



La Revista Desexología está incluida en el catálogo de revistas de investigación científica Latindex

<http://www.latindex.unam.mx/index.html>



Asociación Española de Especialistas en Sexología (AES)



Academia Española de Sexología y Medicina Sexual (AESMES)



Instituto ESPILL de Psicología, Sexología y Medicina Sexual



Federación Latinoamericana
de Sociedades de Sexología y
Educación Sexual (FLASSES)



Universidad Nacional
de Educación a Distancia



Asociación Mundial
de Sexología

ÍNDICE / CONTENTS

Editorial / Editorial

Efectos del vino tinto sobre la sexualidad 5

Effects of red wine on sexuality

J. Farak Gómez, N. Ayo Nieves.

Artículos científicos originales / Original scientific articles

Síntomas prefrontales en pacientes con conducta sexual compulsiva 7

Prefrontal symptoms in patients with compulsive sexual behavior

A. Blanco Rodríguez, A. Villena Moya, C. Chiclana Actis

Actitud y conocimientos de los profesionales sanitarios de Atención

Primaria ante la sexualidad 14

Attitude and knowledge of primary health care professionals about sexuality

M. Fernández Rodríguez, P. Guerra Mora, V. Concha González

E. Martín Sánchez, M. García Ruiz, N. Martínez Menéndez

Necesidades formativas de psicólogos/as especialistas en sexología

para la atención de personas con Lesión Medular 23

Training needs of psychologist specialized in sexology to attend people

With Spinal Cord Injury

L. Touil-Satour, A. Barrera-Corominas

Las TIC y el aprendizaje de la sexualidad en adolescentes 35

ICT and learning about sexuality in adolescents

O. Suárez Leandro, JR. Álvarez López, H. Rueda Carbajal, M. Cosme Avelino

Revisión narrativa / Narrative review

Pornografía e imagen corporal: una relación compleja 45

Pornography and body image: a complex relationship

G. Mestre-Bach, C. Chiclana Actis

Reflexiones en sexología / Reflections on sexology

Reflexiones sobre sexo de forma consumista 52

Reflections on sex in a consumerist way

JA. Díaz Vallejo, ND. Ladino Cañas, JE. Chicaiza Guzmán

Sexualidad y cultura	55
Agenda / Events	62
Normas de publicación / Authors guidelines	63
Boletín de suscripción / Subscription form	93

Revista Desexología

Revista Científica de Sexología

Director

Felipe Hurtado Murillo

Directores asociados

Carlos San Martín Blanco (Santander)

María Pérez Conchillo (Valencia)

Consejo de redacción

Ana Rosa Jurado López (Málaga)

María Lameiras Fernández (Ourense)

Antonio Casaubón Alcaráz (Granada)

Andrés López de la Llave (Madrid)

Comité editorial

Marta Arasanz Roche (Barcelona)

Rosemary Coates (Australia)

José Díaz Morfa (Madrid)

Rubén Hernández Serrano (Venezuela)

Félix López Sánchez (Salamanca)

Cristina Tania Fridman (Argentina)

José Luis Arrondo Arrondo (Navarra)

Eusebio Rubio Aurioles (México)

Carmen Pérez-Llantada Rueda (Madrid)

Antonio Pacheco Palha (Oporto, Portugal)

Manuel Más García (Tenerife)

Teresita Blanco Lanzillotti (Uruguay)

José Bustamante Bellmunt (Alicante)

Beverly Whipple (New Jersey, EE.UU.)

Ignacio Moncada Iribarren (Madrid)

Eli Coleman (Minnesota, EE.UU.)

Rafael García Álvarez (Rep. Dominicana)

José Cáceres Carrasco (Navarra)

Felipe Navarro Cremades (Alicante)

Francisco Donat Colomer (Valencia)

Marcelino Gómez Balaguer (Valencia)

Olatz Gómez Llorens (Valencia)

Antonio Martín Morales (Málaga)

Ángel Luis Montejo González (Salamanca)

Manuel Lucas Matheu (Almería)

Ramón González Corrales (Ciudad Real)

Ana Puigvert Martínez (Barcelona)

Gemma Pons Salvador (Valencia)

Antonio Sánchez Ramos (Toledo)

M. José Tijeras Úbeda (Almería)

Froilán Sánchez Sánchez (Valencia)

Inmaculada Bayo (Barcelona)

Rafael Prieto Castro (Córdoba)

Isbelia Segnini (Venezuela)

Carolina Villalba (Uruguay)

Kevan Wyle (UK)

Rosa María Montaña (Valladolid)

Carlos De La Cruz (Madrid)

Silverio Saenz Sesma (Zaragoza)

Natalia Rubio (Madrid)

Koldo Seco (Bilbao)

Concepción San Luis Costas (Madrid)

Francisco Javier Giménez Río (Granada)

Luz Jaimes (Venezuela)

Jaqueline Brendler (Brasil)

María de Los Ángeles Nuñez (Ecuador)

Dinorah Machin (Uruguay)

Cristina González Martínez (España)

Ligia Vera Gamboa (México)

Francisco Javier del Río Olvera (España)

María Honrrubia Pérez (España)

Francisca Molero Rodríguez (España)

Guillermo González Antón (España)

Efectos del vino tinto sobre la sexualidad

Effects of red wine on sexuality.

Farak Gómez J¹, Ayo Nieves N².

1- Grupo de investigación GINUMED, programa de Medicina. Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena. Colombia.

2- Programa de auxiliar en enfermería. Corporación IDET. Cartagena. Colombia.

Correspondencia

Juan Farak Gómez: jfarakg10@curnvirtual.edu.co

Corporación Universitaria Rafael Núñez

www.curn.edu.co

PBX +57 5 6517088

Centro Calle de la Soledad N° 5 -70

Cartagena, Colombia

PBX +57 5 3602197

Cra 54, N° 66-54

Barranquilla, Colombia

Fecha de recepción: 19 de febrero de 2021. **Fecha de aceptación:** 10 de mayo de 2021

El estudio no ha recibido financiación. No existen conflictos de intereses.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se habla mucho de una estrecha relación entre el vino tinto y el sexo, la cual se remonta a los tiempos de las antiguas civilizaciones de Grecia y Roma. Son famosas las fiestas en honor a Baco, dios del vino, que bebían de las fiestas que los griegos realizaban en honor a Dioniso. En la actualidad, se han realizado numerosos estudios sobre el vino tinto y su poder afrodisíaco, muchos de estos estudios han llegado a la conclusión, de que sí, en efecto el vino tinto fomenta el apetito sexual [1].

Entre las características que posee este, se encuentra su capacidad vasodilatadora debido a la presencia de flavonoides, que son elementos antioxidantes del vino. La vasodilatación permitirá la circulación de la sangre llegando así a las zonas erógenas con

más facilidad. Esto produciría un aumento del deseo en ambos sexos, impulsando consigo unas relaciones más placenteras para las mujeres y favoreciendo la erección en el caso de los hombres [2].

Otra de las características del vino tinto, sería su poder para incrementar los niveles de testosterona en hombres gracias a un flavonoide en concreto, la quercetina. Recordemos que la testosterona es una hormona perteneciente al grupo de los esteroides que tiene una relación directa con el deseo sexual masculino y con la función sexual como tal [3].

Por otro lado, el vino tinto al contener alcohol, que, a su vez, contiene etanol. El cual es un compuesto químico que, en pequeñas cantidades, estimula el hipotálamo, una parte del cerebro conectada con las

reacciones de nuestro organismo ante las situaciones de estrés o de relajación. generaría una sensación de relajación que nos predispondría a disfrutar más de las relaciones sexuales [4].

Respecto a lo anterior, uno de los efectos más conocidos del alcohol es su capacidad para desinhibirnos. Esto es debido a que el alcohol cambia la manera en la que funciona nuestro cerebro, relajando la corteza frontal y disminuyendo sensaciones como vergüenza o timidez, pero, por otro lado, también afecta los reflejos y produce somnolencia. Por eso es importante que el consumo de vino sea muy moderado para así hacer más placentera la experiencia sexual [5].

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodrigues Júnior OM, Costa M. Uso de Álcool entre Homens Sexualmente Disfuncionais: Prevalência e Implicações. Rev Bras Sex Hum [Internet]. 2021;1(1).

- Available from: <http://dx.doi.org/10.35919/rbsh.v1i1.926>
2. Kusnetzoff JC. Mitos Sexuales y Realidad. Rev Bras Sex Hum [Internet]. 2021;1(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.35919/rbsh.v1i2.937>
3. Ribeiro M. Conversando sobre Sexualidade Masculina. Rev Bras Sex Hum [Internet]. 2021;2(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.35919/rbsh.v2i1.906>
4. Roberto Bastos Canella P. SEXO, SEXUALIDADE E GÊNERO. Rev Bras Sex Hum [Internet]. 2020;17(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.35919/rbsh.v17i1.445>
5. Estruch R. Efectos del alcohol en la fisiología humana. Adicciones [Internet]. 2002;14(5). Available from: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.519>

Síntomas prefrontales en pacientes con conducta sexual compulsiva.

Prefrontal symptoms in patients with compulsive sexual behavior.

Blanco Rodríguez A¹, Villena Moya A¹, Chiclana Actis C¹.

1- Consulta Dr. Carlos Chiclana.

Correspondencia

Consulta Dr. Carlos Chiclana.

Avenida de Filipinas, 52, 6º B

28003 – Madrid. España

Teléfono: 91 399 24 1 // 608 832 812

Dirección electrónica: aliciablancorodriguez@gmail.com

Fecha de recepción: 30 de noviembre de 2020. **Fecha de aceptación:** 15 de marzo de 2021

Resumen

Objetivo: explorar la presencia de sintomatología prefrontal en pacientes con Conducta Sexual Compulsiva (CSC) y realizar una comparación con pacientes con adicción a la cocaína y población control. **Diseño:** estudio cuantitativo-transversal, no experimental, retrospectivo, descriptivo y correlacional. **Emplazamiento:** se llevó a cabo en las clínicas privadas Orbium Desarrollo y Dr. Carlos Chiclana. **Participantes:** 11 pacientes con CSC, 12 pacientes con adicción a la cocaína y 30 personas sin patología. **Mediciones principales:** Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP), Inventario de Adicción al Sexo (SAST-R), variables socio-demográficas. **Resultados:** se hallaron puntuaciones por encima de la media en problemas ejecutivos y atencionales en pacientes con CSC ($p < .05$), lo cual indica que presentan síndrome disejecutivo. Los síntomas prefrontales hallados en pacientes con CSC son similares a los presentados por la población con adicción a la cocaína ($p > .05$) y superiores respecto a la población control ($p > .05$). **Conclusiones:** los resultados suponen un indicio más en la similitud de la CSC con el modelo adictivo explicativo de esta patología y la necesidad de réplica y ampliación de la investigación.

Palabras clave: conducta sexual compulsiva, adicción a la cocaína, síntomas prefrontales.

Abstract

Objective: to explore the presence of prefrontal symptoms in Compulsive Sexual Behavior (CSC) patients and compare them with patients with cocaine addiction and control population. **Design:** quantitative-cross-sectional, non-experimental, retrospective, descriptive and correlational study. **Setting:** it was carried out in the private clinics Orbium Desarrollo and Dr. Carlos Chiclana. **Participants:** 10 patients with CSC, having an abandonment, 12 patients with cocaine addiction and 30 people without pathology. **Main measurements:** Prefrontal Symptom Inventory (ISP), Sex addiction Inventory (SAST-R) and a socio-demographic profile. **Results:** scores above the mean in executive and attentional problems were found in patients with CSC ($p < .05$), which indicates that they have dysexecutive syndrome. The prefrontal symptoms found in patients with CSC are

similar to those used by the population with cocaine addiction ($p > .05$) and higher compared to the control population ($p > .05$). **Conclusions:** the results represent another indication in the similarity of CSC with the addictive explanatory model of this pathology and the need for replication and extension of the investigation.

Keywords: compulsive sexual behavior, cocaine addiction, prefrontal symptoms.

Todos los autores aceptan la versión enviada. No se recibió financiación de ninguna fuente. No existen conflictos de intereses

INTRODUCCIÓN

La Conducta Sexual Compulsiva (CSC) ha sido descrita bajo diferentes denominaciones (Adicción Comportamental, Trastorno de Compulsividad Sexual, Impulsividad Sexual, Adicción Sexual o Hipersexualidad) (1), sin llegar a un acuerdo en su definición, conceptualización o categorización (2). Fue incluido en la CIE-11 (3) como Trastorno del Control de los Impulsos.

Es considerada como una Adicción Comportamental (3,6) debido a sus similitudes tanto clínicas (5,7) como neurobiológicas (8) con otras adicciones. Draps et al. (2020), en su objetivo por ahondar acerca de las similitudes neuronales entre la CSC, las adicciones a sustancias y otras adicciones comportamentales, hallaron a través de imágenes cerebrales estructurales que dichas patologías presentaban un volumen de materia gris en el polo frontal inferior a las personas sin patología. Dichas regiones se encuentran implicadas en el control y procesamiento cognitivo. Sin embargo, se desconoce si las diferencias observadas son preexistentes al desarrollo de estas patologías.

Se ha relacionado el consumo de sustancias con daños en regiones prefrontales (9, 10) y estos se predicen en un 20% con la sintomatología frontal (9). González, Mujica, Terán, Guerrero y Arroyo (2006) encontraron que las personas consumidoras presentaban deterioro en las capacidades de control emocional y en las funciones ejecutivas; sin embargo estos resultados difieren según el tipo de sustancia de consumo (12).

En población con CSC hay poco investigado sobre su sintomatología

prefrontal y no existe un modelo cerebral para esta patología (13). En el Modelo Biopsicosocial de la CSC (14) se sostiene que uno de los factores biológicos de esta patología es el déficit en inhibición y autogestión (control de impulsos) y la desregulación afectiva relacionados con lesiones orbitofrontales (15).

Se plantea la necesidad de aportar datos empíricos que puedan aportar más información acerca de la CSC y que ayuden a su definición. El objetivo de este estudio fue describir la sintomatología prefrontal presente en personas con CSC y compararlo con población no clínica y con población adicta a la cocaína.

METODOLOGÍA

Diseño

Diseño cuantitativo-transversal, no experimental, retrospectivo, descriptivo y correlacional.

Participantes

La muestra constó de 52 participantes divididos en tres grupos: con CSC, con adicción a la cocaína (CC) y un grupo control (CONTR).

El grupo CSC estaba compuesto por 10 participantes varones con edad media de 42,1 años (26-56; DT=10.08) con entre 1 y 12 meses de tratamiento (M=8.60 y DT=4.03). El grupo CC constó de 12 participantes (2 mujeres y 10 hombres) con edad media 36,5 años (28-55; DT=7.57) con entre 2 y 12 meses de tratamiento (M=5.42 y DT=3.68). El grupo CONTR se compuso de 30 participantes (22 mujeres y 8 hombres) con edad media 52,5 años (28-70; DT=10.67).

Los criterios de inclusión para los grupos CSC y CC fueron: haber sido diagnosticados en su centro de rehabilitación y llevar menos

de un año de tratamiento. Para la muestra con CSC se añadió cumplir criterios diagnósticos del Inventario de Adicción al Sexo (SAST-R) (17).

Instrumentos

El SAST-R (17), es una escala de cribado que se compone de 25 ítems dicotómicos (Sí/No) de autoinforme de cuyo cómputo total se puede discriminar entre adictos al sexo y no adictos con una puntuación de 13. La consistencia interna en población general es alta ($\alpha = .892$) y tiene una fiabilidad en la escala total de .81 (α de Cronbach) y elevada validez.

Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP)(10). Permite valorar la problemática en las actividades cotidianas a raíz de déficits en el lóbulo frontal en sujetos adictos. Se compone de 46 ítems de autoinforme en una escala tipo Likert de 0 a 4 donde a mayor puntuación mayor sintomatología prefrontal. Cuenta con una elevada consistencia interna (entre $\alpha = .81$ y $\alpha = .87$) en cada factor y un coeficiente de 0.93 para la escala general. El inventario se encuentra validado y baremado en población adicta española (10). La combinación de algunos de ellos se relaciona con síntomas por lesiones en la corteza prefrontal (Tabla 1).

Procedimiento

Los grupos muestrales CSC y CC fueron recabadas en la clínica de rehabilitación Orbium Desarrollo y la Consulta Dr. Carlos Chiclana de Madrid. Para el grupo CONTR se elaboró un cuestionario online que fue distribuido por Facebook y WhatsApp.

Análisis estadísticos

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 25. Se llevaron a cabo medias y desviaciones típicas como métodos descriptivos. Además, se realizaron pruebas T de Student y U de Mann-Whitney así como ANOVAS Unifactoriales y H de Kruskal-Wallis en función de si los diferentes factores cumplían o no criterios de normalidad. Así mismo, se realizaron pruebas Post-Hoc y pruebas en tamaño del efecto.

RESULTADOS

Se realizaron análisis descriptivos de los diferentes factores del ISP (Figura 1).

En la ANOVA Unifactorial para comparar los tres grupos en función de los factores del ISP se encontraron diferencias significativas en (Figura 1): problemas atencionales ($F(2)=6.91$, $p<.05$), problemas en la conducta social ($W(2)= 5.73$, $p=.01$), problemas en el control emocional ($W(2)= 15.67$, $p=.02$) y puntuaciones totales ($F(2)=7.39$, $p<.05$). Las distintas condiciones muestrales y la presencia de síntomas prefrontales comparten los siguientes porcentajes de varianza: un 18.80% con problemas atencionales, un 21.00% con problemas en la conducta social, un 18.50% con problemas en el control emocional y un 20.00% con la puntuación total. En la H de Kruskal-Wallis se obtuvieron diferencias significativas solo en problemas en el control ejecutivo ($X^2(2)= 8.62$, $p=.01$) compartiendo un 12.80% de varianza, lo cual supone un tamaño del efecto medio-alto.

Las comparaciones múltiples realizadas mediante Turkey y U de Mann-Whitney (Tabla 2) mostraron que las diferencias se encuentran entre los grupos CONTR - CSC y CONTR - CC en casi todos sus factores ($p<.05$) a excepción del factor de problemas emocionales en el primero; y en problemas en el control ejecutivo y problemas motivacionales en el segundo. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos CSC y CC en ninguno de los factores ($p>.05$).

DISCUSIÓN

Se puede observar la presencia de sintomatología prefrontal en pacientes con CSC, aunque no en todos los factores medidos por el ISP (18). Se hallaron puntuaciones por encima de la media poblacional adicta descrita por Ruiz-Sánchez, Pedrero- Pérez, Lozoya-Delgado, Llanero-Luque, Rojo-Mota y Puerta- García (2012) solo en problemas en el control ejecutivo y en problemas atencionales. Estos resultados podrían indicar daño en la corteza prefrontal dorsolateral y la posible presencia del denominado síndrome disejecutivo (10). Este síndrome se caracteriza por la presencia de alteraciones en las funciones ejecutivas, es decir, por problemas de planificación y análisis, desorganización, inflexibilidad, falta

de concentración, perseveraciones, y problemas en la toma de decisiones y en el razonamiento (9). Dichos resultados se contraponen a los hallados por Coleman (2018), quien encontró que los pacientes con CSC presentaban mayores puntuaciones en los factores relacionados con lesiones orbitofrontales.

Por otro lado, no existen diferencias significativas entre la población con CSC y la población con adicción a la cocaína, por lo que ambas poblaciones presentan una sintomatología prefrontal similar presentándose por encima de la media poblacional sin adicción (10). Esta similitud acerca la visión de la CSC al Modelo Adictivo propuesto por Carnes (1983). La delimitación de la CSC en un modelo explicativo concreto resultaría determinante para un correcto enfoque de intervención (17).

Por último, se muestran diferencias significativas entre la población con CSC y el grupo CONTR en casi todos los factores del ISP. Estos resultados se muestran en la misma línea que otros estudios donde se hallaron diferencias en todos los factores entre los grupos con alguna adicción y el grupo sin patología (18, 10) hallando un alto tamaño del efecto en todos los factores similar al encontrado en este estudio. Dicho tamaño del efecto indica que la pertenencia a cualquiera de los tres grupos muestrales (CONTR, COC o CSC) supone un alto efecto en cuanto a la presencia de síntomas prefrontales. Sin embargo, sería conveniente analizar este efecto de la variable en el consumo de manera longitudinal puesto que algunos estudios (18, 10) indican la presencia de disfunción frontal previamente al consumo de sustancias, por lo que esta podría funcionar no sólo como una consecuencia del consumo sino también como un factor de vulnerabilidad para desarrollar una adicción.

Indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

Sería conveniente replicar este estudio con una muestra más amplia, que incluya mujeres y midiendo las variables pre-tratamiento para evitar los posibles efectos de este. Así

mismo, sería interesante la comparación de la CSC con diferentes tipos de adicción con y sin sustancias, como podría ser la adicción al juego.

Cumplimiento de normas éticas

El diseño de investigación fue aprobado por el Comité Ético de la Universidad Francisco de Vitoria. Todos los procedimientos realizados en este estudio con participantes humanos estaban de acuerdo con los estándares éticos del comité de investigación institucional y/o nacional y con la Declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas posteriores o estándares éticos comparables.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Kafka, MP. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400.
- (2) Reid, RC., & Kafka, MP. (2014). Controversies about hypersexual disorder and the DSM-5. *Current Sexual Health Reports*, 6, 259-264. Doi:10.1007/s11930-014-0031-9.
- (3) Clasificación internacional de enfermedades 11ª edición. *Desórdenes mentales y de comportamiento*. Geneva: Organización mundial de la salud, 2018
- (4) Echeburúa, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo?. *Adicciones*, 2012, 24: 4, 281-286
- (5) Chiclana, C. (2013). *Atrapados en el sexo. Cómo librarte del amargo placer de la hipersexualidad*. Almuzara. ISBN: 978-84-15828-07.
- (6) Chiclana, C., Contreras, M., Carriles, S & Rama, D. (2015). Adicción al sexo: ¿patología independiente o síntoma comórbido?. *C. Med. Psicosom*, N° 115- 2015.
- (7) American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC. American Psychiatric Pub.
- (8) Draps, M., Sescousse, G., Potenza, MN., Marchewka, A., PhD, Duda, A., Lew-Starowicz, M., Kopera, M., Jakubczyk, A., Wojnar, M. & Gola, M. (2020). Gray Matter Volume Differences in Impulse Control and Addictive Disorders—An Evidence From a Sample of Heterosexual Males. *J Sex Med* 2020;17:1761e1769. Doi: 10.1016/j.jsxm.2020.05.007
- (9) Pedrero-Pérez, EJ., Ruiz-Sánchez, JM., Llanero, M., Rojo-Mota, G., Olivar-Arroyo, Á. &

Puerta-García, C. (2009a). Versión española del Cuestionario Disejecutivo (DEX-Sp). Propiedades psicométricas en adictos y población no clínica. *Adicciones*, 2009, 21:2, 155-166.

(10) Ruiz-Sánchez, JM., Pedrero- Pérez EJ, Lozoya-Delgado, P., Llanero- Luque, M., Rojo-Mota, G. & Puerta- García, C. (2012). Inventario de síntomas prefrontales para la evaluación clínica de las adicciones en la vida diaria: proceso de creación y propiedades psicométricas. *Rev Neurol* 2012; 54: 649-63.

(11) González, EA., Mujica, AL., Terán, OE., Guerrero, J. M. & Arroyo, DJ. (2016). Sintomatología frontal y trastornos de personalidad en usuarios de drogas ilícitas. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1), 17-28.

(12) Spinella M. (2013). Relationship between drug use and prefrontal associated traits. *Addict Biol* 2003; 8: 67-74.

(13) Spinella, M. (2007). The role of prefrontal systems in sexual behavior. *International Journal of Neuroscience* 117:3, 369-385. Doi: 10.1080/00207450600588980.

(14) Coleman, E., Dickenson, JA., Girard a., Rider G.N., Candelario-Pérez, LE., Becker-Warner, R., Kovic, AG. & Munns, R. (2018). An integrative biopsychosocial and sex positive

model of understanding and Treatment of impulsive/compulsive sexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, Doi: 10.1080/10720162.2018.1515050.

(15) Mead, D. & Sharpe, M. (2019). Pornography and sexuality research papers at the 5th International Conference on Behavioral Addictions. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 25(4), 248-268

(16) Carnes, P. (1983). Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction. *Minnesota: CompCare Publishers*.

(17) Schneider, JP. & Irons, RR. (2001). Assessment and treatment of addictive sexual disorders: relevance for chemical dependency relapse. *Substance Use & Misuse*, 36:13, 1795-1820. Doi: 10.1081/JA-100108428.

Pedrero-Pérez, EJ., Ruiz-Sánchez, JM., Llanero, M., Rojo-Mota, G., Olivar-Arroyo, Á. & Puerta-García, C. (2009b). Sintomatología frontal en adictos a sustancias en tratamiento mediante la versión española de la escala de comportamiento frontal. *Rev neurol* 2009; 48 (12): 624-631.

TABLAS

Tabla 1.

División de ítems del ISP (Ruiz-Sánchez et al., 2012) y lesiones relacionadas.

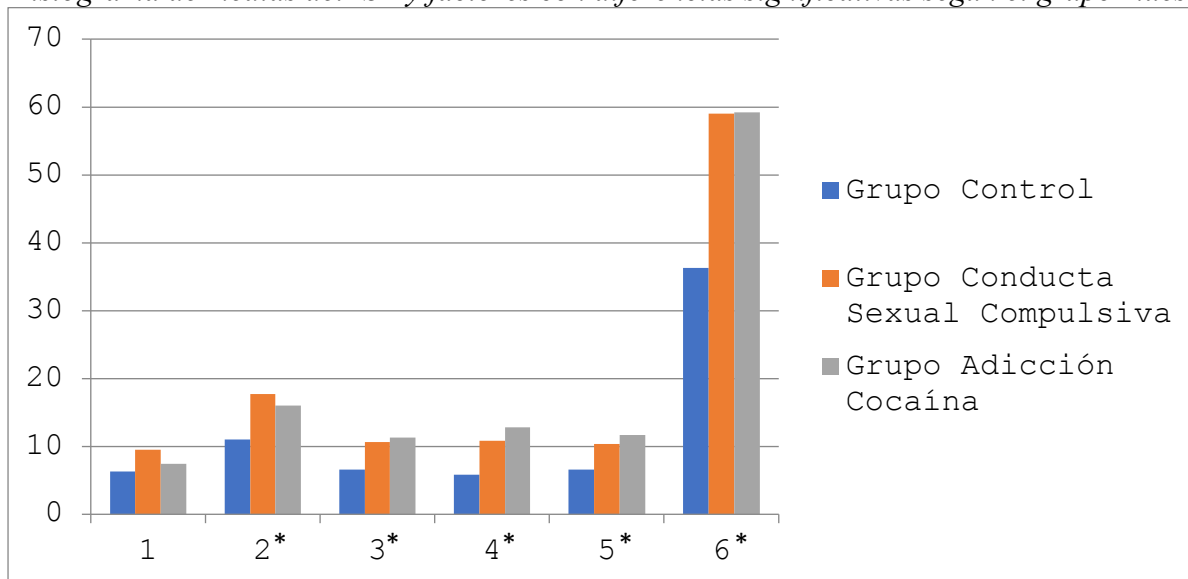
ITEMS	SUBFACTORES	ÁREAS CPF ^a
Problemas en la ejecución:		
1, 14, 19, 24, 29, 38, 46	Problemas motivacionales	Lesión ventromedial
6, 8, 9, 12, 15, 18, 21, 26, 30, 32, 35, 40	Problemas del control ejecutivo	Lesión dorsolateral
2, 3, 7, 11, 17, 20, 31	Problemas atencionales	
10, 16, 23, 27, 28, 33, 37, 39, 42, 43, 44, 45	Problemas en la conducta social	Lesión orbital
4, 5, 13, 22, 25, 34, 36, 41	Problemas de control emocional	

Fuente: elaboración propia

^a CPF- Corteza Prefrontal

Figura 1.

Histograma de medias del ISP y factores con diferencias significativas según el grupo muestral.



*- Factores que presentan diferencias significativas entre los tres grupos según ANOVA Unifactorial y H de Kruskal-Wallis.

1- Problemas motivacionales

2- Problemas en funciones ejecutivas

3- Problemas atencionales

4- Problemas en la conducta social

5- Problemas en el control emocional

6- Puntuaciones totales del ISP

Tabla 2.*Valores p de Turkey y U de Mann-Whitney en la comparación de los tres grupos muestrales.*

	<i>p</i> CONTR - CSC	<i>P</i> CONTR -CC	<i>p</i> CSC -CC
P. MOTIV ^a	.04*	.37	.07
P. EJEC ^b	.01*	.05*	.32
P. ATENC ^c	.03*	.01*	.91
P. SOCIAL ^d	.05*	.00*	.68
P. EMO ^e	.06	.00*	.78
P. TOTAL ^f	.01*	.01*	1.00

* $p < 0,05$ ^a P. MOTIV- Problemas motivacionales^b P. EJEC- Problemas en funciones ejecutivas^c P. ATENC- Problemas atencionales^d P. SOCIAL- Problemas en la conducta social^e P. EMO- Problemas en el control emocional^f P. TOT- Puntuaciones totales del ISP

PUNTOS BÁSICOS

Lo que sabemos sobre el tema

Se hipotetiza que la CSC tiene numerosas similitudes con las adicciones a sustancias y sin sustancias, así como cierta similitud a nivel neural. Sin embargo, falta investigación científica que pueda aportar información sobre las características cerebrales de la CSC que permita ahondar más en esta patología.

Las aportaciones de este estudio

Los resultados de este estudio muestran similitudes a nivel prefrontal entre pacientes con CSC y pacientes con la adicción a la cocaína. Los resultados sugieren la presencia del síndrome disejecutivo en pacientes con CSC.

Actitud y conocimientos de los profesionales sanitarios de Atención Primaria ante la sexualidad.

Attitude and knowledge of primary health care professionals about sexuality.

Fernández Rodríguez M¹, Guerra Mora P², Concha González V³, Martín Sánchez E⁴, García Ruiz M⁵, Martínez Menéndez N⁶

1- Psicóloga Clínica. Doctora en psicología. Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias-UTIGPA y CSM I “La Magdalena”, Área III, Avilés. Correo electrónico de contacto: maria.fernandezr@sespa.es

2- Psicóloga Clínica. Doctora en psicología. Hospital Universitario Central de Asturias-HUCA. Profesora en Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Isabel I, www.ui1.com, España.

3- Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Central de Asturias-HUCA.

4- Psicóloga sanitaria y dirección en Eloya M.S. Psicología. Profesora-tutora de la UNED (Universidad Nacional de Educación a Distancia). Profesora-tutora de UDIMA (Universidad a Distancia de Madrid). Profesora-colaboradora y autora de material docente y recursos de aprendizaje de la UOC (Universidad Oberta de Catalunya)

5- Doctora en Psicología. Sexóloga y Educadora Social. Directora Centro de Menores. Consejería de Derechos y Bienestar Social

6- Psicóloga Clínica. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Correspondencia

María Fernández Rodríguez
Centro de Salud Mental I “La Magdalena”.
Valdés Salas, 4
33400-Avilés
Asturias (España)
Correo electrónico: maria.fernandezr@sespa.es

Fecha de recepción: 12 de enero de 2021. **Fecha de aceptación:** 15 de mayo de 2021

Resumen

Objetivos. Los objetivos del presente estudio son evaluar y analizar las actitudes y los conocimientos de los profesionales sanitarios de atención primaria hacia la sexualidad; la relación existente entre conocimientos y actitudes; si existen diferencias en conocimientos o actitudes en función de las variables sociodemográficas y; analizar el nivel de formación recibida en la materia.

Materiales y método. Participaron 63 profesionales que trabajan en centros de salud de atención primaria. El instrumento utilizado es la Versión modificada del Test Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI). Recoge en la primera parte variables sociodemográficas: sexo, edad y profesión. De las diez subescalas del DSFI se utilizaron dos: Actitudes y Conocimientos.

Resultados. El 58,7% obtuvo un nivel de conocimientos por debajo de la media frente al 41,3%

cuyo nivel de conocimientos estuvo por encima de la media. El 20% mostró actitudes más conservadoras y el 80% más liberales. La relación entre conocimientos y actitudes no fue estadísticamente significativa. La formación recibida en esta materia es escasa o insuficiente.

Conclusiones. La mayor parte de los profesionales evaluados tienen actitudes liberales y conocimientos por debajo de la media. Las actitudes no correlacionan con el nivel de conocimientos. Se discuten diferencias por edad, género, profesión y nivel de conocimientos. La presente investigación pone en evidencia lo deficitario de la formación en sexualidad, parte integral de la salud. El diseño de los programas formativos sanitarios debe atender a esta necesidad básica del ser humano.

Palabras clave: sexualidad, atención primaria, profesionales, actitudes, conocimientos.

Abstract

Background and objective. Attitudes and knowledge regarding sexuality in professionals have been evaluated in research. The objectives of this study are to evaluate and analyze the attitudes and knowledge of health professionals in primary care towards sexuality; the relationship between knowledge and attitudes; if there are differences in knowledge or attitudes depending on the sociodemographic variables and; to analyze the level of learning received in the subject.

Materials and method. 63 professionals who work in primary health care centers participated. The instrument used is the Modified Version of the Derogatis Sexual Functioning Inventory Test (DSFI). Collect in the first part sociodemographic variables: sex, age and profession. Of the ten subscales of the DSFI, two were used: Attitudes and Knowledge.

Results. 58.7% obtained a level of knowledge below average compared to 41.3% whose level of knowledge was above average. 20% showed more conservative attitudes and 80% more liberal. The relationship between knowledge and attitudes was not statistically significant. The training received in this area is scarce or insufficient.

Conclusions. Most of the professionals evaluated have liberal attitudes and below average knowledge. Attitudes do not correlate with the level of knowledge. Differences by age, gender, profession and level of knowledge are discussed. This research highlights the deficit of sexuality training, an integral part of health. The design of health training programs must meet this basic need of the human being.

Key words: sexuality, primary care, professionals, attitudes, knowledge.

Todos los autores aceptan la versión enviada. No existen conflictos de intereses

Introducción

La OMS¹ define la Salud Sexual como *"la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor"*. La Atención Primaria supone la puerta de entrada a la atención sanitaria. Los médicos de familia y los pediatras suelen ser los primeros profesionales que recogen las demandas de los usuarios relacionadas con quejas sobre su salud física o mental y que de

alguna manera están influyendo en su calidad de vida.

La OMS² propone tres elementos básicos para una sexualidad sana: a) la aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva y para regularla de conformidad con una ética personal y social; b) la ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales y c) la ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva. Estas

premisas exigen una comprensión adecuada de los aspectos biológicos y psicológicos del desarrollo sexual, la reproducción, la variabilidad de la conducta sexual y sus disfunciones; además de manejar actitudes positivas hacia la sexualidad y valorar con comprensión y objetividad los problemas sexuales ofreciendo información y asesoramiento³

La importancia de una actitud positiva por parte del profesional ante este tipo de demanda es contemplada por la OMS⁴ y la vincula al conocimiento de su propia sexualidad como punto de partida para ocuparse de los problemas de otras personas. Las actitudes punitivas o negativas y las malas prácticas en relación a la sexualidad del paciente pueden dañar la apreciación de su vida sexual.

Son escasas las investigaciones tanto nacionales como internacionales que valoran las actitudes y los conocimientos de los profesionales de la salud sobre la sexualidad. De los estudios realizados, algunos de ellos han empleado el test Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI). Este instrumento es un autoinforme o inventario de naturaleza multidimensional para evaluar la calidad del funcionamiento sexual de un individuo. Su base conceptual fue esbozada por Derogatis entre 1976 y 1979. Mide el funcionamiento sexual y varios indicadores básicos de bienestar general. Está compuesto de diez dimensiones (satisfacción sexual, imagen corporal, fantasías sexuales, rol de género, afectividad, síntomas psicopatológicos, actitudes, impulso sexual, experiencias y conocimiento), que se considera que reflejan diversos componentes de la conducta sexual⁵.

Investigaciones internacionales realizadas con el autoinforme DSFI muestran que existe relación entre las actitudes de los profesionales sanitarios y su desempeño profesional.

En Grecia se realizó una investigación⁶ con 222 médicos de cuatro especialidades diferentes (internistas, cardiólogos, urólogos y médicos de familia), mayoritariamente varones; en la que se investigaron los factores que predicen la participación de los médicos

en la recogida de historias sexuales y en el tratamiento de temas de salud sexual, así como la dificultad autopercebida para hacerlo. Se les administró la escala de actitud del DSFI. El 78,3% de los encuestados respondió que habitualmente pregunta a sus pacientes si están experimentando alguna disfunción sexual, el 48,5% afirmó que no tiene problemas tratando temas sexuales, y un 48,3% declaró que tiene experiencia manejando estos temas. Se encontraron como predictores de la recogida de historia clínica sexual, por un lado, la formación previa recibida y por otro lado, la especialidad médica. Los urólogos y los médicos con un abordaje clínico psicosocial fueron más propensos a preguntar por estos temas y a considerar su desempeño como menos difícil. Por último, se observó una correlación entre una actitud liberal hacia la sexualidad (medida con la escala de actitud del DSFI) y la realización de historias sexuales. Este estudio concluye que los cursos de medicina sexual, la formación en técnicas de comunicación médico-paciente, la orientación psicosocial, así como las actitudes sexuales de los médicos a nivel personal, son factores importantes que afectan a su participación en la medicina sexual.

En otro estudio realizado en 2008 en Grecia⁷ se exploraron las actitudes hacia la sexualidad de los estudiantes de medicina y otras profesiones de la salud con la subescala de Actitud del Inventario de Funcionamiento Sexual Derogatis (DSFI). Los resultados mostraron que el género, los valores personales y las experiencias influyen en las actitudes de los estudiantes hacia los temas sexuales. Los varones tenían actitudes más liberales que las mujeres. Aquellos con una postura liberal hacia la religión o que habían recibido información sobre asuntos sexuales tenían actitudes más liberales hacia el sexo.

En España, en la investigación realizada por Tijeras⁸ con la subescala de actitud DSFI, se obtuvo información de 211 profesionales sanitarios de Atención Primaria (Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatras, Personal de Enfermería y Médicos Residentes). Los

varones y las personas menores de 45 años obtuvieron una puntuación discretamente menos conservadora, pero no fue significativa estadísticamente. Se encontró que las actitudes hacia la sexualidad eran más liberales significativamente entre los «no creyentes» frente a los «creyentes». En lo que respecta a la opción política, tienen actitudes más liberales significativamente los que se sitúan en la tendencia de izquierdas. Además, se vio que los residentes de medicina de familia y comunitaria, los más jóvenes de la muestra, tenían actitudes más conservadoras que el resto de los profesionales.

Posteriormente, en un segundo estudio sobre la misma muestra⁹, la autora investiga si las actitudes hacia la sexualidad de los profesionales sanitarios influyen en su desempeño profesional. Obtiene diferencias estadísticamente significativas entre los que escogen la opción «no hago nada» ante demandas de salud sexual, que correlaciona con una actitud muy conservadora, los que escogen la opción «los trato en mi consulta», que tienen una actitud liberal, y aquellos que eligen la opción de «derivo a Equipo de Salud Mental», que correlaciona con una actitud muy liberal. La autora concluye además que aquellos con actitud muy conservadora no tienen interés en recibir formación sexológica. Por último, destaca que sólo el 5% de los profesionales se sienten incómodos ante las consultas de índole sexual. La conclusión de este estudio es que las actitudes negativas hacia la sexualidad y la falta de formación son algunas de las causas que pueden motivar que sus intervenciones en este campo sean en general escasas y muy puntuales.

En un estudio realizado en Nueva York¹⁰ fue aplicada la escala de actitud del Inventario DSFI a una muestra de 178 estudiantes sanitarios. El 72,5% eran mujeres y el 27,5% varones; con edad media de 25,38 $\pm$ 3,8 años de edad. Se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas como la edad, género, etnia, estado civil, orientación sexual y práctica de alguna religión. El estudio concluyó que la pertenencia a una etnia y la religiosidad se relacionaban negativamente con las actitudes sexuales liberales.

