112 (18.6%)	600 (100%)

Tabla 9. Resultados según sexo sobre los conocimientos del uso de potenciadores sexuales de la población de estudio.

En la tabla 10 se muestran los resultados sobre las actitudes del uso de potenciadores sexuales por sexo obteniendo como resultados que de un total de 600 encuestados, 297 correspondieron al sexo femenino representando el 49.5 por ciento frente a 303 encuestados correspondientes al sexo masculino representando el 50.5 por ciento. De 40 encuestados que estuvieron totalmente de acuerdo con el uso de potenciadores

sexuales, 14 correspondieron al sexo femenino representando el 35 por ciento y 26 al sexo masculino representando el 65 por ciento. De 125 encuestados que estuvieron de acuerdo con el uso de los mismos, 42 correspondieron al sexo femenino representando el 33.6 por ciento y 83 al masculino representando el 66.4 por ciento. A su vez, 132 se mostraron indiferentes ante el uso o no de los potenciadores sexuales, de los cuales 33 correspondieron al sexo femenino representando al 25 por ciento y 99 al masculino representando el 75 por ciento. Así mismo, 200 personas se mostraron en desacuerdo de los cuales 139 eran del sexo femenino representando el 69.5 por ciento y 61 correspondiente al masculino representando el 30.5 por ciento. Por último, 103 personas manifestaron estar totalmente en desacuerdo con el uso de potenciadores sexuales, de los cuales 69 correspondieron al sexo femenino representando el 66.9 por ciento y 34 al sexo masculino representando el 33.1 por ciento del total de encuestados.

Tabla 10. Distribución de los estudiantes encuestados según el sexo, sobre las actitudes del uso de potenciadores sexuales. Enero 2017- Febrero 2018.

Actitudes	Femenino	Masculino	Total (%)
Totalmente de acuerdo	14 (35%)	26 (65%)	40 (100%)
De acuerdo	42 (33.6%)	83 (66.4%)	125 (100%)
Indiferente	33 (25%)	99 (75%)	132 (100%)
En desacuerdo	139 (69.5%)	61 (30.5%)	200 (100%)
Totalmente en desacuerdo	69 (66.9%)	34 (33.1%)	103 (100%)
Total	297 (49.5%)	303 (50.5%)	600 (100%)

Tabla 10. Resultados sobre las actitudes por sexo del uso de potenciadores sexuales en la población de estudio.

En la tabla 11 se muestran los resultados acerca de las practicas del uso de potenciadores sexuales según el sexo, obteniendo como resultado que del total de 600 encuestados representando este el 100 por ciento, 151 personas admitieron el uso de potenciadores sexuales representando esto el 25.1 por ciento, de los cuales 23

personas correspondieron al sexo femenino, representando el 8.3 por ciento y 128 correspondieron al sexo masculino representando el 42.2 por ciento, frente a las 449 personas que manifestaron que no usan los potenciadores sexuales representando el 74.9 por ciento, de los cuales 274 personas fueron de sexo femenino representando el 92.2 por ciento frente a los 175 encuestados correspondientes al sexo masculino que representan el 57.7 por ciento del total de encuestados.

Tabla 11. Distribución de los estudiantes encuestados según el sexo sobre las prácticas del uso de los potenciadores sexuales. Enero 2017- Febrero 2018.

Sexo	Practica	No practica	%
Femenino	23 (8.3%)	274 (92.2%)	297 (100%)
Masculino	128 (42.2%)	175 (57.7%)	303 (100%)
Total	151 (25.1%)	449 (74.9%)	600 (100%)

Tabla 11. Resultados sobre las practicas del uso de potenciadores sexuales según el sexo de la población de estudio.

En la tabla 12 se muestran los resultados según el rendimiento de los potenciadores sexuales según el sexo, obteniendo como resultado que del total de usuarios que fue 151 representando esto nuestro 100 por ciento, 23 correspondieron al sexo femenino, representando el 15.2 por ciento y 128 correspondieron al sexo masculino, representando el 84.8 por ciento, del total de 47 encuestados que manifestaron de muy bueno el rendimiento 14 encuestados fueron de sexo femenino y 33 encuestados fueron del sexo masculino representando el 71.3 por ciento. De 55 encuestados que manifestaron de bueno el rendimiento tras el uso de potenciadores sexuales, 3 correspondieron al sexo femenino, representando el 5.45 por ciento y 52 correspondieron al sexo masculino representando el 94.5 por ciento del total de encuestados. De 32 encuestados que manifestaron de regular el rendimiento tras el uso de los potenciadores sexuales, 2 personas corresponden al sexo femenino representando el 6.2 por ciento y 30 corresponden al sexo masculino representando el 93.8 por ciento. 12 usuarios tildaron de malo el rendimiento sexual al utilizar algún potenciador sexual. 3 de ellos de sexo femenino representando el 25 por ciento y 9 de sexo masculino representando el 75 por ciento de ese total. Por ultimo 5 personas manifestaron de muy malo el rendimiento tras el uso de estos, 1 usuario del sexo femenino representando el 20 por ciento y 4 del sexo masculino representando el 80 por ciento del total.

Tabla 12. Distribución de los estudiantes encuestados según el sexo sobre el rendimiento de los potenciadores sexuales en los usuarios. Enero 2017 - Febrero 2018.

Rendimiento	Femenino	Masculino	Total
Muy bueno	14 (29.7%)	33 (71.3%)	47 (100%)
Bueno	3 (5.5%)	52 (94.5%)	55 (100%)

Regular	2 (6.2%)	30 (93.8%)	32 (100%)
Malo	3 (25%)	9 (75%)	12 (100%)
Muy malo	1 (20%)	4 (80%)	5 (100%)
Total	23 (15.2%)	128 (84.8%)	151 (100%)

Tabla 12. Resultados sobre el rendimiento de potenciadores sexuales según el sexo de la población de estudio.

En la tabla 13 se muestran los resultados según el sexo de la frecuencia con la que usan los potenciadores sexuales, obteniendo como resultado que del total de 151 usuarios, 23 usuarios encuestados eran de sexo femenino representando el 15.2 por ciento y 128 eran del sexo masculino representando el 84.7 %. En sentido de frecuencia 13 encuestados del sexo masculino admitió consumir potenciadores sexuales 1 vez por semana para un 100 por ciento de dicha frecuencia, de un total de 41 encuestados que admitieron consumir potenciadores sexuales 2 veces a la semana 2 usuarios correspondían al sexo femenino, representando el 4.8 por ciento y 39 usuarios correspondían al sexo masculino, representando el 95.2 por ciento. De un total de 58 usuarios que admitían usar 1 vez al mes de frecuencia algún tipo de potenciador sexual, 10 usuarios correspondían al sexo femenino, representando el 17.2 por ciento y 48 usuarios correspondieron al sexo masculino, representando 85.3 por ciento. La última frecuencia valorada era de 1 a 2 veces al año, con un total de 39 usuarios que admitieron esta frecuencia, de los cuales 11 correspondían al sexo femenino, representando el 28.2 por ciento y 28 usuarios de sexo masculino, representando el 71.7 por ciento del total.

Tabla 13. Distribución de los estudiantes encuestados según el sexo sobre la frecuencia del uso de los potenciadores sexuales. Enero 2017- Febrero 2018.

Frecuencia	Femenino	Masculino	%
1 vez por semana	0	13 (100%)	13 (100%)
2 veces por semana	2 (4.8%)	39 (95.2%)	41 (100%)
1 vez al mes	10 (17.2%)	48 (85.3%)	58 (100%)
1-2 veces al año	11 (28.2%)	28 (71.7%)	39 (100%)
Total	23 (15.2%)	128 (84.7%)	151 (100%)

Tabla 13. Resultados según el sexo sobre la frecuencia del uso de los potenciadores sexuales de la población de estudio.

En la tabla 14 se muestran los resultados según la preferencia de potenciador sexual que utilizan los usuarios. Obtuvimos que de 128 usuarios de sexo masculino 25 usuarios prefirieron la Viagra, representando el 19.5 por ciento, 30 usuarios reconocen o utilizan La Pela como potenciador sexual, representando el 23.4 por ciento, a su vez 20 usuarios utilizaron o reconocen Levitra como marca comercial, representando el 15.6 por ciento, así mismo 25 usuarios utilizan o reconocen como marca comercial

Cialis, también 25 usuarios reconocieron el Elevex como marca comercial, representando el 19.5 por ciento y por último 3 usuarios reconocieron el Revatio como marca comercial, representando 2.3 por ciento del total.

Tabla 14. Distribución de los estudiantes universitarios según preferencia o reconocimiento de potenciadores sexuales. Enero 2017- Febrero 2018.

Potenciador sexual	Usuarios	%
Viagra	25	19.5%
La Pela	30	23.4%
Levitra	20	15.6%
Cialis	25	19.5%
Elevex	25	19.5%
Revatio	3	2.3%
Total	128	100%

Tabla 14. Resultados según la preferencia o reconocimiento de potenciadores sexuales de los usuarios encuestados.

En la tabla 15 se muestran los resultados del conocimiento de los afrodisiacos en nuestra población de estudio que resulto usuaria de los mismos. Obtuvimos que de 128 usuarios de sexo masculino, 120 usuarios conocían o utilizaban la piedra china, representando el 79.4 por ciento, 8 usuarios conocían el Furumbao, representando el 5.2 por ciento y de las 23 usuarias del sexo femenino, a su vez 15 usuarias conocían o utilizaban la Yumbina, representando el 9,9 por ciento.

Tabla 15. Distribución de los estudiantes encuestados sobre el conocimiento de los afrodisiacos más populares. Enero 2017- Febrero 2018.

Afrodisiaco	Usuarios	%
Piedra china	120	79.4%
Yumbina	15	9.9%
Furumbao	8	5.2%

Tabla 15. Resultados según el conocimiento o uso de los afrodisiacos mas populares en la población encuestada.

En la tabla 16 se muestran los resultados sobre con qué tipo de bebida se tomaban los potenciadores sexuales, del total de 151 usuarios, la bebida con la que más frecuente acompañaban el potenciador sexual era con los energizantes con 65 usuarios que representa el 43 por ciento, en segundo lugar están las bebidas alcohólicas con 40 usuarios, representando el 26.4 por ciento, en tercer lugar el agua con 25 usuarios representando el 16.5 por ciento, en cuarto lugar las bebidas gaseosas con 15 usuarios, representando el 9.9 por ciento y en último lugar 6 usuarios seleccionaron otras, representando el 3.9 por ciento.

Tabla 16. Distribución de los resultados de los estudiantes universitarios encuestados sobre las bebidas de preferencia con las que acompañan los potenciadores sexuales. Enero 2017- Febrero 2018.

Bebidas	Usuarios	%
Agua	25	16.5%
Energizantes	65	43%
Alcohol	40	26.4%
Gaseosas	15	9.9%
Otras	6	3.9%
Total	151	100%

Tabla 16. Resultados según la preferencia de las bebidas con las que acompañan los potenciadores sexuales en los usuarios encuestados.