Los objetivos de la presente investigación son evaluar y analizar: 1. Las actitudes y los conocimientos de los profesionales sanitarios de atención primaria hacia la sexualidad; 2. La relación existente entre el grado de conocimientos y las actitudes; 3. Si existen diferencias en conocimientos o actitudes en función de las variables sociodemográficas género, edad y profesión y; 4. El nivel de formación recibida en los tres niveles formativos: formación universitaria, especializada y continuada.

Metodología

Muestra

Participaron 63 sujetos. La selección de la muestra se realizó de forma no probabilística de carácter intencional entre profesionales (médicos de familia, trabajador social, pediatras y personal de enfermería) que estén desarrollando su labor asistencial en centros de salud de atención primaria del área sanitaria III del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Instrumento

El instrumento utilizado es la Versión modificada del Test Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI)⁵. El DSFI es una encuesta estructurada que recoge en la primera parte variables sociodemográficas: sexo, edad y profesión. De las diez subescalas del DSFI, en la presente investigación utilizamos la de Actitudes y la de Conocimientos. La *subescala de Conocimientos* consiste en 26 ítemes con formato verdadero-falso. Evalúa el nivel de información en fisiología, anatomía y otros aspectos del funcionamiento sexual. La puntuación de cada sujeto es calculada sumando el total de respuestas correctas. Se utilizó la escala traducida al español. La *subescala de Actitudes* consta de 30 ítemes. Trata temas como las actitudes hacia las relaciones sexuales extramaritales, homosexualidad, masturbación, múltiples parejas sexuales, sexo oral, pornografía, relaciones sexuales prematrimoniales, pudor hacia cuestiones sexuales, rol sexual, variaciones sexuales e inmoralidad sexual. Cada ítem se contesta en base a una escala de Likert de 5 puntos que van desde: totalmente en desacuerdo (-2), en desacuerdo (-1),

indiferente (0), de acuerdo (1) y totalmente de acuerdo (2). Hay 15 ítems liberales y tienen asignados una valencia positiva y 15 ítems conservadores con una valencia negativa. La puntuación se obtiene mediante la suma algebraica de los 30 ítems. El resultado total de la escala ofrece valores desde -60 a +60. Valores altos indican una actitud hacia la sexualidad más liberal.

Se establecieron dos grupos tanto para conocimiento como para actitudes en función de si la puntuación total en la escala era inferior (grupo 1) o igual o superior a la puntuación T de 50 (grupo 2).

Además del DSFI, se incluyen tres preguntas con respuesta dicotómica (sí/no) o bien con la opción de “no procede” en relación con la formación recibida en los distintos niveles formativos: universitario, especializada y continuada. Las preguntas se muestran a continuación: ¿Has recibido formación sobre sexualidad durante la carrera universitaria? ¿consideras que ha sido suficiente?; ¿Has recibido formación sobre sexualidad durante la formación sanitaria especializada? ¿consideras que ha sido suficiente? Y; ¿Has recibido o estás recibiendo formación continuada sobre sexualidad durante tu carrera profesional? ¿consideras que ha sido suficiente?

Procedimiento

Tras la autorización del comité de investigación del Hospital Universitario San Agustín de Avilés, se obtuvo permiso del autor del DSFI para la utilización de la subescala de actitudes y para la utilización, previa traducción al español (traducción/retrotraducción), de la subescala de conocimiento. Se envían los cuestionarios a todos los centros de salud de atención primaria del área y se contestan de forma voluntaria y anónima.

Resultados

Datos sociodemográficos

En el estudio participaron 63 sujetos, de los cuales el 19,4% eran hombres (n=12), el 80,6% mujeres (n=50) y el 1,58% (n=1) no informó de su género. El rango de edad estaba comprendido entre 25 y 63 años. La media de edad de la muestra fue de 50,43 (DT=10,44). En concreto, para los hombres

55,67 (DT=10,78) y para las mujeres 49,07 (DT=10,02). Por profesión, el 44,4% (n=28) eran profesionales médicos, el 46% (n=29) personal de enfermería y el 9,5% (n=6) o bien pertenecían a otras profesiones como trabajo social o no contestaron este ítem.

Escala de conocimientos y actitudes

En función del menor o mayor nivel de conocimientos se dividió la muestra en 2 grupos respectivamente. El 58,7% (n=37) obtuvo un nivel de conocimientos por debajo de la media (grupo 1), frente al 41,3% (n=26) cuyo nivel de conocimientos estuvo por encima de la media (grupo 2).

Con respecto a las actitudes se dividió la muestra también en 2 grupos: el grupo 1 con actitudes más conservadoras y el grupo 2 que mostró actitudes más liberales. El 20% (n=12) perteneció al grupo 1 y el 80% (n=48) perteneció al grupo 2. En la Tabla 1 se presentan los resultados porcentuales en ambos grupos en actitudes y conocimientos.

La mayor parte de la muestra tenía actitudes liberales independientemente del nivel de conocimientos. La relación entre conocimientos y actitudes no fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0,429; gl=1; p=0,513$).

Aunque globalmente la relación entre actitudes y conocimientos no fue significativa, cuando se analizaron los ítems de actitudes de forma independiente, tres de ellos correlacionaban positivamente con el nivel global de conocimientos. Estos ítems se referían a: la masturbación como una conducta normal ($r=,254; p=0,044$); las graves consecuencias para el matrimonio cuando se tienen relaciones extramatrimoniales ($r=,279; p=0,027$); y que ambos sexos deben asumir roles activos y pasivos en las relaciones sexuales ($r=,363; p=0,003$). Es decir, en la medida en que la persona estaba de acuerdo con estas afirmaciones, aumentaba su nivel de conocimiento.

En la escala de conocimientos cabe destacar algunos de los ítems donde no ha fallado ningún sujeto. Todos los encuestados sabían: que una mujer puede tener orgasmos tras una histerectomía, que el orgasmo masculino no produce mayor satisfacción que el femenino, que el hecho de que las mujeres

tengan fantasías durante el coito no implica insatisfacción sexual y que las mujeres pueden alcanzar el orgasmo con la estimulación manual y tener orgasmos múltiples.

Diferencias por género

En la escala de conocimientos no hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres (U de Mann Whitney=276,5;p=0,670). Se encontraron diferencias significativas en tres ítemes de la escala de conocimientos entre hombres y mujeres, en concreto: en el ítem que se refiere a que los varones alcanzan el orgasmo antes que las mujeres ($X^2=7,506$;gl=1;p=0,006), en el ítem que plantea que la masturbación es señal de una mala sincronía en la pareja ($X^2=4,521$;gl=1;p=0,033) y en el ítem que se refiere a la posibilidad de embarazo durante la menstruación ($X^2=11,186$;gl=1;p=0,001). En la Tabla 2 se presentan los resultados porcentuales para ambos géneros.

En la escala de actitudes no se obtuvieron diferencias significativas entre hombres y mujeres (U de Mann Whitney=251;p=0,800). Encontramos diferencias significativas en dos ítemes: en el que hace una valoración peyorativa de la homosexualidad (U de Mann Whitney=222,5;p=0,018) con un rango promedio superior (más liberal) en las mujeres (33,05), y en el que hace referencia a la práctica del intercambio de parejas (U de Mann Whitney=178,5;p=0,029), con un rango promedio superior (más liberal) en las mujeres (33,36).

Diferencias por edad

Se establecieron dos grupos de edad: de 45 años o menores (grupo 1) y mayores de 45 años (grupo 2). A nivel global se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de edad en la escala de conocimientos (U de Mann Whitney=228,5;p=0,031). El grupo 1 tenía un rango promedio de 23,23 y el grupo 2 de 34,74. En la escala de actitudes no hubo diferencias significativas (U de Mann Whitney=269;p=0,512). En cuanto a ciertos ítemes, como el visionado de películas eróticas, la independencia entre la moralidad y la conducta sexual, la variedad de las posturas en la relación sexual y la

connotación erótica de una mujer desnuda, los más mayores tenían actitudes más liberales.

Diferencias por profesión

En la escala de actitudes no hay diferencias significativas por profesión (U de Mann Whitney=350;p=0,802), ni globalmente ni evaluados los ítemes de forma independiente. En la escala de conocimientos tampoco hay diferencias significativas (U de Mann Whitney=375,5;p=0,620).

Formación recibida

La formación recibida durante la carrera universitaria en la muestra total no fue suficiente para el 92,6% (n=50) de los que contestaron a esta pregunta (no contestaron esta pregunta el 14,3% (n=9)). No recibió ninguna formación el 61,9% (n=39) de la muestra. Concretamente el 86,4% (n=19) de los médicos consideró que su formación durante la carrera no fue suficiente. El 78,6% (n=22) de estos facultativos no recibió formación alguna. Por otro lado, el 48,3 % (n= 14) del personal de enfermería no recibió formación durante la carrera universitaria. Todos los profesionales que contestaron este ítem (n=26) consideró que la formación era insuficiente.

El 77,3% (n=17) consideró que la formación durante la especialidad médica fue insuficiente. El 78,6% (n=22) no recibió formación. Durante la especialidad, el 95,2% (n=20) del personal de enfermería consideró la formación recibida insuficiente. El 68,2% (n=15) no recibió formación alguna.

El 81,8% (n=18) de los profesionales de la medicina valoraron la formación continuada como insuficiente. El 85,7% (n=24) no recibió formación. Con respecto al personal de enfermería, el 100% de los que contestaron (n=25) consideró insuficiente esta formación. El 72,4% (n=21) no recibió formación.

Discusión y conclusiones

El principal objetivo de esta investigación es evaluar actitudes y conocimientos en profesionales sanitarios de atención primaria. La muestra para este estudio está conformada en similar proporción por profesionales de enfermería y medicina, de mediana edad y mayoritariamente de mujeres.

La mayor parte de los profesionales evaluados tienen actitudes liberales y conocimientos por debajo de la media. Las actitudes no correlacionan con el nivel de conocimientos. Es decir, no hemos encontrado que a mayor nivel de conocimiento las actitudes sean más liberales, al contrario que los resultados de Papaharitou et al.⁷ Por lo tanto, parece que actitudes más liberales no se nutren exclusivamente del conocimiento, sino que están influidas por otras variables contextuales. Actitudes más liberales favorecen que los profesionales sean más proclives a demandar formación sobre sexualidad, tal como apunta Tijeras⁹

Globalmente no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en la escala de actitudes y conocimientos. Cuando se analizan algunos ítemes de conocimientos por separado, mayoritariamente los hombres piensan que ellos llegan antes al orgasmo, también consideran en mayor medida que la masturbación puede ser señal de una mala sincronía en la pareja y que no se puede producir un embarazo durante la menstruación. Cuando se analizan ítemes de actitudes de forma independiente, los hombres tienen posiciones más conservadoras respecto a la homosexualidad y al intercambio consensuado de pareja.

Las actitudes son similares en los dos grupos de edad, salvo en algunos ítemes en los que los mayores de 45 años son más liberales. El nivel de conocimientos es mayor en el grupo más veterano. Las actitudes y conocimientos no se diferencian en función de la profesión.

La formación recibida en los tres niveles por los profesionales médicos y enfermeros se valora como escasa e insuficiente. Para la mayoría de la muestra total la formación recibida en la carrera universitaria es insuficiente. Mientras que mayoritariamente los médicos no reciben formación alguna, más de la mitad del personal de enfermería sí la recibe, aunque considera que es insuficiente.

Los médicos continúan, en su mayoría, sin formación en la especialidad, y además, les sigue pareciendo insuficiente. Mientras que

el personal de enfermería, mayoritariamente, considera la formación recibida escasa y casi la totalidad no recibe formación alguna. Por tanto, los médicos mantienen casi el mismo nivel de formación que durante su carrera universitaria, mientras que en la especialidad de enfermería baja el nivel de formación.

Es decir, a medida que aumenta el desempeño profesional, disminuye la formación en temas de sexualidad. La formación continuada es la que más desciende, especialmente en enfermería, ya que son los que previamente habían recibido mayor formación.

Más de la mitad de los profesionales tienen un nivel de conocimientos por debajo de la media. Mayoritariamente consideran que han recibido poca formación y esta es valorada como insuficiente. La presente investigación pone en evidencia lo deficitario de la formación en sexualidad, parte integral de la salud. El diseño de los programas formativos sanitarios debe atender a esta necesidad básica del ser humano, ya que los conocimientos son necesarios e imprescindibles para la práctica clínica.

Referencias bibliográficas

1. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Geneva, World Health Organization, 1975. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38247/1/WHO_TRS_572_eng.pdf,
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). La Educación y el Tratamiento en Sexualidad Humana: La Capacitación de los Profesionales de la Salud. Informe Técnico 572. Ginebra; 1975.
3. Gervas Pérez J, Celis Sierra M. Dificultades sexuales en atención primaria: una propuesta de intervención. SEMERGEN - Medicina de Familia. 2000;26(5):253-269.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Instrucción y asistencia en cuestiones de la sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Documento 572. Ginebra: 1974.

5. Derogatis L. DSFI Derogatis Sexual Functioning Inventory (traducido) Copyright (c) 1975, 1978, 2017.
6. Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nako-poulou E, Kyrana E, Salpigidis G, Hat-zichristou D. Predictores del compromiso de los medicos en el abordaje de asuntos relacionados con la salud sexual. J Sex Med 2006; 3(4):583-588.
7. Papaharitou S, Nakopoulou E, Moraitou M, Tsimtsiou Z, Konstantinidou E, Hatzichristou D. Explorando las actitudes sexuales en profesionales de la salud. J Sex Med. 2008;5(6):1308-16.
8. Tijeras MJ. ¿Influyen las actitudes hacia la sexualidad de los profesionales sanitarios de atención primaria en su desempeño profesional? Anuario de Sexología. 2010; 12:43-50.
9. Tijeras MJ. Actitudes hacia la sexualidad de profesionales sanitarios de atención primaria: análisis de variables predictoras. Anuario de Sexología. 2010; 12: 51-58.
10. Wolf, C. La exploración de las actitudes sexuales de los estudiantes/asistentes médicos: implicaciones para la obtención de una historia sexual. J médico Assist Educ. 2012; 23 (4): 30-4.

Agradecimientos:

A los profesionales que participaron en el estudio.

A Patricia Martínez Menéndez (Filóloga Inglesa) por la traducción desinteresada de la subescala de conocimientos del DSFI.

A Lidia Clara Rodríguez García, Directora de Asistencia Sanitaria y Salud Pública del Área III.

A Antonio Molejón Iglesias, Director General de Salud Pública del Principado de Asturias.

Financiación:

Colegio Oficial de la Psicología del Principado de Asturias. Comisión de Sexología.

Tabla 1. Resultados porcentuales del grupo 1 y 2 en actitudes y conocimientos (n=60).

		Conocimientos		
		Grupo 1	Grupo 2	Total
Actitudes	Grupo 1	8	4	12
	Dentro de actitudes	66,7%	33,3%	100%
	Dentro de conocimientos	22,9%	16%	20%
	Grupo 2	27	21	48
	Dentro de actitudes	56,3%	43,8%	100%
	Dentro de conocimientos	77,1%	84%	80%
	Total	35	25	60
	Dentro de actitudes	58,3%	41,7%	100%
	Dentro de conocimientos	100%	100%	100%

Tabla 2. Resultados porcentuales en los ítemes de conocimientos con diferencias significativas

Ítemes	Hombres		Mujeres	
	Acierto	Fallo	Acierto	Fallo
Los hombres alcanzan el orgasmo antes	91,7%	8,3%	48%	52%
Masturbación señal de mala sincronía de pareja	83,3%	16,7%	98%	2%
Posibilidad de embarazo durante la menstruación	33%	66,7%	81,6%	18,4%

Necesidades formativas de psicólogos/as especialistas en sexología para la atención de personas con Lesión Medular.

Training needs of psychologist specialized in sexology to attend people with Spinal Cord Injury.

Touil-Satour L¹, Barrera-Corominas A².

1- Departamento de Educación. Generalitat de Catalunya. Formadora del profesorado novel y profesora de ciclos formativos del ámbito sanitario.

e-mail: ltouil@xtec.cat

2- Departamento de Pedagogía Aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona. Profesor Asociado y Gestor de Proyectos de investigación.

e-mail: aleix.barrera@uab.cat

Correspondencia

Leila Touil Satour

Correo electrónico: ltouil@xtec.cat

Fecha de recepción: 28 de enero de 2021. **Fecha de aceptación:** 12 de junio de 2021

Resumen

El presente documento analiza las necesidades formativas en psicólogos/as especialistas en sexología en relación con intervenciones de terapia y/o educación sexual en personas con Lesión Medular en el territorio catalán.

Para ello se ha realizado un estudio descriptivo-exploratorio, con enfoque cualitativo, que utilizó el análisis documental y la entrevista semiestructurada como técnicas para la recolección de datos. Por un lado, se evaluó el Libro Blanco de Psicología y los programas de posgrado en sexología clínica de las universidades catalanas. Por otro lado, se entrevistó una muestra de 20 sujetos, entre ellos profesionales vinculados a la formación inicial del Grado de Psicología, psicólogos/as especializados en sexología, y personas con Lesión Medular (LM).

Los resultados permiten afirmar que los psicólogos/as especialistas en sexología en Cataluña reconocen la limitación formativa y de intervención para atender a personas con LM. Se ha corroborado que en los programas formativos solo se desarrollan los contenidos vinculados a la sexualidad de personas con LM de forma superficial y transversal. Además, las personas con LM muestran resistencia a ser atendidos por profesionales que no tienen conocimiento ni experiencia interviniendo en personas con LM.

En consecuencia, el estudio realizado pone en evidencia la necesidad de implementar acciones formativas específicas para formar a los psicólogos/as especializados en sexología con el fin de dotarles de los conocimientos necesarios para atender a personas con LM.

Palabras clave: formación sexólogo/a, sexología clínica, sexualidad, investigación cualitativa, lesión medular.

Abstract

The present document analyses the training needs of psychologists specialized in sexology about sex therapy and education interventions with people with Spinal Cord Injury in the Catalan territory.

To do so, we conducted a descriptive-exploratory qualitative research. Documentary analysis and semi-structured interviews were used as techniques for data collection. On the one hand, the White Book of Psychology and the postgraduate programs in Catalan universities' clinical sexology were evaluated. On the other hand, a sample of 20 subjects was interviewed, among them professionals linked to the initial training of the Degree in Psychology, psychologists specialized in sexology, and people with Spinal Cord Injury (SCI).

The main results allow us to confirm that psychologists specialized in sexology in Catalonia recognize the training and intervention limitations to treating people with SCI. It has been confirmed that the training programs only develop the contents related to the sexuality of people with SCI in a superficial and transversal way. Furthermore, people with SCI show resistance to being treated by professionals who doesn't have enough knowledge or experience seeing people with their own situation.

The results of this research high light the need to implement specific training actions to train psychologists specialized in sexology to provide them with the necessary knowledge to care for people with SCI.

Key words: sexologist training, clinical sexology, sexuality, qualitative research, spinal cord injury.

Todos los autores aceptan la versión enviada. No se recibió financiación de ninguna fuente. No existen conflictos de intereses

ANTECEDENTES

La sexología clínica se define como la ciencia que estudia los trastornos sexuales desde varios campos como por ejemplo la psicología, la sociología, la antropología, el derecho, la medicina, la biología, entre otros [1]. Desde la asamblea de la OMS sobre la educación y tratamiento de la sexualidad humana se reconoce la necesidad de formarse en este campo y queda evidente integrarla como competencia en los profesionales de salud [2].

En el estado español no existe una normativa específica que regule el perfil competencial de los profesionales que se dedican a la sexología. En este sentido, el único requisito para ejercer profesionalmente en el campo de la sexología, y tener reconocidos ciertos derechos para la asistencia en el ejercicio de la profesión, es necesario estar dado de alta como autónomo, además de estar asociado a la FESS-

Federación Española de Sociedades de Sexología- [3]. La FEES deja constancia que la utilización de términos como sexólogo/a, terapeuta sexual, educador/a sexual, no ofrece una información adecuada sobre el grado académico. Para evitar cierta ambigüedad en la terminología empleada, esta organización recomienda la mención del grado académico seguido «de especialista en sexología» o bien seguido del término «sexólogo o sexóloga» como por ejemplo psicólogo/a especialista en sexología o también enfermero-sexólogo, médica-sexóloga, entre otras profesiones del ámbito sanitario. En este sentido, la federación remarca que la formación en sexología se está cubriendo a través de cursos de posgrado y máster en universidades y entidades privadas [4].

En cuanto a las competencias generales de un psicólogo/a especializado en sexología, existe una delimitación poco clara en la práctica profesional. La Universidad

Almeriense, en el plan de estudios del Máster en Ciencias de la Sexología presenta las competencias generales y específicas de este perfil profesional; en este sentido concreta las competencias generales relacionadas íntimamente con el área sexual [5], además de explicitar las competencias específicas de esta disciplina [6]. Así pues, se han seleccionado únicamente aquellas vinculadas a la diversidad funcional (consultar Tabla 1).

A pesar de la indefinición de la profesión, la Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología (AEPS) contempla un marco deontológico para la misma, apoyándose en los códigos deontológicos vigentes de medicina y psicología. En este código, en el artículo 16 sobre la calidad profesional se menciona la responsabilidad del sexólogo/a mantener sus conocimientos científicos actualizados para desarrollar la propia capacidad profesional mediante la formación continua [7].

Actualmente la institucionalización de la sexología se está promoviendo desde la FESS, la Sociedad Española de Intervención en Sexología (SEIS) y la AEPS. En Cataluña existen un total de seis entidades que siguen las directrices establecidas por la FESS y que también ofrecen formación mediante cursos: Sociedad Catalana de Sexología, el Instituto Clínico de Sexología de Barcelona, el Instituto RET, el Instituto Psicológico Antoni Bolinches, la Asociación Nacional de Salud Sexual y Discapacidad, el Instituto Catalán de Sexología y Psicoterapia [4]. Además, desde el Colegio Oficial de Psicología de Cataluña (COPC), se incentivan diferentes grupos de trabajo e investigación que pretenden velar por la actualización y formación continua de los profesionales [8].

Lesión Medular

La columna vertebral está compuesta por un total de treinta-y-tres vertebrae que protegen la medula espinal [9]. La existencia de un traumatismo en esta puede comportar la pérdida de algunas funciones, movimiento y/o sensibilidad, las cuales pueden afectar a las diferentes esferas -física, psicológica y social- de la vida de la persona [10].

La OMS calcula que entre un 7 y 10% de la población mundial presenta algún tipo de

diversidad funcional, pero no existen estimaciones fiables de la prevalencia mundial de la LM. Así pues, la incidencia anual oscila entre 40 y 80 casos por millón de habitantes, de los cuales un 90% se deben a causas traumáticas. En el caso de los hombres, el riesgo es mayor en adultos jóvenes (20-29 años) y en el caso de las mujeres, el mayor riesgo se registra en la adolescencia (15-19 años), constatando una razón hombres-mujeres de 2:1 [11].

En referencia a la clasificación de una persona con LM, se establecen dos criterios principales, el nivel de la lesión -cervical, dorsal, lumbar o sacro- y su grado de extensión -completa o incompleta- es decir, si la medula espinal ha sido afectada en su totalidad o ha quedado extirpada parcialmente [12]. En el caso de lesión parcial, los nervios de la medula por debajo del nivel de la lesión ya no pueden transmitir información entre el cerebro y otras partes de cuerpo (Consultar Tabla 2).

En cuanto a la etiología de la LM, se clasifican en aquellas lesiones por causas congénitas o dolencias médicas y aquellas de tipo traumático como por ejemplo fracturas, luxaciones o contusiones vertebrales [13]. Así pues, debe tratarse el impacto que la lesión tiene sobre la persona y su entorno, puesto que la esfera sexual provoca no solo afrontar cambios físicos, sino también emocionales y relacionales. Es importante destacar que no existen instrumentos estandarizados para evaluar concretamente el área de la sexualidad en personas con LM [14]. En este sentido, los únicos elementos validados para analizar esta situación los encontramos en la EMELM -Escala Multidimensional de Evaluación de Lesionados Medulares- que incluye algunos ítems vinculados a la vida sexual [10].

Actualmente no existe ningún tipo de programa de formación específico vinculado a la sexualidad de las personas con LM ni tampoco la figura del sexólogo/a especializado en este campo concreto de conocimientos teórico-prácticos. Por tanto, identificar las necesidades formativas en psicólogos/as especialistas en sexología en relación con intervenciones de terapia y/o

educación sexual en personas con Lesión Medular en el territorio catalán, nos ayudará a comprender que plan de formación deberían recibir estos y estas profesionales.

DISEÑO METODOLÓGICO Y MUESTRA

El presente estudio pretende identificar las necesidades formativas en psicólogos/as especialistas en sexología para la atención de personas con LM en el territorio catalán, analizando por un lado el tratamiento de la sexualidad y la diversidad funcional en la formación de psicólogos y especialistas en sexología. Y por otro lado, determinar las necesidades expresadas por los psicólogos-sexólogos/as y las mismas personas con LM. Para ello se ha desarrollado una recogida de datos a partir de dos técnicas cualitativas: (1) pauta de análisis documental, mediante la cual se ha analizado el Libro Blanco del Grado de Psicología y dos programas formativos de posgrado de sexología; (2) entrevistas semiestructuradas, que se han efectuado en una muestra de 20 individuos, de los cuáles 5 eran docentes universitarios del grado de Psicología, 7 psicólogos/as especializados en sexología y 8 personas con LM de origen traumático.

En el análisis documental, se evaluó el Libro Blanco del Grado de Psicología y el Máster en Sexología Clínica y Salud Sexual de la Universidad de Barcelona (UB) y del Instituto de Estudios de Sexualidad y Pareja (IESP), ya que este máster es el único que permite la apertura de una consultoría de tratamiento sexológico y terapéutico. No obstante, cabe considerar que AEPS y FESS apoyan legalmente a médicos y psicólogos/as especializados en sexología en el marco deontológico que contemplan.

Para la selección de los participantes en las entrevistas se realizó un muestreo por conveniencia y por cadena [15]. De los veinte sujetos participantes, el primer grupo ha colaborado una vicedecana de prácticas, dos coordinadores de grado, un profesor titular y un profesor asociado. Todos ellos ejercen docencia en los diferentes cursos del grado de Psicología de diferentes universidades catalanas. En el segundo grupo han sido seleccionados sexólogos/as con

formación inicial del Grado de Psicología, sin considerar otras disciplinas sanitarias de base y que ejercieran la profesión. Finalmente, para el tercer grupo de personas con LM de tipología traumática y extensión completa (cuatro personas con una lesión a nivel cervical y cuatro la tienen a nivel dorsal). Aunque en este estudio se excluyeron personas que habían sufrido la lesión en un periodo inferior a dos años, con el fin de no ocasionar secuelas en el proceso de rehabilitación.

Las entrevistas semiestructuradas incluían preguntas adaptadas al perfil del grupo entrevistado, todas ellas fueron grabadas y transcritas. El análisis de los datos se realizó a partir de la categorización de la información a partir de códigos de análisis emergentes de los propios datos. Todos los sujetos del estudio accedieron a participar voluntariamente en la presente investigación.

RESULTADOS

El análisis del Libro Blanco de Psicología ha servido para constatar una baja presencia de temáticas y contenidos vinculados a la sexualidad, y una inexistente mención a las necesidades de personas con LM, en el propio grado universitario y el tratamiento mínimo se realiza transversalmente en diferentes asignaturas.

En cuanto al análisis documental de la formación continua, se evaluó el Máster de Sexología Clínica y Salud Sexual ofrecido por el Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja (IESP) y el mismo máster de la Universidad de Barcelona (UB).

En el caso de la IESP existe una división del bloque de contenidos en áreas, en cambio en el programa que presenta la UB, los contenidos se presentan de forma global. No obstante, en ambos programas no existe una diferenciación clara entre los objetivos generales y los específicos; contemplan las competencias generales y específicas que logrará el perfil profesional de sus egresados. En sus programas formativos explicitan contenidos vinculados a la sexualidad y a las personas con diversidad funcional, y en el programa de máster del IESP se llega a concretar el tratamiento de la LM. Si bien, la forma como son presentados estos contenidos

dan a entender que estos se tratan de forma superficial y no se efectúan intervenciones prácticas focalizadas con el colectivo de personas con LM. Si bien, en las clases presenciales del máster -modalidad semipresencial- se trabajan algunos contenidos sobre diversidad funcional y sexualidad, y colaboran algunos profesionales del ámbito de la sexología que han tratado con estos colectivos.

En las entrevistas, el grupo 2 de psicólogos/as especializados en sexología no se ven capacitados de realizar una intervención sexológica en personas con LM y que para realizarla tendrían que autoformarse o buscar el asesoramiento de un/a profesional especializado en LM.

En cambio, el grupo 3 de personas con LM, deja constancia que no valoran las competencias profesionales del sexólogo/a ni utilizarían el servicio como soporte ni asesoramiento psicosexual, ya que no tienen suficiente formación estos/as profesionales, además prefieren el grupo de iguales.

En cuanto a los resultados obtenidos mediante entrevista, cabe destacar las siguientes categorías:

(1) La sexualidad

Esta unidad de análisis reúne la diversidad de perspectivas subjetivas de los tres grupos participantes. Por un lado, el grupo 1 – docentes del grado de psicología- hace referencia a que la temática de la sexualidad se trata como contenido transversal a lo largo del grado de psicología y no como contenido específico, además sobre todo se contempla cuando tratan la perspectiva biopsicológica en la explicación de la función hormonal. Además, el profesorado entrevistado menciona que en el grado se tratan los contenidos de una forma muy genérica y esto no permite desarrollar otros contenidos específicos igual de importantes, aunque remarcan la posible integración y conciliación de la sexualidad y diversidad funcional como contenido en el grado de psicología. De hecho, supondría una forma más de favorecer el interés del alumnado en este ámbito. Por otro lado, el grupo 2 - Psicólogos/as especializados en sexología- conceptualiza la sexualidad desde una

perspectiva tanto reproductiva como comunicativa, como forma de buscar y expresar el placer. No obstante, algunos sujetos de este grupo añaden que muchas veces la sexualidad está vinculada al coitocentrismo y a la genitalización sexual, aunque revelan que es necesaria la erogenización del cuerpo como eje básico de la sexualidad.

Y por último, el grupo 3 –personas con Lesión Medular- explicita que la sexualidad está estrechamente vinculada al sentirse a gusto con un mismo, al dejarse fluir y vivir la experiencia sexual en otros puntos del cuerpo, dejando de lado una sexualidad vinculada al coito y a los genitales. Así lo expresa uno de los entrevistados de este grupo: *«Necesitaba descubrir otras formas. El sexo está genitalizado.»* ENTREVISTA C-SCI-2H-3:00*. Aun así, el grupo 3 refiere diferencias entre aquellas personas que han mantenido relaciones sexuales previas y posteriores a la lesión. De hecho, algunos sujetos afirman que no haber tenido experiencias sexuales previas al accidente podría suponer una ventaja en el sentido de no tener que desaprender un modelo sexual prefijado y adaptarse a uno nuevo después del accidente.

(2) Capacidad de intervención del psicólogo/a en personas con LM

Esta unidad de análisis hace referencia a la puesta en práctica del grado de conocimientos del psicólogo/a cómo para dar respuesta o atender a personas con LM. El grupo 1 sostiene que un psicólogo/a al haber finalizado el grado no dispondría de los

* Las entrevistas de los distintos grupos se han dividido como A, B y C directamente relacionados con el grupo 1, 2 y 3. Después va seguido del grupo exacto con los siguientes códigos; FI (Profesores de la formación Inicial del Grado de Psicología), PS (Psicólogos/as especializados en sexología clínica) y el código SCI que significa Spinal Cord Injury –siglas en ingles de Lesión Medular-. Posteriormente se presenta un número y una letra, la numeración indica el número de entrevista y H/M hacen referencia al sexo de los entrevistados/as. Y finalmente, los números siguientes especifican los minutos y segundos de la grabación.

conocimientos que exige una intervención sexológica en personas con LM, dado que tendría que especializarse en el campo y requerirían de una formación complementaria, cosa que en los estudios de grado no dan ese margen de posibilidad. Así lo expone un sujeto del grupo 1: *«Cualquier tipo de intervención con personas con LM no están preparados. No los formamos para que estén preparados. Se les enseñan unas bases, pero no pueden aplicarlo en personas de este perfil. Tendrían que continuar formándose»* ENTREVISTA A-FI-2M-5:06.

En cambio, el grupo 2 explicita que no se verían capaces de realizar una atención o intervención sexual con una persona con LM, además los mismos hacen referencia al bajo grado de conocimientos en el ámbito y que tendrían que considerar algunos aspectos previos en la intervención de una persona con estas características. Entre las consideraciones previas dejan constancia sobre la necesidad formativa que intentarían paliar o bien con la autoformación o bien con la solicitud de asesoramiento a otros profesionales especializados en LM. Así lo manifiesta un sujeto del grupo 2: *«No. Porque no creo que disponga de los recursos. Antes que nada, a nivel personal tendría que formarme sobre qué es una Lesión Medular, más allá de lo que pueda conocer a nivel popular, qué grados pueden existir, como repercute en la vida de una persona. Yo no tengo esta formación. Yo no podría atenderles»* ENTREVISTA B-PS-2M-3:14. Siguiendo en la misma línea, el grupo 3 no valora las competencias profesionales del sexólogo/a ni utilizarían el servicio como apoyo ni asesoramiento psicosexual. Aun así, explicitan la necesidad de un profesional preparado y especializado, ya que refieren insatisfacción en la educación sexual recibida por parte de profesionales sanitarios. Todo el grupo especifica que la experiencia propia es el motor del autoaprendizaje sexual, además de mencionar que el asesoramiento sexual se realiza a través del grupo de iguales. Así pues, la figura del sexólogo/a no se contempla como posible recurso a utilizar.

(3) Personas con diversidad funcional o con Lesión Medular en contenidos académicos.

Esta unidad de análisis hace referencia al tratamiento de las categorías de diversidad funcional o de LM en diferentes contenidos académicos tanto del grado de psicología como de la formación de posgrado vinculada a la sexología. Como ya se ha mencionado, el grupo 1 comentan que la temática de la diversidad funcional se trata en diferentes asignaturas y desde una vertiente biopsicológica, desde la psicopatología clínica, además de considerar el trato con y desde la persona.

El grupo 2 constata que la LM no se ha tratado en los contenidos de la formación de máster en profundidad (algunos sujetos de este grupo no han efectuado el máster porque cuando empezaron a ejercer como sexólogos/as no existía esta formación). Además, el mismo grupo remarca la existencia de cierta limitación a nivel estatal sobre la oferta formativa en sexología y diversidad funcional.

(4) Acción formativa sobre personas con Lesión Medular

Esta unidad de análisis constata las diferentes características básicas que tendría que incluir un curso formativo sobre personas con LM (Consultar Tabla 3 y Tabla 4).

El grupo 2 mencionan que efectuarían una formación complementaria para dar cobertura a este colectivo, ya que existe cierta motivación personal y profesional como para efectuarlo. No obstante, dicho grupo refiere la ausencia de estos casos en la consulta como para realizar una formación especializada que considere las diferencias en las necesidades sexuales de una persona con diversidad funcional.

El grupo 3 insiste que el profesional especializado en sexología comprenda la visión de diversidad humana, además refieren que tendría que dotarse de herramientas o estrategias para orientar la educación sexual en la resolución de dudas y problemáticas sexuales. Este mismo grupo reclama una figura de asistencia sexual que tuviera ciertas nociones básicas de

enfermería como por ejemplo sonar, saber colocar un colector, realizar transferencias...Así lo constata un sujeto del grupo 3: *«Se tiene que saber hacer una transferencia. Yo no me puedo transferir solo...Si quieres que haya coito me tengo que hacer un sondaje previo, yo no me lo puedo hacer solo, me lo tiene que hacer otra persona porque si no me puedo poner a orinar en medio del acto sexual. Piensa que se tiene que sacar el colector y tal. Esto implica tener unas nociones de enfermería, porque si sondas mal puedes cargarte las paredes de la vejiga. Se deben tener unas mínimas nociones, esto si quieres que haya coito, sino hay otras muchas formas que no impliquen sacar el colector»* ENTREVISTA C-SCI-2H-6:35.

DISCUSIÓN

Aunque existe cierto desconocimiento sobre la temática a grosso modo [16], la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el artículo 25 sobre Salud, especifica que las personas con diversidad funcional tienen derecho a disfrutar de la salud sexual y que se incluya la misma en los programas sanitarios por parte de los profesionales [16]. Por ello, los profesionales de la salud deberían estar preparados para desarrollar estrategias específicas que garanticen la educación para la sexualidad en personas con diversidad funcional [17], además de asesorar a este colectivo en el proceso de rehabilitación y postrehabilitación.

No obstante, los resultados obtenidos, denotan que la perspectiva de la mayoría de psicólogos/as especializados en sexología se sienten profesionalmente limitados para atender e intervenir en aspectos vinculados al colectivo de personas con LM.

Cabe destacar que Krueger explicita las fases por las que pasa una persona con LM; de shock, el rechazo, la reacción depresiva, la reacción contra la independencia y la adaptación [18]. Así mismo, se considera esencial tener en cuenta estas fases, dado que son determinantes en la vida después de la LM, podrían ser incluso imprescindibles para enfocar el abordaje, la intervención y

atención sexual. No obstante, resulta difícil predecir las consecuencias en la vida sexual de las personas con LM por las diferencias individuales, puesto que pueden existir conexiones nerviosas que todavía funcionen, además de adaptarse a una nueva manera de expresión, comunicación y comportamiento sexual [14]. Además, las personas con LM entrevistadas tienen cierta resistencia psicológica en la busca de ayuda o apoyo por parte de sexólogos/as. De todos modos, aunque quisieran acceder a estas consultorías, no podrían, ya que la mayoría no son centros sanitarios y por tanto no están adaptadas. Aunque no existe evidencia científica que mencione este preciso hallazgo derivado del actual estudio.

CONCLUSIONES

La formación de especialistas en sexología para atender a personas con lesión medular es todavía anecdótica, y en algunos casos inexistente, en los planes formativos de los profesionales que deben atender estas necesidades. En este sentido, se debería considerar la necesidad de incorporar las temáticas de sexualidad y la diversidad funcional como materias específicas en el Grado de Psicología o una rama más concreta de atención a la LM en los másteres de sexología clínica, ya que el desarrollo de estas de forma transversal queda diluido en la posibilidad de no adquirir los conocimientos básicos tanto teóricos como prácticos (Consultar Tabla 4).

Se considera importante abordar en un congreso o seminario las diversas problemáticas vigentes en la figura del sexólogo/a cómo por ejemplo la definición difusa del perfil profesional, acordar un marco competencial y legislativo del mismo, replanteamiento de la disciplina como tal, e incluso, la futura incorporación como posible grado en alguna universidad pública o como mínimo la implementación de la sexología clínica como asignatura obligatoria en aquellas disciplinas que la WAS considera interventoras en el ámbito sexológico y sexual.

Por último, sería interesante considerar en futuras líneas de investigación el análisis del proceso de aprendizaje sexual en personas

con LM, donde se pudieran identificar los modelos sexuales previos y posteriores a la lesión medular, ya que su conocimiento podría permitir el desarrollo de un patrón sexual más ligado a la aceptación y al sentirse válido como ser sexual. Por este motivo, sería relevante dar respuesta mediante cursos formativos o incluyendo contenidos teórico-prácticos en los estudios de posgrado de sexología clínica y diversidad funcional.