En la tabla 17 se muestran los resultados de las razones por las que los usuarios iniciaron el uso de los potenciadores sexuales, de un total de 151 usuarios que representan nuestro 100 por ciento, 11 usuarios manifestaron utilizar por primera vez un potenciador sexual por presión de su pareja, representando el 7.2 por ciento, así mismo 9 usuarios dijeron que utilizaron dichos potenciadores por presión de los amigos, también encontramos que la mayoría de los usuarios en este caso 101 los han utilizado de manera recreacional representando el 66.8 por ciento y por último y en segundo lugar de razones de uso 30 usuarios lo utilizaban para aumentar el rendimiento sexual, representando el 19.8 por ciento.

Tabla 17. Distribución de los resultados de los estudiantes universitarios encuestados sobre la razón por la cual inicio el uso de los potenciadores sexuales.

Razón	Usuarios	%
Presión de la pareja	11	7.2%
Presión de los amigos	9	5.9%
Recreacional	101	66.8%
Aumentar el rendimiento sexual	30	19.8%
Total	151	100%

VIII. Discusión

Esta investigación pretende demostrar los conocimientos, actitudes, y prácticas del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios, y la misma se realizó en universidades privadas.

Los resultados sobre los conocimientos revelaron que un 81.3 por ciento tenía conocimientos sobre los potenciadores sexuales. Tomando como ejemplo la investigación realizada por Pérez de la Cruz, A. Peña Tvarez, M. Cuevas Pérez, N. en la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, República Dominicana en el 2012 de una población similar a la nuestra revelo que 91 por ciento de la población conocía dicha sustancias.¹⁵

Sobre las actitudes sobre el uso de potenciadores sexuales se revelo que un 6.6 por ciento estaba totalmente de acuerdo, un 20.8 por ciento estaban de acuerdo, un 22 por ciento indiferente, un 33 por ciento en desacuerdo, un 17.1 por ciento en desacuerdo. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio, por la razón de que no hay estudios previos realizados sobre las actitudes del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios.

Sobre la distribución de las edades, se revelo que un 25.1 por ciento ha utilizado potenciadores sexuales. Tomando como ejemplo la investigación realizada por Pérez de la Cruz, A. Peña Tvarez, M. Cuevas Pérez, N. en la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, República Dominicana en el 2012, en donde 70.7 por ciento utilizaron potenciadores sexuales. ¹⁵ Comparando con la población del estudio realizado en el 2012 las muestras obtenidas en nuestra investigación podemos apreciar una baja población que ha utilizado potenciadores sexuales.

Sobre el uso de potenciadores sexuales, se reveló que, entre las edades de 18 a 20 años, un 53.5 por ciento no conocían que era un potenciador sexual, entre las edades 21 a 23 años, un 36.6 por ciento no conocían que eran, entre las edades

24 a 26 años, un 31.1 por ciento si conocían. Entre las edades 27 a 30 años, un 38.3 por ciento si conocían. Aquí se observa que entre más alto es el rango de edad más conocimientos tienen. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio por la razón de que no hay estudios previos realizados ni en una institución o base de información según la edad y los conocimientos del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios.

Según la edad y según las actitudes entre las edades 18 a 20 años, 41.7 por ciento está totalmente en desacuerdo con el uso de potenciadores sexuales, entre 21 a 23 años, 30 por ciento en desacuerdo con el uso de los mismos, entre 24 a 26 años, un 45 por ciento está de acuerdo, entre 27 a 30 años, un 39.8 por ciento está totalmente en desacuerdo. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio por la razón de que no hay estudios previos realizados ni en una institución o base de información sobre las edades y sobre las actitudes del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios. Se destaca con los resultados obtenidos que mientras mayor es la edad, mayor nivel de aceptación hay a la hora de utilizar un potenciador o afrodisiaco sexual.

Según la distribución de las edades y según las prácticas del uso de potenciadores sexuales se revelo que entre las edades 18 a 20 años, 34 por ciento si utilizaron potenciadores sexuales, entre las edades de 21- 23 años, un 31.7 por ciento si lo ha utilizado, entre 24 a 26 años, un 27.8 por ciento ha utilizado algún tipo de potenciador sexual, entre 27 a 30 un 39.7 por ciento lo ha utilizado. Destacando que entre mayor es el rango de edad más porcentaje lo utilizaban. La edad que más lo utilizo fue entre 27 a 30 años. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio por la razón de que no hay estudios previos realizados ni en una institución o base de información sobre las edades y las actitudes del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios.

Según la distribución de edades y según el rendimiento los datos obtenidos revelan que, entre las edades de 18 y 20 años, un 100 por ciento de la muestra de usuarios, indico rendimiento muy bueno, entre 21 y 23 años, un 29.1 por ciento indico un buen rendimiento con el uso, entre 24 y 26 años, un 59.5 por ciento indico buen rendimiento, entre 27 y 30 años, un 53.3 por ciento indico un

muy buen rendimiento. Indicando que la mayoría de la población que dijo utilizar los potenciadores sexuales obtuvo un rendimiento favorable, en la población de edad entre 24 y 26 años fue el porcentaje más alto. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio por la razón de que no hay estudios previos realizados ni en una institución o base de información sobre las edades y según el rendimiento del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios.

Según las distribuciones de edades y según la frecuencia de usos de potenciadores sexuales entre las edades 18 y 20 años, un 100 por ciento representando que una persona lo utilizaba 1 o dos veces al año, entre las edades 21 y 23 años, un 56.2 por ciento lo utilizaron 1 a 2 veces al año, entre 24 y 26 años, 66.6 por ciento lo utilizaron 1 o 2 veces al mes, entre las edades de 27 y 30 un 50 por ciento lo utilizaban dos veces a la semana. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio por la razón que no hay estudios previos realizados ni en una institución o base de información sobre las edades y la frecuencia de uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios.