AGRADECIMIENTOS

Especiales agradecimientos a la Universidad Autónoma de Barcelona, Universidad de Barcelona, la Universidad de Lleida, Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja, Instituto Gomà, WAS, FESS y en definitiva a todas las personas que han participado de manera desinteresada en la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [1] Sierra, J.C., Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., & Moyano, N. (2014). Autoinformes como instrumento de evaluación en sexología clínica. Madrid: Editorial Síntesis.
2. [2] Organización Mundial de la Salud (1975). Asamblea: Informe Mundial de la Salud. Recuperado el 10 de mayo de 2020 en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95336/1/Official_record229_spa.pdf
3. [3] HISPAMAP. Normas legales para el alta de actividad profesional en España. Recuperado el 13 de junio de 2015 en <http://webs.ono.com/zor/altas.pdf>
4. [4] Federación Española de Sociedades Sexológicas (FESS). Recuperado el 18 de junio de 2020 en <https://www.fess.org.es/sociedades>
5. [5] Universidad de Almería -UAL- (2011). Máster en Sexología. Recuperado el 25 de junio de 2020 en <http://cms.ual.es/UAL/estudios/masteres/master7044>
6. [6] UAL. Competencias específicas. Recuperado el 20 de junio de 2020 en <http://cms.ual.es/idc/groups/public/@academica/@titulaciones/documents/docu>
7. [7] Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología -AEPS- (2006). Código Deontológico del Sexólogo. Recuperado el 15 de julio de 2020 en <http://www.aeps.es/wp-content/uploads/2013/09/codigo-deontologico-del-sexologo.pdf>
8. [8] Colegio Oficial de Psicología de Cataluña. Recuperado el 15 de junio de 2020 en https://www.copc.cat/adjuntos/memoria_anual/memoria_anual_10/v/Mem%C3%B2ria%202018%20del%20COPC.pdf?tm=1568884793
9. [9] Abrahams, P., Marks, S., Hutchings, R., Nearn, L., & Spratt, J. (2007). Gran Atlas McMinn de Anatomía Humana. 5ª edición. Barcelona: Oceano Mosby.
10. [10] Rueda, B., & Aguado, A.-L. (2003). *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular*. Observatorio de la Discapacidad.
11. [11] Organización Mundial de la Salud (2013). Lesiones medulares. Recuperado el 12 de mayo de 2020 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs384/es/>
12. [12] Curcoll, L., & Vidal, J. (1992). *Sexualidad y Lesión Medular*. Barcelona: Fundación Instituto Guttmann.
13. [13] Osorio, R., & Horta, M. (2009). *Lineamientos para la elaboración de un protocolo de intervención psicológica para familiares de pacientes con lesión medular*. Cuaderno Hispano americanos de Psicología 10, 1, 75-88.
14. [14] García, L., Alcedo, A., & Aguado, A. (2008). *La sexualidad de las personas con lesión medular: aspectos psicológicos y sociales*. Una revisión actualizada. Intervención Psicosocial, 17, 2, 125-141.
15. [15] Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3), 613-619.

16. [16] Convención Internacional de les Naciones Unidas (2011). Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Instituto Municipal de Personas con Discapacidad de Barcelona. Recuperado el 16 de junio de 2020 en <http://w110.bcn.cat/fitxers/baccessible/informecnuversioperimprimir.555.pdf>
17. [17] Hurtado, F., Pérez, M., Rubio-Aurioles, E., Coates, R., Coleman, E., Corona, E., Mazín, R., y Horno, P. (2011). Educación para la sexualidad con bases científicas: Documento de consenso de Madrid. Recuperado el 15 de junio de 2020 en <http://www.desexologia.com/wp-content/uploads/2012/09/Educaci%C3%B3n-para-la-sexualidad-con-bases-cient%C3%ADficas-Documento-de-Consenso-de-Madrid-FINAL.pdf>
18. [18] Krueger, D. (1988). *Rehabilitación psicológica del traumatismo físico y la incapacidad*. En Krueger (ed): *Psicología de la rehabilitación*. Barcelona (19-30).

ANEXOS

TABLA 1: Competencias específicas del sexólogo/a vinculadas a la diversidad funcional.

Competencias específicas del sexólogo/a
• Adquirir las capacidades, conocimientos, habilidades y actitudes por el conocimiento crítico de la diversidad etnográfica, social y cultural de la sexología. • Adquirir las capacidades, conocimientos, habilidades y actitudes para dar respuesta a situaciones complejas relacionadas con violencia y género y para diseñar, dirigir y realizar informes sobre temas de violencia y género. • Adquirir las capacidades, conocimientos, habilidades y actitudes para planificar, implementar, revisar y evaluar la práctica del trabajo en sexología con personas, familias, grupos, organizaciones, comunidades y con otros profesionales, y de integrar, relacionar y aplicar los conocimientos y principios teóricos y metodológicos de la sexología a la práctica.

Fuente: Elaboración propia a partir del Gobierno de España (2015).

TABLA 2: Extensión de la Lesión Medular.

EXTENSIÓN DE LA LESIÓN MEDULAR		
COMPLETA		INCOMPLETA
Paraplejia	Afectación extremidades inferiores (nivel dorsal, lumbar o sacro).	Paraparésia
Tetraplejia	Afectación de las cuatro extremidades.	Tetraparésia
Pentaplejia	Afectación a las cuatro extremidades y el cuello.	

Fuente: Elaboración propia a partir de Curcoll, & Vidal (1992).

TABLA 3: Situación real y situación deseable.

SITUACIÓN REAL	SITUACIÓN DESEABLE
Oferta formativa no formal sobre sexología clínica y sexualidad humana.	Incremento de la oferta formativa formal sobre sexología clínica y sexualidad humana.
Indefinición de las competencias generales y específicas de la figura del sexólogo/a.	Definir el marco competencial de la figura del sexólogo/a.
Incoherencia en el perfil de entrada de los másteres que ofrecen en la Comunidad Autónoma de Cataluña y el resto CCAA.	Incrementar la comunicación y coherencia formativa entre los diversos centros que promueven los másteres en sexología clínica y sexualidad humana.
Inexistencia de másteres oficiales ni programas de doctorados en sexología clínica y sexualidad humana.	Creación de un máster oficial de sexología clínica y sexualidad humana que propicie programas de doctorado del mismo ámbito.
Ausencia del Grado de Sexología en todo el territorio español.	Incorporar el Grado de Sexología en alguna universidad pública.

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 4: Ejemplificación de directrices para un plan de formación.

Plan de formación en sexología clínica y sexualidad para la atención de personas con Lesión Medular.	
1. Introducción a las dimensiones de la sexualidad humana	
1.1	Dimensión biológica.
1.2	Dimensión psicosocial.
1.3	Dimensión espiritual.
1.4	Dimensión clínica y terapéutica.
2. La categorización del género	
2.1	Constitución de las relaciones de poder.
2.2	Imaginario y enfoque del erotismo social.
3. Dimensión biológica de la Lesión Medular	
3.1	Tipología de lesiones i etiología.
3.2	La respuesta sexual en la LM.
3.2.1	Disfunción eréctil en las personas con LM.
3.2.2	Fisiología de la función eréctil masculina i femenina.
3.2.3	Aspectos vasculares i neuro-endocrinológicos.
3.2.4	Tratamiento de la disfunción eréctil.
3.2.4.1	Erección por vacío.
3.2.4.2	Vibroestimulación.
3.2.4.3	Vitamina E (Yohimbina).
3.2.4.4	Estimulaciones de las raíces sacras anteriores.
3.2.4.5	Inyecciones endocarvenosas, bombas de papaverina, estimulación del pene con preservativo, sustancias transcutáneas (solo en hombres).
3.3	Sondaje y bolsa de orina, enemas e higiene general previa a las relaciones sexuales.
4. Dimensión psicosocial de la Lesión Medular	
4.1	Aspectos psicosexuales asociados a la LM.

4.1.1	Estimulación i respuesta sexual.
4.1.2	Deseo y capacidad de satisfacción.
4.1.3	Erogenización del cuerpo y la mente.
4.2	Intimidad afectiva i sexual.
5. Dimensión clínica y terapéutica de la Lesión Medular	
5.1	Estrategias de intervención sexológica.
5.1.1	Entrevista clínica sexológica.
5.1.2	Exploración clínica.
5.1.3	Detección de necesidades individuales y diádicas.
5.1.4	Fases metodológicas en la intervención sexológica.
5.1.5	Modalidades de la red interdisciplinar.
5.1.6	Terapia sexual individual, en pareja y/o grupal.
5.1.7	Considerar les problemáticas expresadas por la persona.
5.1.8	Gestión de les emociones y uso de estrategias comunicativas.
5.1.9	La figura de la asistencia sexual en personas con LM.
6. Educación sexual	
6.1	Terapia sexual individual y diádica.
6.2	Rehabilitación y sexualidad.
6.3	Estrategias pedagógicas e intervenciones grupales.
6.3.1	Seguridad emocional i autoestima.
6.3.2	Apoyo entre el grupo iguales y oportunidades de aprendizaje.
6.4	Análisis de casos prácticos.
7. Intervención sexológica en persones con LM	
7.1	Seminarios e intervención sexológica.
7.2	Ventajas e inconvenientes de las intervenciones realizadas.

Fuente: Elaboración propia.

Las TIC y el aprendizaje de la sexualidad en adolescentes.

ICT and learning about sexuality in adolescents.

Suárez Leandro O¹, Álvarez López JR², Rueda Carbajal H³, Cosme Avelino M⁴.

1-Mg. Problemas de aprendizaje. Catedrático Universidad Daniel Alcides Carrión, Perú.

2-Dr. Investigación Educativa. Catedrático Universidad Daniel Alcides Carrión, Perú.

3-Lic. Educación. Catedrático Universidad Daniel Alcides Carrión, Perú.

4-Lic. Educación. Profesora de colegio, MINEDU. Perú.

Correspondencia

Orlando Suárez Leandro

Facultad de Ciencias de la Educación UNDAC

Av. Los Próceres 703. Yanacancha

Pasco. Perú

Correo electrónico: osuarez@undac.edu.pe

Fecha de recepción: 12 de junio de 2021. **Fecha de aceptación:** 29 de junio de 2021

Resumen

Objetivo: Establecer si la educación sexual a través de las TIC mejora la internalización de conceptos sobre sexualidad en adolescentes de 14 a 16 años en un colegio secundario de la región Sierra del Perú. **Diseño:** Estudio cuasi experimental con un grupo a quienes se le suministró información mediante recursos digitales de diversos tipos en una plataforma web y se hizo mediciones antes y después del experimento. **Participantes:** La muestra estuvo conformada por 37 estudiantes del 3°, 4° y 5° grados seleccionados en forma no probabilística e intencional pertenecientes a la Institución Educativa Señor de Los Milagros del distrito de Yanahuanca, provincia Daniel Alcides Carrión, región Pasco; entre abril a noviembre del año 2019. **Mediciones principales:** La variable medida fue la internalización de conceptos de sexualidad mediante el cuestionario tipo Likert validada, para esta investigación, por juicio de expertos. **Resultados:** La internalización de conceptos de sexualidad mejoró en promedio en 2.94 puntos en general y en promedio de porcentaje mejoró en 14.7% incluyendo los cuatro componentes. **Conclusiones:** La educación sexual a través de las TIC mejora la interiorización de conceptos sobre sexualidad en un (2.94 puntos). El incremento en lo biológico fue de 0.43 puntos (de 10.43 a 10.86), en lo sociocultural de 0.59 puntos (de 10 a 10.59), en salud de 1.08 puntos (de 11.10 a 12.18) y en lo ético de 0.83 puntos (de 8.81 a 9.64). La característica más saltante en los conceptos de sexualidad es el conservadurismo sexual y los conceptos ligados a su cultura.

Palabras clave: Educación sexual. Adolescentes. Intervención. Fisiología humana. Sexualidad.

Abstract

Objective: To establish whether sexuality education through ICT improves the internalization of concepts about sexuality in adolescents aged 14 to 16 in a secondary school in the Sierra del Peru region. **Design:** Quasi-experimental study with a group to whom information was provided through digital resources of various types on a web platform and measurements were made before and after the experiment. **Participants:** The sample consisted of 37 students from the 3rd, 4th and 5th grades randomly and intentionally selected from the Señor de Los Milagros Educational Institution in the Yanahuanca district, Daniel Alcides Carrión province, Pasco region; between April and November 2019. **Main measurements:** The measured variable was the internalization of concepts of sexuality through the Likert-type questionnaire validated for this research by expert judgment. **Results:** The internalization of concepts of sexuality improved on average by 2.94 points in general and, on average, as a percentage, it improved by 14.7% including the four components. **Conclusions:** Sex education through ICT improves the internalization of concepts about sexuality by one (2.94 points). The increase in the biological was 0.43 points (from 10.43 to 10.86), in the sociocultural 0.59 points (from 10 to 10.59), in health 1.08 points (from 11.10 to 12.18) and in the ethical 0.83 points (from 8.81 to 9.64). The most salient characteristic in the concepts of sexuality is sexual conservatism and the concepts linked to its culture.

Key words: Sexual education. Adolescents. Intervention. Human physiology. Sexuality.

Todos los autores aceptan la versión enviada. No se recibió financiación de ninguna fuente. No existen conflictos de intereses

INTRODUCCIÓN

Para Ortiz y Pecheny (2010) la sexualidad es un concepto que involucra tanto a las esferas sociales, históricas, políticas e ideológicas, como a las dimensiones culturales, por lo que los estudios sobre sexualidad no deben descuidar los aspectos cultural y social.

Detrás del EA (embarazo adolescente), en su carácter de problema complejo, existe un entramado propiciatorio de factores sociales, culturales, religiosos, económicos, políticos y educativos. (Family Care International, 2008).

La principal fuente en ambos casos es la madre. Sin embargo, mientras que los hombres, después de la mamá recurren más frecuentemente al padre, fuentes de internet, centros de salud, amistades y profesores; las mujeres recurren con mucha menor frecuencia a fuentes de información alterna a la madre, como: amistades, centros de salud, padre, internet y profesores. (Gayou, Meza, Noriega y Vázquez. 2020)

Sobre los avances de las diferentes investigaciones sobre el tema, se han dado desde otras perspectivas como el caso de Naranjo y Vanegas (2015) quienes han

estudiado sobre la relación que existe entre las TIC y la sexualidad mencionando que los adolescentes tienen necesidad de buscar información sexual a través de la televisión, las TIC, libros, amigos, vecinos; lo cual supondría que la cultura local y familiar del adolescente no informa o informa poco acerca de la sexualidad. Por otro lado, Iglesias (2016) refiere que una de las problemáticas que nos ofrecen las TIC es la persistencia de una información deficitaria en educación sexual, donde se mantienen viejos tabúes y aparecen otros nuevos que hacen que persistan aún embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual (ETS), abuso sexual e hipersexualidad. El citado autor, señala que las TIC desinforman en cuanto a educación sexual y para nosotros esa afirmación es importante porque buscaremos comprobar o rechazar a partir del experimento con la muestra de estudio que tiene la característica de estar conformado por adolescentes que pertenecen a la cultura andina.

La ESI (Educación Sexual Integral) es una propuesta educativa internacionalmente probada, basada en un enfoque de Derechos Humanos y orientada a promover conocimientos y habilidades para la toma de

decisiones responsables sobre sexualidad, salud y relaciones personales (Rojas, Castro, Villalobos, Allen-Leigh, Romero, Braverman-Bronstein, y Uribe, 2017).

Como se puede ver esta investigación está centrada en los enfoques de derechos, salud y ético y es positivo señalar que se ha investigado bastante al respecto. Se considera que es necesaria una educación formal adecuada para la población en general, que dé a conocer de manera fehaciente, por ejemplo, los efectos biológicos, sociales y culturales que los métodos anticonceptivos generan; lo que posibilitaría que no surgieran tantas creencias o pensamientos míticos acerca de la sexualidad. Por consiguiente, esta propuesta busca que, a partir de la inserción de algunas creencias o pensamientos en el contexto de la población en estudio, éstos puedan tener una posición más científica sobre mitos o formas de pensar. Cabe mencionar que la educación sexual se inicia generalmente en el seno de hogares, calles, amigos, y personas que no cuentan con formación profesional respecto al tema específico. (Causado y Pacheco, 2020). Se considera que hay que informar a la población sobre sexualidad; cosa que hay que tomarlo con bastante cuidado dado a que la sexualidad tiene componentes culturales. (Family Care International, 2008). Se debe informar teniendo en cuenta sus costumbres y creencias; es más, las poblaciones cuentan con información acerca del tema; sin embargo, consideramos que la población tiene que incorporar nuevas informaciones acordes a las innovaciones que experimenta la sociedad.

Las redes sociales online y otros espacios virtuales han producido cambios en la normatividad de las conductas sexuales, ampliando las representaciones culturales de sexualidad. Los significados y sentidos que cobran estas prácticas son singulares y se ven influenciadas por diferentes aspectos, por ejemplo, aspectos socioculturales como el sistema sexo-género, historia de vida del sujeto, características de personalidad, entre otros. Igualmente, se debe destacar que las prácticas sexuales virtuales no necesariamente se acaban materializando en

un encuentro sexual en la realidad material concreta. (Gelpi, Pascoll y Evorov, 2019). Finalmente, este trabajo señala que las redes sociales pueden generar una nueva cultura sobre la sexualidad en el adolescente, frente a ello diremos que esta forma de entender la sexualidad choca con las ideas y conceptos que tienen los adolescentes de diferentes culturas.

OBJETIVO: Determinar si la Educación sexual usando las TIC mejoran la internalización de conceptos sobre sexualidad en adolescentes de 14 a 16 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación pertenece al diseño cuasi experimental, con pre prueba y post prueba a un solo grupo experimental.

Este grupo experimental recibió por medio de la página web recursos de diversos tipos: texto, ppt, audio y videos a través de la plataforma Moodle creado exclusivamente para este fin. Antes del experimento se tomó la prueba de entrada, luego de la culminación de estos trabajos se tomó la prueba de salida.

La muestra fue seleccionada en la institución educativa pública Señor de los Milagros en las aulas del 3°, 4° y 5° en las fechas de abril a noviembre de 2019.

Los criterios de inclusión fueron tener de 14 a 16 años. Se excluyeron a quienes tuvieron padres profesionales de diversas áreas.

Variables estudiadas

A) **Educación sexual:** videos educativos, diapositivas y textos de lectura cortos.

B) **Uso de las TIC:** página web, internet, whatsapp, ordenador, correo electrónico.

C) **Internalización de conceptos sobre sexualidad:** aspecto biológico, sociocultural, salud y ético.

Procedimiento: Se solicitó la autorización a cada padre o madre de familia para la participación de su hijo(a) en el experimento. Seguido, se aplicó un cuestionario tipo Likert a cada integrante de la muestra; se pidió a cada estudiante sus correos personales, algunos necesitaban crearlos y se les ayudó a crear; después se elaboró la página web y se les entregó la contraseña para luego subir materiales respecto al primer enfoque

denominado biológico, luego el sociocultural, el de salud y finalmente el ético. Después de cada enfoque se procedió a reunir al grupo para comentar sobre el material y la importancia que tienen. Este trabajo duró siete meses y al final se tomó la prueba de salida.

Análisis de datos: Se aplicó la prueba de entrada a la muestra seleccionada con el instrumento del cuestionario tipo Likert con una puntuación de 1 a 3, siendo la puntuación máxima de 60 y la mínima de 20 y el punto de corte 30 y por debajo de 30 el conocimiento es bajo.

Para analizar el efecto de la educación sexual a través de las TIC primero se aplicó la Prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov para conocer la relación de la prueba de entrada y salida. Luego se usó la T de Student para variables relacionadas con el programa estadístico SPSS versión 26.

La aplicación de las dos pruebas se efectuó en los ambientes de la institución educativa, en horarios de libre disponibilidad de los estudiantes, generalmente al final del horario de clases. Los indicadores de la prueba, considerados de acuerdo a cada una de las perspectivas de la educación sexual, fueron:

- a) Perspectiva biológica: sexo, hormonas sexuales, fecundación y embarazo, espermatozoide y óvulo.
- b) Perspectiva sociocultural: matrimonio o convivencia, elección de pareja, amor, enamoramiento y noviazgo.
- c) Perspectiva de la salud: enfermedades de transmisión sexual, VIH, uso de preservativos, píldoras anticonceptivas, método del calendario.
- d) Perspectiva ética: aborto, promiscuidad sexual, enamoramiento, abstinencia sexual, retraso en el acto sexual.

RESULTADOS

Los datos de la prueba de entrada de la evaluación de los conocimientos de sexualidad se encuentran en la tabla 1.

En la tabla 2 se muestra los datos de la internalización de conocimientos de sexualidad después del experimento.

En el gráfico 1 se muestra el resultado de la internalización de conocimientos biológicos; socioculturales, gráfico 2; salud, gráfico 3 y ético, gráfico 4.

DISCUSIÓN

Interiorización de conceptos sobre sexualidad

La interiorización de conceptos de sexualidad mejora con la educación sexual a través de las TIC, especialmente en los aspectos de salud y ético. Estos hallazgos coinciden con los estudios realizados por Santi (2019) quien concluye que se optimizan las capacidades, destrezas y aptitudes, a través de los recursos modernos y representaciones didácticas y potencian las capacidades categóricas en los adolescentes y autoconocimiento, manejo de dificultades, pensamiento creativo y crítico, comunicación asertiva y relaciones Interpersonales, entre otras. Además, agrega que se desarrolla significativamente los conocimientos en sexualidad, reproducción, anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual, pensando en el retraso del inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes, tomando conciencia de la responsabilidad que atañe las relaciones sexuales a temprana edad.

Conocimientos de sexualidad en sus componentes

En cuanto a precisar si la enseñanza de cada una de las perspectivas de la educación sexual (biológico, sociocultural, salud y ética) usando las TIC influyen en el aprendizaje sobre la sexualidad, se encontró que los enfoques, salud y ético han experimentado mayor influencia (gráfico 1 y 3) y el biológico y sociocultural en menor grado (gráfico 2 y 4) siendo el de menor influencia que las demás el enfoque biológico y el de mayor influencia el enfoque de salud. Este resultado se relaciona opuestamente con los estudios realizados por Bargas (2020) quien concluye que la información sobre sexualidad que poseen los adolescentes es insuficiente y en muchos casos equivocada, asociándose con gran frecuencia a mitos y creencias que inciden de manera negativa en aspectos relacionados con su propia sexualidad. Es necesario que los adultos

puedan valorar críticamente los sentimientos y pensamientos que tienen respecto de la sexualidad, y para que sus pensamientos o tabúes no sean un obstáculo para acompañar a los adolescentes en su sexualidad, emociones y por lo tanto sus acciones.

Caracterización de conceptos de sexualidad

Finalmente, respecto a la caracterización de conceptos sobre sexualidad en los adolescentes, encontramos que la característica más importante del concepto de sexualidad en los adolescentes de la muestra de estudio es el conservadurismo. Este resultado tiene relación con los estudios realizados por Tolentino (2019) quien caracteriza a las actitudes sexuales de los adolescentes, el 25,32% de los adolescentes exhiben actitudes liberales, el 25,95% actitudes puritanas, el 16,46% actitudes neuróticas, el 15,82% excitabilidad sexual y el 16,46% inseguridad sexual. En la dimensión liberalismo, el 50,00% no presenta una actitud liberal y el 38,61% un liberalismo ligeramente. En la dimensión puritanismo, 56,96% no demuestran una actitud puritana y el 29,11% exhiben actitudes ligeramente puritanas. En la dimensión neuroticismo, el 47,47% no muestran actitudes neuróticas y el 36,7% una actitud neurótica extremadamente favorable. En ese sentido coincidimos en lo que respecta a que los estudiantes son poco liberales y conservadores en los aspectos ético y sociocultural.

CONCLUSIONES

En la comparación de resultados del pre test y post test de la muestra de estudio, se encontró que en el post test mejoró los conocimientos de sexualidad en general en un promedio de 2.94 puntos y 14.7% en todas las dimensiones (Tabla 1 y 2).

Se confirma la hipótesis de investigación de la educación sexual a través de las TIC influye en la interiorización de conceptos sobre sexualidad. Asimismo, los conocimientos que más alcanzan mejoría son la de salud y ético y la que mejora en menor medida es la sociocultural y biológica. La sexualidad de los adolescentes objeto de estudio tiene la característica fundamental de

ser conservadora, basada en los valores y creencias propias de su cultura

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene la fortaleza de haber trabajado los diferentes componentes de la sexualidad especialmente el aspecto sociocultural y ético que son aspectos bastante delicados de tratar cuando se aborda la sexualidad.

En cuanto a las limitaciones del estudio se podría haber extendido otros componentes de la sexualidad importantes como los derechos de la sexualidad y otros como la diversidad de géneros. Asimismo, la población de estudio es pequeña, se podría ampliar en futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortiz A, Pecheny M Enseñanza universitaria sobre género y sexualidades en Argentina, Chile, China, México y Sudafrica. Argentina: Teseo. 2010
2. Family Care International. Buenas prácticas en materia de prevención del embarazo adolescente. 2008. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Oct08ConceptoBPenPEA-4.pdf>
3. Diálogos sobre Educación. [Publicación periódica en línea] 2020. [citada 2021 enero 25]; 11(21). Disponible en: <https://doi.org/10.32870/dse.v0i21.633>
4. Naranjo T, Vanega G Sexualidad y su incidencia en los adolescentes de primero y segundo de bachillerato de la unidad educativa Simón Bolívar de la ciudad de Milagro. Universidad Estatal de Milagro. 2015 [citado 2020 Oct 13]. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/3387>
5. Adolescere. [Publicación periódica en línea] 2016. [citada 2020 diciembre 18] 4(1).
6. Salud Pública de México. [Publicación periódica en línea] México. 59(1). Disponible en: <https://doi.org/10.21149/8411>
7. Cedotic. [Publicación periódica en línea] 2020. [citada: 2021 enero 12]; 5(1). [Aproximadamente 66 pp.]. Disponible en <https://doi.org/10.15648/cedotic.1.2020.2378>

8. Revista Iberoamericana de Educación. [Publicación periódica en línea] 2019. [citada 2021 diciembre 16];80(2). Disponible en <https://doi.org/10.35362/rie8023230>

9. Santi AI, Medios tecnológicos (celular e internet) y la educación sexual en los estudiantes de la Unidad Educativa Dr. Segundo Wong Mayorga. (2019). Disponible en:
<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/7160>

10. Bargas A, Estrategias para la Implementación del Programa de Salud Sexual Integral;2020.[internet]. [Citado 2020 Oct 15]. disponible en:
<http://repositorio.uai.edu.ar:8080/handle/123456789/1029>.

11. Tolentino MR. Actitudes sexuales en adolescentes de la Institución Educativa Daniel Alomía Robles [internet], Perú: 2015 [citado 2020 Dic 14]. Disponible de: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/8999>.

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Conocimientos de sexualidad antes del experimento .

Estudiantes	Conceptos biológicos					Conceptos socioculturales					Conceptos de salud					Conceptos éticos					Puntaje/estudiante
	Sexo y género	Sexo y hormonas	Embarazo	Espermatozoide	Ovulación	Convivencia	Elección de pareja	Estatus de la pareja	Noviazgo	Relación pre matrimonial	ETS	VIH	Uso de preservativo	Píldoras anticonceptivas	Método de calendario	Aborto	Libertad sexual	Sexualidad prematura	Abstinencia sexual	Enamoramiento	
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	58
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	57
8	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	55
9	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	54
10	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	52
11	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	1	2	3	2	3	49
12	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	1	2	3	2	3	48
13	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	1	1	3	2	3	47
14	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	1	1	3	3	3	1	1	3	2	3	45
15	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	1	1	3	3	3	1	1	3	2	3	45
16	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	1	1	3	3	3	1	1	3	1	3	44
17	2	2	3	3	2	3	2	1	2	3	1	1	3	3	3	1	1	2	1	3	43
18	2	2	3	3	1	3	2	1	1	3	1	1	3	3	3	1	1	2	1	3	39
19	2	2	3	3	1	3	2	1	1	3	1	1	3	2	3	1	1	2	1	3	39
20	2	1	3	3	1	2	2	1	1	3	1	1	3	2	3	1	1	2	1	3	37
21	1	1	3	3	1	2	1	1	1	3	1	1	3	2	3	1	1	2	1	3	35
22	1	1	3	3	1	2	1	1	1	3	1	1	3	2	3	1	1	2	1	2	34
23	1	1	3	3	1	2	1	1	1	3	1	1	3	2	3	1	1	2	1	2	34
24	1	1	2	3	1	2	1	1	1	3	1	1	3	1	3	1	1	2	1	2	32
25	1	1	2	3	1	2	1	1	1	3	1	1	3	1	3	1	1	1	1	2	32
26	1	1	2	3	1	2	1	1	1	3	1	1	3	1	3	1	1	1	1	2	31
27	1	1	2	3	1	2	1	1	1	2	1	1	3	1	3	1	1	1	1	2	30
28	1	1	2	3	1	2	1	1	1	2	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	29
29	1	1	2	3	1	2	1	1	1	2	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	29
30	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	27
31	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	27
32	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	27
33	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	27
34	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	24
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	24
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	24
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
Σ	67	63	94	99	63	85	67	61	61	96	61	59	107	78	106	52	55	77	57	85	
Promedio puntaje: 40.35; Desviación típ.:13																					

Tabla 2. Conocimientos de sexualidad después del experimento.

Estudiantes	Conceptos biológicos					Conceptos socioculturales					Conceptos de salud					Conceptos éticos					Puntaje/estudiante
	Sexo y género	Sexo y hormonas	Embarazo	Espermatozoide	Ovulación	Convivencia	Elección de pareja	Estatus de la pareja	Noviazgo	Relación pre matrimonial	ETS	VIH	Uso de preservativo	Píldoras anticonceptivas	Método de calendario	Aborto	Libertad sexual	Sexualidad prematura	Abstinencia sexual	Enamoramiento	
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	59
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	59
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58
11	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	57
12	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	53
13	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	52
14	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	51
15	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	2	3	3	48
16	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	1	2	3	3	48
17	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	1	2	3	3	48
18	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	1	1	2	3	44
19	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	1	1	2	3	43
20	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	1	1	2	3	43
21	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	1	1	2	2	42
22	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	1	1	2	2	42
23	2	2	2	3	1	2	2	1	2	3	3	2	3	1	3	3	1	1	2	2	39
24	2	2	2	3	1	2	2	1	2	2	3	2	3	1	3	3	1	1	2	2	38
25	2	2	2	3	1	2	2	1	2	2	3	2	3	1	3	3	1	1	2	2	38
26	2	1	2	3	1	1	2	1	2	2	3	1	3	1	3	3	1	1	2	2	35
27	1	1	2	3	1	1	2	1	1	2	3	1	3	1	3	3	1	1	2	2	33
28	1	1	2	3	1	1	2	1	1	2	3	1	3	1	3	3	1	1	2	2	33
29	1	1	2	3	1	1	1	1	1	2	3	1	3	1	2	3	1	1	2	2	31
30	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	3	1	2	1	2	3	1	1	2	2	29
31	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	3	1	2	1	2	3	1	1	1	2	27
32	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	3	1	1	1	2	26
33	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	3	1	1	1	2	26
34	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	1	23
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	21
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	20
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	20
Σ	80	75	77	101	69	73	79	73	74	93	101	79	100	71	100	58	65	60	84	90	
Promedio puntaje: 43.29; Desviación tip.: 13.53																					

Gráfico 1. Internalización de conceptos biológicos.

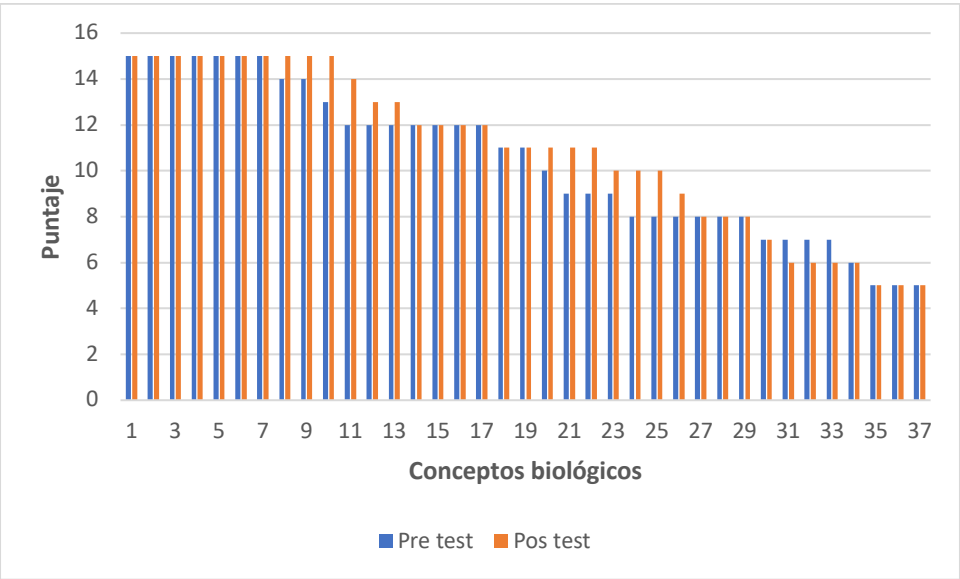


Gráfico 2. Internalización de conceptos socioculturales

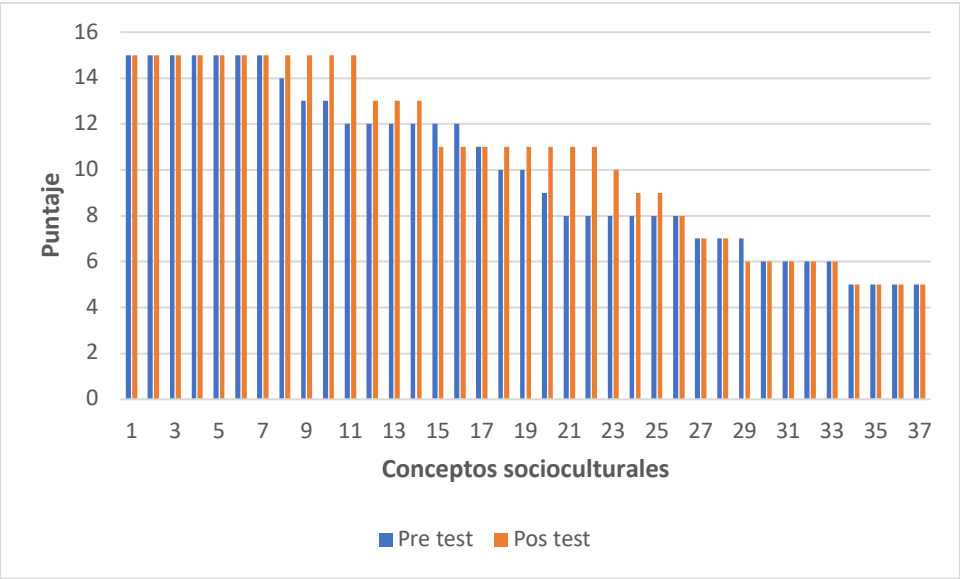


Gráfico 3. Internalización de conceptos de salud

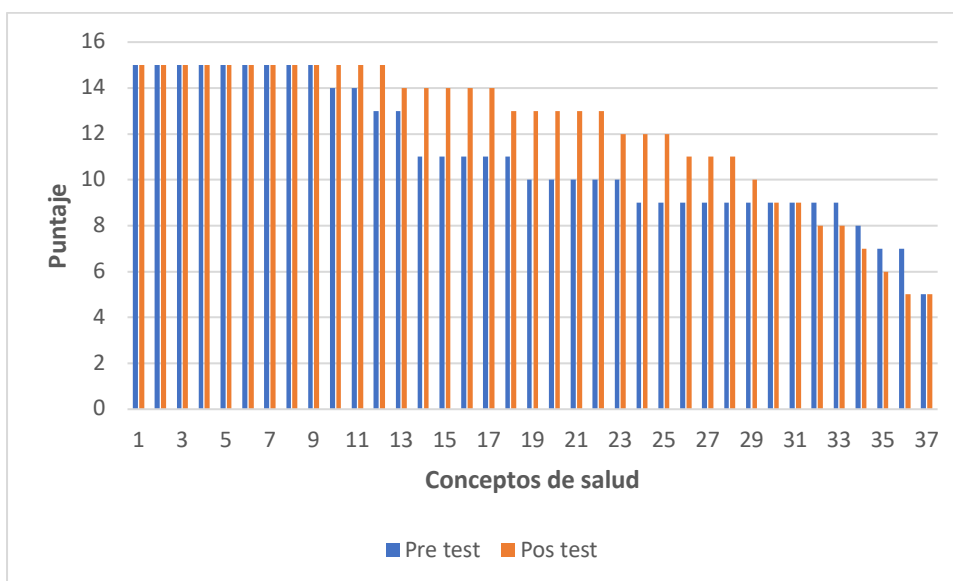
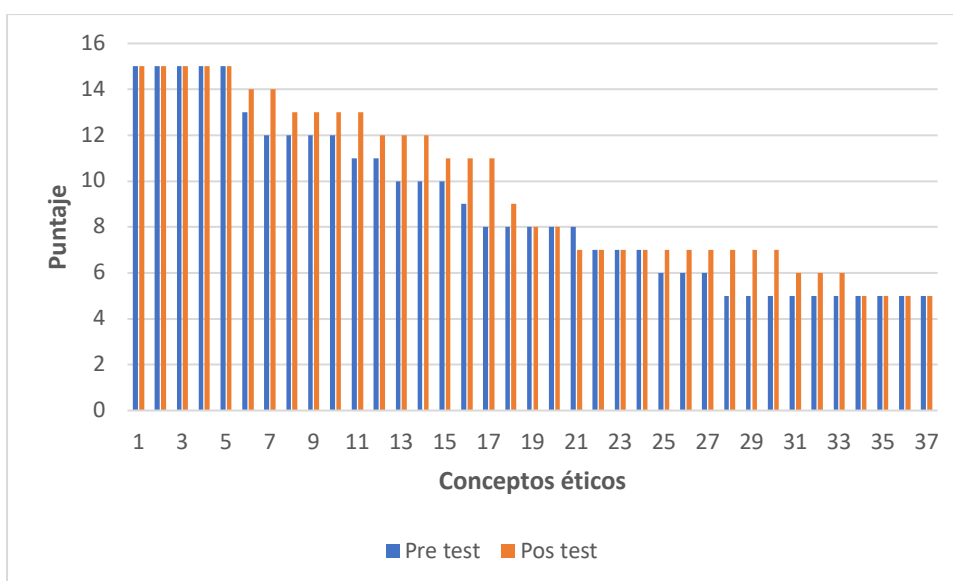


Gráfico 4. Internalización de conceptos éticos.



Pornografía e imagen corporal: una relación compleja.

Pornography and body image: a complex relationship.

Mestre-Bach G^{1*}, PhD; Chiclana Actis C^{1,2,3}, PhD y MD

1- Universidad Internacional de la Rioja, Logroño, La Rioja, España.

2- Unidad de Psiquiatría del Adulto. Consulta Dr. Carlos Chiclana. Madrid, España.

3- Departamento de Psicología. Facultad de Medicina CEU-San Pablo. Madrid, España.

Correspondencia

Gemma Mestre Bach

Avenida de la Paz, 137; 26006- Logroño, La Rioja. España.

Correo electrónico: gemma.mestre@unir.net

Teléfono de contacto: 941 21 02 11

Fecha de recepción: 29 de abril de 2021. **Fecha de aceptación:** 25 de junio de 2021

Resumen

El interés por el uso de pornografía ha aumentado exponencialmente en los últimos años. La presente revisión tiene como objetivo principal evaluar la asociación entre la visualización de materiales pornográficos y la imagen corporal. No se ha podido confirmar aún la causalidad de la asociación entre ambos factores, por lo que no sería posible afirmar si la pornografía influye o no influye en la imagen corporal. Son necesarios más estudios longitudinales para poder estudiar en profundidad una posible relación de causalidad entre ambas y buscar variables mediadoras que expliquen la dirección del efecto.

Palabras clave: pornografía, imagen corporal, imagen corporal sexual.

Abstract

Interest in the use of pornography has increased exponentially in recent years. The main objective of this review is to evaluate the association between viewing pornographic materials and body image. The causality of the association between both factors has not yet been confirmed, so it would not be possible to say whether pornography influences or does not influence body image. More longitudinal studies are necessary to be able to study in depth a possible causal relationship between the two and to look for mediating variables that explain the direction of the effect.

Key words: pornography, body image, sexual body image.

Todos los autores aceptan la versión enviada. No existen ningún conflicto de intereses potencial de tipo económico o de otras relaciones con personas y organizaciones. Gemma Mestre-Bach ha recibido una beca postdoctoral de FUNCIVA.

INTRODUCCIÓN

El interés por la conceptualización de la pornografía y su impacto ha aumentado exponencialmente en los últimos años. Sin embargo, se sigue debatiendo acerca de qué factores definen la pornografía y si, consecuentemente, ésta debe ser considerada como una entidad unidimensional o multidimensional (1). La falta de conceptualización conlleva numerosas discrepancias entre los resultados obtenidos por los diferentes estudios (1). Un estudio Delphi reciente ha evidenciado esta heterogeneidad al intentar establecer una definición del término pornografía mediante la colaboración de diferentes expertos sobre el tema (2). Los autores destacan las numerosas dificultades surgidas al intentar encontrar aspectos comunes entre las distintas definiciones obtenidas. Sin embargo, concluyen que “contenido sexualmente explícito que tenga la intención de excitar” podría ser un punto de partida para llegar a un consenso.