Según el sexo y según los conocimientos de los potenciadores sexuales revelo que un 75.7 por ciento del sexo femenino conoce que es un potenciador sexual. Según el sexo masculino 86.7 por ciento tiene conocimiento sobre los potenciadores sexuales. Se revela que en ambos sexos hay una mayor población que si tiene conocimientos sobre los potenciadores sexuales. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio por la razón que no hay estudios previos realizados ni en una institución o base de información sobre las edades y los conocimientos del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios.

Según el sexo y sobre las actitudes del uso de potenciadores sexuales se revelo que en el sexo femenino un 69.5 por ciento está en desacuerdo con el uso de potenciadores sexuales, mientras que el 75 por ciento del sexo masculino se siente indiferente sobre el uso de potenciadores sexuales. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio por la razón de que no hay estudios previos realizados ni en una institución o base de información sobre el sexo y sus actitudes sobre del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios.

Según el sexo y sobre las prácticas del uso de potenciadores sexuales se revela que en el sexo femenino 92.2 por ciento de la población femenina encuestada no ha utilizado potenciadores sexuales. Indicando un porcentaje alto negado con el porcentaje mayor que el doble, Mientras que en el sexo masculino con 57.7 por ciento de la población encuestada no había utilizado potenciadores sexuales. En esta población se observa que el sexo masculino el porcentaje de negación fue mucho menor, demostrando así que el sexo masculino es más preponderante al uso de potenciadores sexuales. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio por la razón que no hay estudios previos realizados ni en una institución o base de información según sexo sobre las prácticas del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios.

Según el sexo y sobre el rendimiento de los potenciadores sexuales en los estudiantes universitarios. Se revela que en el sexo femenino un 29.7 por ciento de la población femenina que ha utilizado potenciadores sexuales encuentra que el rendimiento es muy bueno. En el sexo masculino un 94.5 por ciento de la población masculina que ha utilizado potenciadores sexuales refiere un rendimiento bueno. Dando resultado que ambos sexos refieren un rendimiento favorable al utilizar el medicamento. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio por la razón de que no hay estudios previos realizados ni en una institución o base de información según la edad sobre rendimiento del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios.

Según el sexo y sobre la frecuencia del uso de potenciadores, en la población femenina que ha utilizado potenciadores un 28.2 por ciento lo utiliza 1 o 2 veces al año. Mientras que en la misma población el sexo masculino revelo un 95.2 por ciento lo utilizaban 2 veces a la semana. Esto indica que el sexo masculino suele utilizarlo con mayor frecuencia en la población encuestada. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio por la razón de que no hay estudios previos realizados ni en una institución o base de información según la edad sobre la frecuencia del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios.

Según la preferencia de potenciador sexual los usuarios refieren que utilizaron La Pela con un 23.4 por ciento, Viagra con un 19.5 por ciento, Cialis y Elevev

ambas con un 19.5 por ciento, Levitra un 15.6 por ciento y Revatio con un 2.3 por ciento. Dando como resultado que el potenciador sexual con nombre comercial La Pela es el más utilizado. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio por la razón que no hay estudios previos realizados ni en una institución o base de información según la preferencia del uso de potenciadores sexuales específicos en jóvenes universitarios.

Según la distribución sobre el conocimiento de los afrodisiacos más populares, revela que la Piedra china es la más conocida con un porcentaje de 79.4 por ciento, después le siguen, la Yumbina con 9.9 por ciento y Furunbao con un 5.2 por ciento. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio por la razón de que no hay estudios previos realizados ni en una institución o base de información según los conocimientos de afrodisiacos populares en jóvenes universitarios.

Según la distribución sobre las bebidas con las que acompañan su medicamento, revelo que la bebida energizante es la más utilizada con un 43 por ciento, seguido del alcohol con un 26.4 por ciento, el agua con 16.5 por ciento, bebidas gaseosas un 9.9 por ciento y otros 3.9 por ciento. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio por la razón de que no hay estudios previos realizados ni en una institución o base de información según las bebidas con las que toman los potenciadores sexuales.

Según la distribución de la razón por cual han utilizado los potenciadores sexuales, revelo que por motivos recreacionales lo utilizan un 66.8 por ciento, para aumentar el rendimiento un 19.8 por ciento, presión de pareja un 7.2 por ciento y por presión de los amigos con un 5.9 por ciento. Se observa que la razón más marcada por el usuario es por motivos de recreacionales. No se pudo tomar como ejemplo otro estudio por la razón de que no hay estudios previos realizados ni en una institución o base de información según las razones por las cuales usan el potenciador sexual en jóvenes universitarios.

IX. Conclusión

La sexualidad, el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes, figuran en la actualidad como uno de los asuntos con mayor prioridad para la salud pública. Se ha popularizado el uso de potenciadores sexuales en conjunto con sustancias sin los jóvenes verdaderamente conocer los efectos adversos al utilizarlos.

Es un riesgo no solo por los efectos adversos que la gran población desconoce al utilizarlos, siendo la población joven más vulnerable a exponerse a conductas sexuales que pueden aumentar la incidencia de enfermedades de transmisión sexual como un factor agregado a la falta de conocimiento.