Aunque su definición no esté todavía clara, existe evidencia de que el uso de pornografía se ha incrementado en los últimos años, desde la llegada de internet, y es más prevalente en poblaciones jóvenes y en varones (3). Se han estudiado, asimismo, sus efectos sobre distintos ámbitos, como la función sexual (4,5), las relaciones interpersonales (6), o la imagen corporal.

En referencia a la imagen corporal, cabe destacar también la falta de consenso en cuanto a su conceptualización y se ha sugerido que podría tratarse de un constructo multifactorial (7). Se ha contemplado una interacción entre la satisfacción con el propio cuerpo, es decir, la evaluación que el individuo lleva a cabo de su imagen corporal, y la inversión en imagen corporal, es decir, la importancia que se otorga al propio cuerpo (7). La insatisfacción con la imagen corporal y la imagen corporal sexual, entendida como la percepción de los propios genitales y senos, puede estar asociada, consecuentemente, con conductas como restricción dietética, ingesta de productos adelgazantes y antienvjecimiento o la

voluntad de someterse a cirugía plástica (8–11).

La presente revisión expone los principales hallazgos de los estudios, tanto cualitativos como cuantitativos, que han evaluado la asociación entre estos dos constructos: la pornografía y la imagen corporal/sexual.

ASOCIACIÓN ENTRE LA PORNOGRAFÍA Y LA IMAGEN CORPORAL

Los estudios cualitativos que evalúan la interacción entre el uso de pornografía y la imagen corporal han recurrido mayoritariamente a entrevistas y *focus groups*. Dawson et al.(12) identificaron opiniones contradictorias entre sus participantes, evidenciando la controversia asociada a la interacción entre pornografía e imagen corporal. Algunos participantes consideraron que la pornografía es una herramienta que permite a los individuos explorar su propio cuerpo, especialmente a aquellos que no han tenido experiencias sexuales previas. Sin embargo, los argumentos mayoritarios consideraban que la pornografía promueve estándares de belleza e ideales corporales tanto femeninos como masculinos. Especialmente las mujeres entrevistadas fueron las que reportaron opiniones más críticas acerca de la pornografía, considerando que la exposición a estos tipos de cuerpo podría llegar a influir la percepción del propio cuerpo. En un estudio similar, las mujeres argumentaron, además, que los ideales de belleza promovidos por los materiales pornográficos eran difícilmente alcanzables de manera natural por la población general (13). En el caso de los hombres, algunos participantes entrevistados reconocieron haber experimentado malestar y emociones negativas al comparar los cuerpos mostrados en los contenidos pornográficos con sus propios cuerpos (14).

Los estudios cuantitativos muestran cierta asociación entre el uso de pornografía y la imagen corporal. En concreto, Tylka(15) destacó, en el caso de los varones, una relación inversa entre la pornografía y una dimensión específica de la imagen corporal,

la apreciación del cuerpo. Parece ser, por tanto, que los hombres que consumen pornografía presentan una mayor tendencia a focalizar la atención en su apariencia física y una menor tendencia a plantearse o cuestionar los ideales físicos de su cultura. Whitfield et al.(16) identificaron, además, que la frecuencia de uso de la pornografía se asociaba a la presencia de actitudes negativas con el propio cuerpo en el caso de varones homosexuales y bisexuales. Por el contrario, Kvaem et al.(17) no observaron tal asociación en una muestra con las mismas características. Los autores justificaron esta discrepancia por la procedencia de países diferentes de las muestras, lo que puede implicar notables diferencias tanto respecto a la aceptación de la sexualidad y el uso de pornografía como a los estándares ideales respecto al aspecto físico.

Algunos autores han sugerido que los materiales pornográficos en los que aparecen actores homosexuales idealizan aún más los cuerpos en comparación con la pornografía heterosexual. Consecuentemente, los hombres homosexuales que consumen pornografía parecen mostrar una mayor tendencia a reconocer mayores niveles de auto-objetivación y sesgos respecto a su peso corporal (18,19).

Un estudio en esta línea, que sólo incluyó varones homosexuales, reportó una moderada asociación entre la frecuencia de uso de pornografía y factores relacionados con la imagen corporal, como una mayor insatisfacción con la propia estatura, la grasa corporal y la musculatura (20). Asimismo, los autores observaron también una relación entre la frecuencia de uso de pornografía y una mayor presencia tanto de sintomatología propia de los trastornos de la conducta alimentaria como de pensamientos relacionados con el uso de anabolizantes. Más concretamente, los pensamientos referentes a la utilización de anabolizantes fueron más notables en el caso de los varones que consumían pornografía profesional, en comparación con los que visualizaban pornografía amateur, sugiriendo que el tipo de material pornográfico puede tener un rol relevante al evaluar tal asociación.

Asimismo, en el caso de varones adolescentes, se ha sugerido que la exposición a contenidos pornográficos podría ser considerada un factor predictor de desaprobación del propio cuerpo (21).

Goldsmith et al.(22) observaron en su estudio que el tiempo que sus participantes dedicaban a ver pornografía correlacionaba, tanto en hombres como en mujeres, con las distracciones cognitivas relacionadas con el cuerpo que éstos presentaban durante la actividad sexual. Además, específicamente en el caso de los hombres, el consumo de pornografía visual fue un predictor único de estas distracciones cognitivas. Los autores esperaban, sin embargo, que fuese un mayor predictor en el caso de las mujeres, teniendo en cuenta que estudios previos evidenciaron que las mujeres son más propensas a analizar los ideales de belleza promovidos por los medios. Sin embargo, los resultados podrían explicarse teniendo en cuenta que los hombres consumen pornografía visual con mayor frecuencia que las mujeres.

Sin embargo, cabe destacar que otros estudios no han encontrado una asociación significativa entre estas dos variables, el uso de la pornografía y la imagen corporal/insatisfacción corporal (23–25). Más concretamente, Vogels(24) observó que aquellos participantes, tanto hombres como mujeres, que habían utilizado la pornografía con mayor frecuencia, la percibían como más realista y, a su vez, mostraban una imagen corporal más positiva. Por su lado, Sevic et al.(26) no observaron una asociación significativa a nivel longitudinal entre cambios en el uso de la pornografía y cambios en la vigilancia corporal y la internalización de los ideales corporales.

Algunos autores han evaluado, además, cómo el uso de pornografía afecta a las parejas de los consumidores. Se ha sugerido que es más probable que las mujeres reporten que sus parejas, consumidoras de pornografía, son críticas con ellas en referencia a su aspecto físico (27). Por otro lado, los hombres mostraron una mayor probabilidad de mostrarse más críticos con la apariencia física de sus parejas (27). Se ha observado también una relación entre la

percepción que uno de los miembros de la pareja tiene sobre el uso de pornografía del otro miembro y factores como la presencia de atracones o una elevada preocupación por la comida del miembro que no consume pornografía (28). En esta línea, otros autores han destacado una fuerte asociación entre la frecuencia del uso de pornografía de un miembro de la pareja y un mayor impulso por estar musculado en el otro miembro de la pareja (29). Por tanto, los individuos podrían experimentar el impacto del uso de pornografía en su imagen corporal aunque no sean consumidores directos de contenidos pornográficos.

ASOCIACIÓN ENTRE LA PORNOGRAFÍA Y LA IMAGEN CORPORAL SEXUAL

Al analizar cualitativamente la relación entre el uso de pornografía y la imagen corporal sexual, Sharp y Oates(30) observaron que los hombres entrevistados -pacientes que se habían sometido a una intervención de aumento de pene- eran conscientes de las técnicas utilizadas por la industria de cine para adultos durante la producción de sus materiales con el fin de que los penes de los actores porno parezcan de mayor tamaño en las distintas escenas. Además, consideraban que el tamaño del pene de los actores porno suele ser mayor que la media. Aun así, la totalidad de los hombres entrevistados reconocieron que la manera en que los genitales masculinos son mostrados en los medios, y especialmente en la pornografía, había influido en la percepción de sus propios genitales, al menos parcialmente. Los autores concluyeron que la pornografía parece ofrecer un estándar poco realista respecto al tamaño de los genitales y al rendimiento sexual de los hombres, equiparando la masculinidad con el tamaño del pene, hecho que puede llegar a generar presión y malestar en sus consumidores.

Los estudios cuantitativos han reportado resultados completamente contradictorios. Por un lado, Goldsmith et al.(22) evaluaron, mediante la administración de la escala de autoimagen genital (GSIS-20), la interacción entre el uso de pornografía y la imagen genital sexual, tanto femenina como

masculina. Los autores no encontraron diferencias significativas en las puntuaciones que los participantes de ambos sexos obtuvieron en autoimagen genital. Sin embargo, observaron que en el caso de las mujeres no existía una asociación entre el uso de pornografía y su propia imagen genital. Ello podría deberse al concepto de “mirada femenina” planteado por algunos autores, es decir, a la tendencia de las mujeres a focalizar su atención en el encuentro sexual a nivel global, sin prestar especial atención a los genitales femeninos que aparecen en los materiales pornográficos.

Sin embargo, otros autores sí que han identificado una asociación entre el uso de pornografía y la autoimagen genital femenina en mujeres que han recurrido a labioplastia, e incluso han observado que la pornografía se asociaba a una peor imagen genital. Los autores hipotetizan que aquellas mujeres más insatisfechas con su imagen corporal sexual utilizarían la pornografía para visualizar otros genitales femeninos y comprobar si su insatisfacción es o no justificable (31). Otros autores que encontraron resultados similares consideran que la exposición a imágenes de genitales puede considerarse un factor motivador para someterse a labioplastia (32).

En referencia al tamaño de los senos, la frecuencia de uso de pornografía parece estar asociada con la insatisfacción por el tamaño de los senos (25). Sin embargo, Cranney(33) no halló tal asociación.

En el caso de los varones, Goldsmith et al.(22) sí que identificaron una asociación entre imagen genital y uso de pornografía. Este hallazgo sugeriría que los hombres consumidores de pornografía percibirían sus propios genitales de manera más positiva. Los autores hipotetizaron que, cuando los hombres visualizan materiales pornográficos, es posible que se imaginen a ellos mismos siendo los propios actores en vez de comparar los genitales de los actores con sus propios genitales. Por tanto, el uso de pornografía podría estar asociado con una mejor percepción de la sexualidad en general y de los genitales en particular.

Contrariamente, Cranney(33) observó que la insatisfacción con el tamaño del pene se

asociaba al consumo de pornografía. Los autores sugirieron que los hombres no homosexuales no disponen de muchas ocasiones para estar expuestos a penes con erección, por lo que posiblemente la pornografía sea su única fuente de comparación con el tamaño de sus propios genitales. Finalmente, en el estudio de Peter y Valkenburg(25) la exposición a la pornografía no estaba relacionada con la insatisfacción con el tamaño del pene. El resultado sorprendió a los autores, dado que habían hipotetizado que los individuos mostrarían mayor insatisfacción con aquellas partes del cuerpo sobre las que percibieran que tenían menos control para poder modificarlas, como el tamaño del pene. Dada la heterogeneidad de los resultados se requerirían más estudios que tuvieran como objetivo evaluar la asociación entre la imagen corporal sexual y la pornografía.

EL POSIBLE ROL DE LAS VARIABLES MEDIADORAS

La asociación entre el uso de pornografía y la imagen corporal es aún compleja y difícil de describir, aspecto que se evidencia en la heterogeneidad de resultados obtenidos y que lleva a cuestionarse a qué se deben estos resultados contradictorios.

Los intentos de la comunidad científica para descubrir el peso de las distintas variables han sido numerosos. Aunque no existe una gran variedad de modelos teóricos, dos propuestas han tenido cierto impacto por el momento: el modelo DSMM (Differential Susceptibility to Media effects Model) (34) y el modelo ACE (Antecedentes-Contexto-Efectos) (35).

Por un lado, el DSMM propone que habría variables disposicionales, de desarrollo y sociales de distintos tipos que podrían predecir el uso de pornografía. Algunas de las variables contempladas por los autores son las demográficas (como sexo o nivel educativo), edad, rasgos de personalidad, interés y experiencia sexual, religiosidad, victimización o uso de sustancias, entre otras. Asimismo, numerosas variables mediarían la asociación entre el uso de pornografía y sus posibles consecuencias. Algunas de las variables mediadoras incluidas en el modelo

hacen referencia a variables cognitivas, emocionales y excitativas, como la excitación fisiológica o la afectividad asociado al contenido pornográfico. Podría ser que alguna/as de estas variables disposicionales fuera/an las que explicaran la relación entre pornografía e imagen corporal en una dirección o en otra.

Por otro lado, el modelo ACE plantea que el uso de pornografía estaría promovido por múltiples variables antecedentes como sexo, atribuciones de género, diferencias individuales, cultura, y experiencias vitales, que influirían, además, en los contextos específicos de uso de pornografía (por ejemplo, frecuencia de uso, uso solitario o conjunto, o contenidos consumidos). Estos contextos derivarían en numerosas posibles consecuencias, tanto positivas, como negativas o neutrales. Además, los autores consideran que las variables antecedentes podrían ser en sí mismas responsables directas de los efectos del consumo de pornografía.

Múltiples y complejas son, por tanto, las combinaciones de variables que podrían estar influenciando la asociación entre uso de pornografía e imagen corporal, por lo que futuros estudios deberían evaluar el peso específico de cada uno de estos factores.

CONCLUSIÓN

Los resultados parecen indicar que existe una compleja asociación entre la visualización de materiales pornográficos y la imagen corporal. Sin embargo, no se conoce aún la causalidad de esta asociación, por lo que no sería posible afirmar si la pornografía influye o no influye en la imagen corporal. Son necesarios más estudios longitudinales para poder estudiar en profundidad una posible relación de causalidad entre ambas y buscar variables mediadoras que expliquen la dirección del efecto.

REFERENCIAS

1. Busby DM, Chiu HY, Olsen JA, Willoughby BJ. Evaluating the Dimensionality of Pornography. *Arch Sex Behav.* 2017;46(6):1723–31.
2. McKee A, Byron P, Litsou K, Ingham R. An Interdisciplinary Definition of

Pornography: Results from a Global Delphi Panel. *Arch Sex Behav.* 2020;49(3):1085–91.

3. Brown CC, Durtschi JA, Carroll JS, Willoughby BJ. Understanding and predicting classes of college students who use pornography. *Comput Human Behav.* 2017;66:114–21.

4. Park BY, Wilson G, Berger J, Christman M, Reina B, Bishop F, et al. Is internet pornography causing sexual dysfunctions? A review with clinical reports. Vol. 6, *Behavioral Sciences*. 2016.

5. Berger JH, Kehoe JE, Doan AP, Crain DS, Klam WP, Marshall MT, et al. Survey of sexual function and pornography. Vol. 184, *Military Medicine*. 2019. p. 731–7.

6. Perry SL. Pornography Use and Marital Separation: Evidence from Two-Wave Panel Data. *Arch Sex Behav.* 2018;47(6):1869–80.

7. Cash TF. Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. 2012.

8. Johnson KKP, Kim E, Lee JY, Kim AJ. Identifying Antecedents of Risky Appearance Management Behaviors: The United States and South Korea. *Cloth Text Res J.* 2014;

9. Ozimok B, Lamarche L, Gammage KL. The relative contributions of body image evaluation and investment in the prediction of dietary restraint in men. *J Health Psychol.* 2015;

10. Muise A, Desmarais S. Women's perceptions and use of "anti-aging" products. *Sex Roles.* 2010;

11. Slevec J, Tiggemann M. Attitudes toward cosmetic surgery in middle-aged women: Body image, aging anxiety, and the media. *Psychol Women Q.* 2010;

12. Dawson K, Nic Gabhainn S, MacNeela P. Toward a Model of Porn Literacy: Core Concepts, Rationales, and Approaches. *J Sex Res.* 2020;57(1):1–15.

13. Mattebo M, Larsson M, Tydén T, Olsson T, Hggström-Nordin E. Hercules and Barbie? reflections on the influence of pornography and its spread in the media and society in groups of adolescents in Sweden. *Eur J Contracept Reprod Heal Care.*

2012;17(1):40–9.

14. Leickly E, Nelson K, Simoni J. Sexually Explicit Online Media, Body Satisfaction, and Partner Expectations Among Men who have Sex with Men: a Qualitative Study. *Sex Res Soc Policy.* 2017;14(3):270–4.

15. Tylka TL. No harm in looking, right? Men's pornography consumption, body image, and well-being. *Psychol Men Masculinity.* 2015;16(1):97–107.

16. Whitfield THF, Rendina HJ, Grov C, Parsons JT. Viewing Sexually Explicit Media and Its Association with Mental Health Among Gay and Bisexual Men Across the U.S. *Arch Sex Behav.* 2018;47(4):1163–72.

17. Kvalem IL, Træen B, Iantaffi A. Internet Pornography Use, Body Ideals, and Sexual Self-Esteem in Norwegian Gay and Bisexual Men. *J Homosex.* 2016;63(4):522–40.

18. Engeln-Maddox R, Miller SA, Doyle DM. Tests of Objectification Theory in Gay, Lesbian, and Heterosexual Community Samples: Mixed Evidence for Proposed Pathways. *Sex Roles.* 2011;65(7):518–32.

19. Martins Y, Tiggemann M, Kirkbride A. Those speedos become them: The role of self-objectification in gay and heterosexual men's body image. *Personal Soc Psychol Bull.* 2007;33(5):634–47.

20. Griffiths S, Mitchison D, Murray SB, Mond JM. Pornography use in sexual minority males: Associations with body dissatisfaction, eating disorder symptoms, thoughts about using anabolic steroids and quality of life. *Aust N Z J Psychiatry.* 2018;52(4):339–48.

21. O'Brien JE, Li W, Burton DL. Eating Disordered Behaviors and Body Disapproval in Adolescent Males Adjudicated for Sexual and Nonsexual Crimes. *J Child Sex Abus.* 2015;24(8):922–42.

22. Goldsmith K, Dunkley CR, Dang SS, Gorzalka BB. Pornography consumption and its association with sexual concerns and expectations among young men and women. *Can J Hum Sex.* 2017;26(2):151–62.

23. Duggan SJ, McCreary DR. Body image, eating disorders, and the drive for muscularity in gay and heterosexual men:

The influence of media images. *J Homosex.* 2004;47(3–4):45–58.

24. Vogels EA. Loving oneself: The associations among sexually explicit media, body image, and perceived realism. *J Sex Res.* 2019;56(6):778–90.

25. Peter J, Valkenburg PM. Does exposure to sexually explicit Internet material increase body dissatisfaction? A longitudinal study. *Comput Human Behav.* 2014;36:297–307.

26. Sevic S, Ciprić A, Buško V, Štulhofer A. The Relationship between the Use of Social Networking Sites and Sexually Explicit Material, the Internalization of Appearance Ideals and Body Self-Surveillance: Results from a Longitudinal Study of Male Adolescents. *J Youth Adolesc.* 2020;49(2):383–98.

27. Albright JM. Sex in America online: An exploration of sex, marital status, and sexual identity in internet sex seeking and its impacts. *J Sex Res.* 2008;45(2):175–86.

28. Tylka TL, Calogero RM. Perceptions of male partner pressure to be thin and pornography use: Associations with eating disorder symptomatology in a community sample of adult women. *Int J Eat Disord.* 2019;52(2):189–94.

29. Laemmle-Ruff IL, Raggatt M, Wright CJC, Carrotte ER, Davis A, Jenkinson R, et al. Personal and reported partner pornography viewing by Australian women, and association with mental health and body image. *Sex Health.* 2019;16(1):75–9.

30. Sharp G, Oates J. Sociocultural Influences on Men's Penis Size Perceptions and Decisions to Undergo Penile Augmentation: A Qualitative Study. *Aesthetic Surg J.* 2019;39(11):1253–9.

31. Dogan O, Yassa M. Major motivators and sociodemographic features of women undergoing labiaplasty. *Aesthetic Surg J.* 2019;39(12):NP517–27.