- El conocimiento de uso de potenciadores sexuales en las tres universidades fue de 81.3 por ciento del total de participantes.
- En lo que se refiere a las actitudes sobre el uso de estos potenciadores sexuales, tenemos que el 33 por ciento de los encuestados estuvo en desacuerdo con esta práctica.
- Solo un 25.1 por ciento de los encuestados afirmó haber usado algún potenciador sexual.
- El grupo etario que mayor conocimiento tiene sobre los potenciadores sexuales es aquel en el rango de 27-30 años con un 38.3 por ciento y el que mayor desconoce sobre estos es el que se encuentra entre los 18-20 años con un 53.5 por ciento.

- El grupo de edad que mayor estuvo de acuerdo con el uso de potenciadores sexuales fue el grupo etario en el rango 24-26 años con un 45 por ciento mientras que el grupo etario que mayor estuvo en desacuerdo fue el de 18-20 años con un 41.7 por ciento.
- Sobre las prácticas del uso de los potenciadores sexuales tenemos que el grupo etario que más uso estas sustancias fue el de 27-30 años mientras que el que menos practica el uso de estos es el grupo de edad de 18-20 años.
- En base al rendimiento experimentado tenemos que el grupo que más se beneficio fue el de rango de 27-30 años con 32 usuarios mientras que el que menos se beneficio fue el del grupo de edad de 18-20 años teniendo que ningún usuario se benefició del uso de estos.
- En lo que concierne a la frecuencia en el uso de los potenciadores sexuales tenemos que el grupo de edad que con más frecuencia uso estas sustancias fue el de 27-30 años, de los cuales 30 dicen usarlos 2 veces a la semana mientras que el rango que menos hace uso de estas son los que se encuentran entre los 18-20 años.
- El género que mayor conocimiento tuvo sobre los potenciadores sexuales fue el masculino.
- El género que mayormente estuvo de acuerdo con el uso de los potenciadores fue el masculino.
- El género que mayor hizo uso de los potenciadores sexuales fue el masculino.
- El género que mayor rendimiento obtuvo usando potenciadores sexuales fue el masculino.

- El género que con mayor frecuencia usaba los potenciadores sexuales fue el masculino
- La marca de potenciador sexual preferida por los usuarios fue “La Pela” con un 23 por ciento de los encuestados afirmando su uso.
- El afrodisiaco que más conocían los encuestados fue “La Piedra China” con un 79.4%.
- La bebida más comúnmente usada junto a los potenciadores sexuales fue algún tipo de bebida energizante.
- La razón más frecuente por la cual los encuestados iniciaron el uso de los potenciadores sexuales fue por razones recreacionales.

X. Recomendaciones

- Desarrollar campañas de educación dirigidas a jóvenes universitarios para mostrar los efectos adversos y consecuencias que pueden llevar al utilizar potenciadores sexuales. El programa también debería abarcar una orientación acerca de los padecimientos de la disfunción eréctil, sus posibles causas y tratamientos adecuados. En realidad la población joven universitaria está poco orientada en los aspectos preventivos de su salud sexual.
- Recomendamos a las farmacias restringir medicamente la venta de estos fármacos a jóvenes que no padezcan de una condición especial que justifique su uso. Esto implica que la venta del producto requiera de una prescripción médica, como ocurre en otros países desarrollados.
- Recomendamos a los jóvenes que acudan a un profesional médico para ser evaluados antes de tomar estos fármacos.
- La educación sexual no debería ser un mito. Los jóvenes debemos y necesitamos informarnos acerca de cómo llevar una vida sexual plena y sin correr riesgos, es por ello que insistimos que la educación viene desde el hogar en todos los aspectos, los padres deberían ser abiertos y sinceros al hablar de las prácticas sexuales y de los usos de estos medicamentos.

- Orientar a los jóvenes que sienten presión por parte de su pareja, amigos o el entorno a no caer en juegos peligrosos.
- Orientar a los jóvenes acerca del peligro que asecha a la hora de mezclar potenciadores sexuales junto con bebidas energizantes, alcohol o drogas, siendo estas las que conllevan a la muerte en el peor de los casos.
- Informar a la población acerca de los afrodisiacos que se venden de manera muchas veces ilegal, puesto que los componentes de los que lo fabrican o son de uso animal, como el caso de la Yumbina, o de veneno de sapo como la tan utilizada Piedra china y aun así jóvenes acuden a su uso, provocando en estos serios problemas de salud e inclusive la muerte.

XI. Referencias

1. Arango Tobón O, Castaño Pérez G, Quintero S, Montoya Montoya C, Morales Mesa S, Rodríguez Bustamante A. Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en adolescentes bajo los efectos de alcohol y otras drogas. *Revista Cubana de Pediatría* [Internet]. 2013; 12(3). Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312013000100005&script=sci_arttext&tlng=pt
2. Skalicka-Woźniak, K., Georgiev, M. and Orhan, I. (2017). Adulteration of herbal sexual enhancers and slimmers: The wish for better sexual well-being and perfect body can be risky. *Food and Chemical Toxicology*, 108, pp.355-364.
3. Conolley, D. (2017). *Three decades of Viagra*. [en Línea] *Pharmaceutical Journal*. Disponible en: <http://www.pharmaceutical-journal.com/news-and-analysis/infographics/three-decades-of-viagra/20202847.articulo> [Accessed 2017].
4. Correa Jáuregui, D. (2010). Los inhibidores de las fosfodiesterasas en el tratamiento de la disfunción sexual eréctil. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 39, pp.255-264.
5. Nuñez, I. (2015). *La 'piedra china' es un afrodisiaco venenoso*. [online] En Pareja. Available at: <https://www.enpareja.com/salud/Alerta-afrodisiaco-veneno-20151106-0003.html> [Accessed 27 Nov. 2017].

6. Vera, F. (2017). *Yumbina Toxica Seduccion*. [online] Linea y Salud. Available at: <http://www.lineaysalud.com/salud/jovenes/yumbina-yohimbina-yohimbe> [Accessed 2017].
7. CAL L, S.L.U. U. La viagra para jovenes de veinte a treinta [Internet]. ELMUNDO. 2017 [citado 23 Octubre 2017]. Disponible desde: <http://www.elmundo.es/cronica/2015/06/28/558d9ccfe2704e2f288b456c.html>
8. Ayala Mercado E, Canabal Olivero A, Fuentes Sánchez S. Consumo problemático alcohol, conducta de riesgo sexual y búsqueda de sensaciones en estudiantes de primer semestre de una universidad privada de la ciudad de Cartagena. [Doctorado]. Universidad de San Buenaventura - Seccional Cartagena; 2016.
9. Tiempo C. El peligro de 'jugar' con potenciadores sexuales [Internet]. El Tiempo. 2017 [cited 14 December 2017]. Available from: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12140959>
10. Both R. A matter of sexual confidence: young men's non-prescription use of Viagra in Addis Ababa, Ethiopia. *Culture, Health & Sexuality*. 2015;18(5):495-508.
11. Carvalheira A, Forjaz V, Pereira N. Adherence to Phosphodiesterase Type 5 Inhibitors in the Treatment of Erectile Dysfunction in Long-Term Users: How Do Men Use the Inhibitors?. *Sexual Medicine*. 2014;2(2):96-102.
12. Martínez-Torres J, Duarte-Corredor I, García-Vásquez G, Jáuregui-Rodríguez G. Prevalencia y factores asociados al consumo de citrato de sildenafil en estudiantes universitarios colombianos, durante el primer semestre de 2013. *Duazary*. 2015;12(2):118.

13. Villeda-Sandoval C, Gonzalez-Cuenca E, Sotomayor-de Zavaleta M, Feria-Bernal G, Calao-Perez M, Ibarra-Saavedra R et al. Frecuencia del uso recreacional de inhibidores de fosfodiesterasa-5 y otros potenciadores para mejorar la función sexual [Internet]. Elsevier.es. 2017 [citado Agosto 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-urologia-302-articulo-frecuencia-del-uso-recreacional-inhibidores-X2007408512679451>
14. Cimas M. El consumo de viagra en jóvenes heterosexuales [Doctorado]. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires; 2016.
15. Pérez de La Cruz A, Pena Tavarez M, Cuevas Pérez N. Uso de estimulantes sexuales en hombres jóvenes de 17-25 años de edad, Piedra Blanca de Haina, San Cristóbal, abril - junio 2012 [Doctorado]. Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2012.
16. Falcón Batalle M. Uso de Estimulantes Sexuales Masculinos en Estudiantes de Nivel Medio del Liceo Juan Pablo Duarte enero- marzo 2011 [Doctorado]. Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2011.
17. Barreiros, C. (2016). *Potenciadores sexuales en jóvenes, ¿por qué los tomas?*. [En línea] Salud medicinas. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-masculina/articulos/potenciadores-sexuales-jovenes-por-que-tomas.html> [Accessed 2017].
18. Rovira P. La Viagra nuestra de cada día. Consumo recreacional y angustias masculinas con respecto a su potencia eréctil. Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro) [Internet]. 2014;(18):140-160. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872014000300140&script=sci_abstract&tlng=es

19. Kim MD E. Erectile Dysfunction: Practice Essentials, Background, Anatomy [Internet]. [Emedicine.medscape.com](http://emedicine.medscape.com). 2016 [citado Agosto 2017]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/444220-overview>
20. Cui H, Liu B, Song Z, Fang J, Deng Y, Zhang S et al. Efficacy and safety of long-term tadalafil 5 mg once daily combined with sildenafil 50 mg as needed at the early stage of treatment for patients with erectile dysfunction. 2017.
21. Lin, G., Lee, J., Peng, G. and Yang, F. (2014). Sildenafil can induce the onset of a cluster headache bout. *Canadian Urological Association Journal*, 8(5-6), p.378.
22. Laza Vásquez C, Sánchez Vanegas G. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. *Enfermería Global*. 2012;11 (26):408-415.
23. Diccionario de la lengua española. 23rd ed. - Madrid: Real Academia Española; 1970.
24. Rollin N, Carvajal C, Horwood J. Pocket Oxford Spanish dictionary =. [Bridgewater, NJ]: Distributed by Paw Prints/Baker & Taylor; 2011.
25. Páez D. Psicología social, cultura y educación. Madrid: Pearson Educación; 2006.
26. Larousse. New York: John Wiley; 2012.

27. HK, J (2017). *Sildenafil: MedlinePlus medicinas*. [online] Available at: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a699015-es.html> [Accessed 2017].
28. Vademecum. (2015). *Sildenafil*. [online] Available at: <https://www.vademecum.es/principios-activos-sildenafil-g04be03> [Accessed 2017].
29. KATZUNG B. BASIC AND CLINICAL PHARMACOLOGY. 13th ed. NORWALK: MCGRAW-HILL EDUC MEDICAL; 2012.
30. Beltrán-Gómez M, Sandoval-Zárata J, Pulido T. Inhibidores de fosfodiesterasa-5 para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar [Internet]. 2015 [citado Agosto 2017]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402015000300007
31. Hatzimouratidis, K. (2006). Sildenafil in the treatment of erectile dysfunction: an overview of the clinical evidence. *Clinicals Interventions in Aging*, 1(4), pp.403–414.
32. Nivison -Smith, L. (2014). Viagra could damage vision in people with an inherited eye disease. *The Pharmaceutical Journal*, [online] 293(7823). Available at: <http://www.pharmaceutical-journal.com/news-and-analysis/research-briefing/viagra-could-damage-vision-in-people-with-an-inherited-eye-disease/20066720.article> [Accessed 28 Nov. 2017].
33. Jorge, A. (2015). *Aparato Genital*. [online] Monografias. Available at: <http://www.monografias.com/trabajos14/aparato-reproduct/aparato-reproduct.shtml> [Accessed 2017].
34. Hevia Suárez M. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la disfunción sexual [Internet]. 2012 [citado 8 Agosto 2017]. Disponible en: <http://congresos.senefro.org/dp2012/modules/webstructure/files/hevia.pdf>

35. Saigal, C., Wessells, H. and Wilt, T. (2017). Disfunción Eréctil. *Archives of Internal Medicine*, [online] 166, pp.207–212. Available at: http://file:///C:/Users/RYMDOM/Downloads/ErectileDysfunction_508.pdf [Accessed 2017].
36. Muneer A, Kalsi J, Arya M. Erectile dysfunction. *The BMJ* [Internet]. 2014 [citado Agosto 2017];348:129. Disponible en <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g129>
37. Campbell M, Wein A, Kavoussi L, Partin A, Peters C, Walsh P. *Campbell-Walsh urology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.
38. Ludwig W, Phillips M. Organic Causes of Erectile Dysfunction in Men Under 40 [Internet]. *Karger.com*. 2014 [citado Agosto 2017]. Disponible en : <https://www.karger.com/Article/FullText/354931>
39. Ceballos M, Álvarez Villarraga J, Silva Herrera J, Uribe J, Mantilla D. *Guía de disfunción eréctil*. Sociedad Colombiana de Urología. 2015.
40. Martínez J. Prevalencia de comorbilidades en pacientes con disfunción eréctil. *Actas Urológicas de España*. 2013;37(1):33- 39.
41. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2014.
42. Abal V, Villalta E. Pruebas complementarias en el diagnostico de la disfunción eréctil: ¿Cuáles y cuándo? *Archivos Españoles de Urología* [Internet]. 2010;63(8):687- 692. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v63n8/15.pdf>
43. Althof S, McMahon C, Waldinger M, Serefoglu E, Shindel A, Adaikan P et al. An Update of the International Society of Sexual Medicine's Guidelines for the

Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE). *Sexual Medicine*. 2014;2(2):60-90.

44. The Merk Manual. 19th ed. whitehouse Station, NJ: Gary Zelko; 2011.

45. Wincze J, Weisberg R. *Sexual Dysfunction, Third Edition: A Guide for Assessment and Treatment*. 3rd ed. 2015.

46. Declaración de Helsinki de principios éticos para investigación médica [Internet]. 2013 [citada Agosto 2017]. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

47. COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES [Internet]. CIOMS. 2017. Disponible en: <https://cioms.ch/>

XII. Anexos

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2017-2018	
Selección del tema	2017	Febrero
Búsqueda de referencias		Febrero-Junio
Elaboración del anteproyecto		Junio-Noviembre
Sometimiento y aprobación		Diciembre
Ejecución de las encuestas		Diciembre
Tabulación y análisis de la información		Diciembre
Redacción del informe		Diciembre-Enero
Revisión del informe	2017-2018	Enero
Encuadernación		Enero
Presentación		Febrero

XII.2. Instrumentos de recolección de la información.

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)

Encuesta para trabajo de grado

Tema: Conocimientos, actitudes y prácticas del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios.

Formulario No. _____

Fecha: _____

Saludos cordiales, nuestros nombres son Rachel Alexandra Freites Pérez y Luzbernice Hernández. Estudiantes de último año de medicina. Estamos realizando una investigación para optar por el título de doctoras en medicina; la misma se basa en evaluar el Conocimiento, actitudes y prácticas del uso de potenciadores sexuales en jóvenes universitarios. La participación de usted es de suma importancia y prioritaria para nuestra investigación. La información que usted suministre en el siguiente cuestionario es confidencial, no tiene riesgo y es sin fines de lucro. Su identificación será manejada con un código de participación y sus datos personales no han de ser necesarios. Tiene usted todo el derecho de decidir de participar o no.

La realización de este cuestionario será supervisada por los doctores involucrados con asesorar esta investigación.

Gracias anticipadas por participar.

Números de teléfonos de contacto:

Dr. Jaime Martínez
(809).870.5078

Rachel Freitas
(809).980.0285

Luzbernice Hernández
(849).850.6546

Edad: _____

Sexo: _____

Universidad: _____

Carrera universitaria: _____

Bloque de conocimientos:

1. ¿Conoce usted que son los potenciadores sexuales?
A) Si
B) No

2. ¿Conoce usted que es la disfunción eréctil?
A) Si
B) No

3. ¿Conoce usted las causas o eventos que pueden llevar a una disfunción eréctil?
A) Si
B) No

4. ¿Conoce usted algunos de estos efectos adversos que puede tener una persona que tome un potenciador sexual como la Viagra, la pela entre otros? Marque con una X aquellos que usted desconoce.

Priapismo ___ (erección continua y dolorosa del pene sin apetito sexual)

Perdida de la visión ___

Congestión nasal ___

Cefalea (Dolor de cabeza) ___

Epistaxis (Sangrado de la nariz) ___

Nauseas ___

Dificultad para dormir ___

Vómitos ___

Dolor de pecho ___

Mareos ___

Ardor al orinar ___

Sarpullido ___

Zumbido en los oídos ___

5. ¿Conoce usted para qué sirve la piedra china?

A) Si

B) No

6. ¿Conoce usted que es la yumbina popularmente conocida como “YOMBINA”?

A) Si

B) No

7. ¿Conoce usted que la yumbina es de uso veterinario?

A) Si

B) No

8. ¿Conoce usted que la piedra china es elaborada a base de veneno de sapo?

A) Si

B) No

9. ¿Conoce usted que los potenciadores sexuales como el tadalafil (cialis) es utilizado para afecciones como la hipertensión pulmonar?

- A) Si
- B) No

10. ¿Has oído hablar sobre el Furonbao?

- A) Si
- B) No

Bloque de actitudes:

1. ¿Piensa usted que es correcto el uso de potenciadores sexuales como recreación?

- A) Totalmente de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indiferente
- D) En desacuerdo
- E) Totalmente en desacuerdo

2. Piensa usted que solo los hombres utilizan los potenciadores o afrodisiacos sexuales?

- A) Totalmente de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indiferente
- D) En desacuerdo
- E) Totalmente en desacuerdo

3. ¿Usted usaría algún potenciador sexual para llenar las expectativas sexuales de su pareja?

- A) Totalmente de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indiferente
- D) En desacuerdo
- E) Totalmente en desacuerdo

4. ¿Piensas que un joven necesita utilizar al menos en alguna ocasión algún tipo de potenciador sexual como “Mecanismo de apoyo”?

- A) Totalmente de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indiferente
- D) En desacuerdo
- E) Totalmente en desacuerdo

5. ¿Recomendarías a un amigo un tipo de potenciador sexual?

- A) Totalmente de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indiferente
- D) En desacuerdo
- E) Totalmente en desacuerdo

6. ¿Piensa usted que aquellos jóvenes que utilizan potenciadores o afrodisiacos sexuales tienen un mayor rendimiento sexual?

- A) Totalmente de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indiferente
- D) En desacuerdo
- E) Totalmente en desacuerdo

Bloque de práctica:

1. Ha utilizado algún tipo de potenciador sexual?

- A) Si
- B) No

Si la respuesta es "No" ha finalizado la encuesta

2. Ha sentido un mejor rendimiento al utilizarlo?

- A) Muy bueno
- B) Bueno
- C) Regular
- D) Malo
- E) Muy Malo

2. Marque con una X con que suele tomar el potenciador sexual:

Agua ___

Bebidas energizantes ___

Bebidas alcohólicas ___

Bebidas gaseosas ___

Otros ___

3. ¿Cómo fue su experiencia al utilizar ambos en conjunto?

- A) Muy bueno
- B) Bueno
- C) Regular
- D) Malo
- E) Muy Malo
- F) N/A

4. ¿Con que frecuencia suele tomarlo?

- A) 1 vez por semana
- B) 2 veces a la semana
- C) 1 vez al mes
- D) 1 o 2 veces al año

5. ¿Cuál marca comercial ha utilizado o reconoce del sildenafil? Marque con una X.

Viagra ___

La Pela ___

Levitra ___

Cialis ___

Elevox _____

Revatio ___

6. ¿Ha utilizado piedra china, como fue su experiencia con ella?

- A) Muy bueno
- B) Bueno
- C) Regular
- D) Malo
- E) Muy Malo
- F) N/A

7. ¿Cuál fue la razón de su primera vez usándolo?

- A) Presión de la pareja
- B) Presión de los amigos
- C) Recreacional (Para ver los efectos del fármaco en usted)
- D) Para aumentar el rendimiento sexual

8. ¿Ha utilizado yumbina, como fue su experiencia?

A) Muy bueno

B) Bueno

C) Regular

D) Malo

E) Muy Malo

F) N/A

XII.4 Costos y recursos

VIII.4.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none">• 2 sustentantes• 1 asesor metodológico• 1 asesor clínico• Personas que participaran en el estudio			
VIII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total

Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	10 resmas	180.00	1,800.00
Papel Mistique	1 resmas	180.00	540.00
Lápices	100 unidades	4.00	400.00
Borras	2 unidades	12	24.00
Bolígrafos	100 unidades	10	1,000
Sacapuntas	2 unidades	3.00	18.00
Computador Hardware:			
Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM;			
20 GB H.D.;CD-ROM 52x			
Impresora HP 932c			
Scanner: Microteck 3700			
Software:			
Microsoft Windows XP			
Microsoft Office XP			
MSN internet service			
Omnipage Pro 10			
Dragon Naturally Speaking			
Easy CD Creator 2.0			
Presentación:			
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data			
proyector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	10 unidades	600.00	6,000.00
Calculadoras	2 unidades	750.00	1500.00
VIII.4.3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas			
(ver listado de referencias)			

VIII.4.4. Económicos*			
Papelería (copias)	4,800 copias	1	4800.00
Encuadernación	12 informes	80.00	960.00
Empastacion	10	500	5,000
Impresión	1,000	6	6,000
Alimentación			1,200.00
Transporte			7,000.00
Inscripción del anteproyecto			28,500.00
Inscripción de la tesis			
Imprevistos			
Total			\$64,742.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

XII.5. Evaluación

Sustentantes:

Rachel Alexandra Freites Pérez

Luzbernice Hernández de Holguín

Asesores:

Dr. William Duke
Metodológico

Dr. Jaime M. Martinez Yepes
Clínico

Jurado:

Autoridades:

Dr. Eduardo Garcia
Dir. Escuela de Medicina

Dr. William Duke
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____