32. Sharp G, Tiggemann M, Mattiske J. Factors That Influence the Decision to Undergo Labiaplasty: Media, Relationships, and Psychological Well-Being. *Aesthetic Surg J.* 2016;36(4):469–78.

33. Cranney S. Internet Pornography use and Sexual Body Image in a Dutch Sample.

Int J Sex Heal. 2015;27(3):316–23.

34. Valkenburg PM, Peter J. The differential susceptibility to media effects model. *J Commun.* 2013;63(2):221–43.

35. Campbell L, Kohut T. The use and effects of pornography in romantic relationships. Vol. 13, *Current Opinion in Psychology.* 2017. p. 6–10.

Reflexiones sobre sexo de forma consumista

Reflections on sex in a consumerist way

Díaz Vallejo JA¹, Ladino Cañas ND¹, Chicaiza Guzmán JE¹

1- Estudiante del programa de Medicina. IX semestre. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Colombia.

Correspondencia

Jhony Alejandro Díaz Vallejo

Cra. 25 #4857, Manizales, Caldas, Colombia

Correo electrónico: alejandrodiazval@gmail.com

Fecha de recepción: 4 de marzo de 2021. **Fecha de aceptación:** 20 de junio de 2021

Palabras clave: sexo, consumista, sociedad.

Keywords: sex, consumerist, society.

Todos los autores aceptan la versión enviada. El estudio no ha recibido financiación. No existen conflictos de intereses

Antiguamente la sexualidad era algo erótico, místico, sensual, la unión entre los seres humanos generaba satisfacción, un evento controlado por Eros (1); era una manifestación de la personalidad que permite una convivencia, generando autoestima e intimidad con la pareja (2). Pero se podría decir que la disminución en las creencias y prácticas religiosas, el hablar y el conocer un poco más acerca del sexo, sin tabúes, sin ningún control (3), dónde se puede experimentar toda forma de placer con libertad, y sin ningún sentimiento de culpa (4) y sumado a esto, los mitos que la ciencia ha desmentido, con la medicina que ha buscado quitarle el dominio de la reproducción y aleatoriedad que se busca con el sexo, ha hecho que la sexualidad haya pasado de esa pasión, entrega, éxtasis y amor, a una acción consumista y momentánea que su expectativa es simplemente cumplir (5).

Esta sociedad que está libre en el ámbito sexual y contemporáneamente creciente en tres aspectos que marcan este siglo (6), como

lo son la tecnología, ciencia y capitalismo, donde mercantilizan todo tipo de acto, que llevan a una forma de vida que se basa en la compra-venta de un bien o un servicio, ha generado un cambio fuerte en la sexualidad; el pasar de un acto sexual místico, íntimo y amoroso, a un “supermercado de fantasías personales” basados en deseos y experiencias de infinidad de personas, trayendo consigo no sólo posiciones y actos que han demostrado asegurar mayor placer sino la implementación de elementos externos que pueden ayudar a que este acto se consuma satisfactoriamente (7).

Esta forma de vida consumista actual, en que hasta el sexo se convirtió en otro objeto de consumo costo-beneficio, ha demostrado un total fracaso, ya que ha pasado de un medio para un fin, un primer paso a un acto que se agota en sí mismo.

Al ser la sexualidad tan sólo un objeto de consumo, se limita a sólo servir para satisfacer una necesidad, un deseo o unas ganas de parte del consumidor y esto

conlleva a la velocidad, novedad y variedad a fin de hacer lugar para nuevos bienes y su uso, tomando a las personas como objetos (8), pensando en que lo viejo aburre y lo nuevo atrae, enmascarando angustias, inseguridades, infelicidades; sin embargo, los vendedores se han aprovechado de esta situación vendiendo productos ofrecidos como la solución esperada a las preocupaciones que vienen atormentando a los potenciales compradores, como lo es un sexo seguro, pornografía, swingers, o un estilo de vida para un hijo, dando un enfoque de ellos como una adquisición muy costosa y difícil de mantener para que se logre vender sus productos de tan elevado precio (9,10).

Aunque esta libertad y consumismo ha mostrado algunos beneficios a cada persona por individual, no es un secreto que el sexo se ha convertido en algo vacío, algo instantáneo, gracias a personas dominantes que hacen consumir a pobres para enriquecer a ricos.

Por una parte, la sexualidad en la sociedad ya se ha librado de mitos, cargas morales, entre otras cosas, gracias a la gran libertad de exploración que hoy en día hay, sin embargo, son muchas las personas que, por tener una serie de diversidad o inseguridad en su comportamiento sexual, lo ha llevado a tener vergüenza, miedo e ignorancia o por el contrario una experiencia tan amplia que ha acaecido algún tipo de enfermedad o condición por culpa de este (11).

Por otro lado, el consumismo momentáneo se ha puesto de moda, el cual puede ser motivo para que personas desearan informarse de lo nuevo, de un modo más formal acerca de lo que para ellas puede ser correcto, seguro y eficaz, aunque en otras, se podría encontrar la consecuencia de vacío que genera su encuentro sexual moderno, donde se trataría de encaminar a esta persona a un mundo controlado por Eros y no por Anteros (12).

Todo lo anterior está determinado por la cultura que es un determinante del comportamiento de las personas. Toda persona está inmersa e influenciada hasta cierto punto por la sociedad a la que pertenece, la cual a su vez está inmersa e

influenciada por la cultura que ha venido desarrollando a través del tiempo. La sociedad y la cultura juegan un papel muy importante en el comportamiento sexual y en el desarrollo de las personalidades de aquellas personas que habitan la sociedad. Por medio de la tecnología se pudo llegar a crear una globalización, y así por medio de la moda llegar a afectar a todas las culturas a la vez, haciendo que el esquema de estereotipos en la diferenciación sexual se rompa, pues se sabe que se han incorporado ya conductas femeninas a la parte masculina como puede ser la modestia, cariño, preocupación por la calidad de vida, etc. Y masculinas a la parte femenina como puede ser el trabajo, fuerza, orientación a logros materiales. Pero también generalizando el consumismo sexual. (13,14)

Es indispensable el conocimiento del personal médico en todo lo referente a la sexualidad, y muy importante el papel de los que trabajan en la sexualidad, especialmente en este tema, dado que están en la calidad de informantes, educadores y terapeutas, dado que por estos motivos se pueden derivar muchas patologías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schaufler, ML. Erotismo y sexualidad: Eros o ars erótica. Foucault frente a Marcuse y Freud. Prácticas y Discursos. Cuadernos de Ciencias Sociales. 2013; Año 2 no. 2
2. Benavides, A. Bioética en sexualidad y reproducción humana. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2017; 63(4), 565-572
3. Figueroa, A. Figueroa, L. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2017; 21(2), 143-151
4. Sierra, JC. Perla, F. Santos, P. Culpabilidad sexual en jóvenes: influencia de las actitudes y la experiencia sexual. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2011; Volumen 43 No 1 pp. 73-81
5. Peña, EY. La pornografía y la globalización del sexo. *El Cotidiano*. 2012; (174), 47-57

6. Schoijet, M. Ciencia, tecnología y capitalismo dependiente. Nueva Sociedad. 1979; No. 42. pp. 34-48

7. Rodríguez, JM. Arconada, MA. Diez, JC. et al. Consumo y Sexualidad. Tabanque. 1997; 12-13

8. Chacón, PD. La mujer como objeto sexual en la publicidad. Revista Científica de Educomunicación. 2008

9. Orejuela, JJ. Piedrahita, JJ. Renza, F. La práctica/estilo de vida swinger: ¿una práctica social-sexual perversa?. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*. 2012; (10), 37-69.
<https://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872012000400003>

10. Figari, CE. Placeres a la carta: consumo de pornografía y constitución de

géneros. *La ventana. Revista de estudios de género*. 2008; 3(27), 170-204

11. Calero, E. Rodríguez, S. Trumbull, A. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades Médicas*. 2017; 17(3), 577-592

12. Carosio, A. El género del consumo en la sociedad de consumo. *La ventana. Revista de estudios de género*. 2008; 3(27), 130-169.

13. Orm, S. Karina, A. Camacaro, M. Determinantes socioculturales que condicionan la masculinidad y su impacto en la salud sexual y reproductiva de los hombres. *Comunidad y Salud*. 2013; 11(1), 27-36

Calvo, M. El péndulo oscila hacia ambos lados: género, patriarcado y equidad. *Revista Estudios*. 2014; 29, 1-17.

MARÍA DE ZAYAS: Novelas amorosas y ejemplares

Félix López Sánchez

Catedrático de Psicología de la sexualidad

Universidad de Salamanca (España)

Correspondencia

Correo electrónico: flopez@usal.es

1.- Autora:

Autora del siglo de oro español (1590- ¿?, sin datos seguros sobre la fecha de su muerte). Perteneciente a la clase noble, debe ser considerada una de las primeras feministas españolas.

María Zayas conoció bien la nobleza y sus valores, fue una mujer privilegiada, pero fue consciente de que las mujeres eran discriminadas por los hombres que son los que “gozan” a las mujeres y los que pueden formarse en universidades. De Zayas y Pardo Bazán, en diferentes siglos, ambas pertenecientes a la nobleza, son las que mejor reflejan en sus escritos la discriminación sexual de las mujeres en las relaciones sexuales y amorosas. Y ello, aunque ellas, personalmente, rompieron, con sus escritos y en sus vidas, con esta discriminación

Su padre era militar, por lo que vivió en diversos lugares, incluso en Nápoles.

Tuvo una formación muy autodidacta, también como Pardo Bazán.

Ambas llegaron también a tener éxito literario, un gran mérito en un mundo de hombres. De Zayas escribió varias obras. Por mi parte, dada la longitud de este trabajo, me centraré en una de sus novelas cortas.

2.-Novelas amorosas y ejemplares.

Esta es una de sus obras más representativas. Diez novelas cortas, similares a los cuentos e historias de Pardo Bazán, más centradas en la clase alta; mientras Pardo Bazán tuvo la sensibilidad de describir de manera magistral también la situación de las mujeres pobres.

Zayas presenta este libro como narraciones hechas por mujeres, “todas nobles y ricas, hermosas y amigas”, en una tarde de invierno (pág.5), dedicada a hablar de amoríos, celos y rivalidades amorosas.

¿Se sirve de esta presentación, como un divertimento entre mujeres, para salvar la censura? Es posible.

2.1.- “Aventurarse perdiendo”, es la primera de sus historias.

2.1.1. El **argumento** está lleno de sorpresas, es muy creativo y está lleno de acción. En este marco, deja comentarios que nos sirven para conocer la universalidad del enamoramiento y el trato sexista y hasta cruel que, con frecuencia, dan los hombres a las mujeres.

Empieza con una descripción pastoril de la fenomenología de enamoramiento, en boca de una mujer, Jacinta, vestida de pastor, camuflada como hombre, para no correr peligros y conseguir un trabajo que le dieron los monjes de Monserrat, en Barcelona. En ella, cuenta a Fabio los engaños y maltratos sufridos por parte de los hombres.

A la vez, describe la fenomenología del amor romántico de una mujer desdichada, cuyos sueños se ven frustrados.

Sus sueños, románticos inventados y no realistas, la habían preparado para enamorarse a primera vista, como así sucedió. Había conocido a Félix de niña y, cuando este volvió de luchar en Flandes, se enamoró a primera vista: “vi, en efecto, el dueño de mi sueño y aún de mi alma”,, (pág.21).

Los enamorados se encuentran, por la noche, en la reja de la ventana, donde se declaran el amor y establecen su compromiso. Lo consiguen comprando a los criados para engañar a su padre, porque no aceptaba esta relación.

Pronto descubre Jacinta que Félix tiene dos mujeres, obligadas, llenas de celos, a luchar por él. Finalmente, Jacinta se entrega a Félix para no perderle y ganar la partida a su rival. Su rival no soporta la opción de Félix por Jacinta y se suicida.

El padre acaba descubriendo sus encuentros. Avisados por los criados, Jacinta huye con Félix para evitar la muerte que dan por segura. Ella se refugia en un convento.

Félix y el hermano de Jacinta luchan en un duelo, en el que muere su hermano. Félix huye a Flandes.

El padre hace llegar la noticia (falsa) de que Félix ha muerto en Flandes, para que ella se olvide de él, controlando y ocultando las cartas entre los amantes. Jacinta se hace monja, con votos y compromiso incluidos.

Años después, el padre de Jacinta muere.

Pasan seis años en los que Félix, nos cuenta Jacinta, “para desapasionarse de mis cuidados dio los suyos a damas y juegos...en seis años no se acordó de la triste Jacinta” (págt.30).

Vuelve Félix de Flandes y se reencuentran en el convento, descubriendo el engaño que les había el padre.

Ella no quiere estar en el convento, pero como tiene los votos deciden pedir permiso a Roma para casarse. Mientras tanto se las arreglan para dormir por las noches juntos en una celda del convento (pág.33).

Jacinta se escapa del convento y deciden ir juntos a Roma para conseguir más fácil el permiso, usando como argumento el compromiso previo de los amantes y el engaño del padre que la llevó, al creer muerto a Félix y hacerse monja.

Finalmente, en Roma, consiguen el perdón y el permiso para casarse; pero con una penitencia curiosa: no tener relaciones durante un año y pagar una buena cantidad de dinero al Vaticano. Una penitencia fácil de dejar de cumplir y un perdón que se puede comprar.

Pero Jacinta tiene un grave contratiempo, Félix se vuelve de soldado a Flandes. Lo justifica por la necesidad de doblegar las revoluciones en Flandes, asegurándole a Jacinta que volverá cuanto pueda “para gobernarla” (pág.35). Ella es muy desdichada en la ausencia, no recibe cartas y tiene la intuición de que le pasaran grandes desgracias. La separación le costó “perder a mi dueño” (pág.36) y una enfermedad psicosomática de tres meses.

Durante la ausencia de Félix, Jacinta tuvo un sueño: le llega una carta con un paquete en el que espera encontrar joyas; pero al abrirla descubre que le envían la cabeza de Félix. Ella cree en esos malos augurios:” no hay mejores astrólogos que los amantes” (pág.36). Y efectivamente, un tiempo después, se confirmó que Félix había muerto en una batalla.

La familia la intenta llevar al convento, pero ella no acepta.

Muy pronto se vuelve enamorar. En este caso de Celio, “un mancebo noble, rico y galán, tan cuerdo como falso, pues sabía amar cuando quería, y olvidar cuando le daba gusto” (pág.37). La maltrata, pero ella sigue ofreciéndole su amor.

Celio se fue un año a Salamanca, dejándola sola. Jacinta sufre esta ausencia, que considera injustificada: “supe que andaba de amores... pensé perder el juicio. Me determiné de ir a aquella famosa ciudad y procurar con caricias, volver a su gracia y ya que no estorbase sus amores (Pág.42). Estaba decidida a aceptar su doble vida.

Para que no fuera sola, una tía hizo que la acompañara un criado. Como ella tenía buenas rentas, emprendió el viaje a Salamanca cargada de joyas y monedas. Pero el criado, en lugar de ir a

Salamanca, tomó la dirección de Barcelona, le robó todo, se llevó las dos mulas y la abandonó en un monte. Ella siguió camino de Barcelona, pero para protegerse, se cortó el pelo y mudó su traje; quería ser tomada por chico. En Barcelona acabó pidiendo trabajo a los monjes de Monserrat, como pastor.

2.1.2.- Los contenidos.

Lo más interesante es su conciencia feminista en relación a la sexualidad y las relaciones amorosas, a pesar de que las mujeres de la nobleza eran, en muchos aspectos, unas privilegiadas. Presenta un mundo de relaciones hombre-mujer muy discriminatorio y desolador. Veamos algunos aspectos:

a.- El vocabulario.

Su texto está lleno de palabras y expresiones con un contenido que refleja la sumisión y pasividad de las mujeres en las relaciones sexuales y el maltrato amoroso y social.

El propio título, **“Aventurarse perdiendo”** (pág. 11), es el núcleo de esta novela: Jacinta se lanza a las relaciones amorosas sin, a penas, conocer a sus parejas. Y cuando intuye o sabe que la están maltratando, mantiene esas relaciones. Es una perdedora que no escarmienta.

Se sabe y siente **“desdichada”** (pág.11), como repite continuamente, salvo momentos de entusiasmo, basados en delirios amorosos, que no se corresponden con la realidad.

Tiene **“desenfrenados”** (pág. 11) deseos amorosos que le hacen víctima de su **“flaqueza”** (pág.11), resultándole sumamente fácil a los hombres enamorarla, engañarla y maltratarla.

Mientras las **mujeres tienen fuerzas flacas**, los **hombres**, por el contrario, son **“claros (clarividentes) y tienen heroicos entendimientos, cuyos engaños es razón que se teman”** (pág. 11).

El amante es, antes de conocerle, **“soñado”** (pág. 18-19), inventado y aceptado sin, a penas, conocerle. **“Miró Félix al balcón”** y bastó para que la **“dorada saeta”** (pág.21) le rompiera el corazón. Jacinta se entrega con **“hartas sumisiones y humildades”** (pág.21).

Las mujeres **“se entregan”** (pág.25, 45) y ellos **“las gozan”** expresión muy repetida.

En sus comentarios personales, a diferencia de los de la protagonista, defiende la sexualidad de la mujer como demuestran las palabras **Deseo y Pasión**, muy usadas por De Zayas, referidas también a la mujer. Las mujeres se quejan de los hombres, pero los desean y disfrutan con gran pasión, cuando les conceden la oportunidad, a pesar de los desengaños que sufren.

Por otra parte, como veremos al analizar los contenidos, rompe con los convencionalismos del matrimonio concertado, decidido por el padre; también rompe con la doctrinal de la Iglesia.

b.—El amor soñado e inventado.

El amor romántico es construido antes que emerja la pasión. Para la autora, las adolescentes, antes de conocer al amado, lo sueñan: “tenía yo 16 años, cuando una noche estando durmiendo, soñaba en que iba por un bosque amenísimo, en cuya espesura hallé un hombre tan galán, que me pareció no haber visto en mi vida tal...cuando sacando la daga me dio un golpe tan cruel en el corazón que me obligó el dolor a dar voces, y despertándome del pesado sueño, me hallé sin la vista del que hizo tal agravio, lo más apasionada que puedas pensar, porque su retrato se me quedó estampado en mi memoria, de suerte que, en largos tiempos, no se apartó de ella.

Deseaba yo hallar para dueño un hombre de su talla y gallardía, y... tanta fuera de mi esta imaginación, que le pintaba en ella, y después razonaba con él, de suerte que a pocos lances me hallé enamorada sin saber de qué... perdí con estos pensamientos el sueño y la comida y tras esto el color de mi rostro, dando lugar a la mayor tristeza que en mi vida tuve” (pág.18). Amor inventado, asociado al inevitable dolor; imagen tan exigente que no la reconocía en ningún hombre real, hasta la aparición de Félix.

Jacinta escribió una poesía, en la que dos estrofas expresan bien la invención y la tragedia de una pasión inexorablemente destructiva:

“Yo adoro lo que no veo,

y no veo lo que adoro,
y de mi amor la causa ignoro
y hallar la causa deseo.

.....

La herida del corazón
vierte sangre, más no muero,
la muerte con gusto espero
por acabar con mi pasión”
(pág.19)

Y hallando amor, ocasión y tiempo, ejecutó en él el golpe de su dorada saeta, que en mí ya era hecho su trabajo por tenerlo hecho” (pág.21)

Desde entonces, su enamoramiento lo define bien, el inicio de este soneto escrito por Jacinta:

Amar el día, aborrecer el día,
llamar la noche y despreciarla luego,
temer el fuego y acercarse el fuego,
tener a un tiempo pena y alegría.
Estar juntos valor y cobardía,
desprecio cruel blando ruego,
tener valiente entendimiento ciego,
atada la razón, libre osadía.
Buscar lugar en que aliviar los males,
y no querer hacer del mal mudanza,
desear sin saber lo que se desea.
Tener el gusto y el disgusto iguales,
y todo el bien librado en la esperanza,
si aquesto no es amor, no sé qué sea”
(Pág.21-22)

Una visión del amor frecuente, expresada de forma similar por otros poetas (López, 2020).

La causa es una socialización sexista: “tal es la flaqueza en que las mujeres somos criadas, pues no se puede fiar de nuestro valor nada” (pág.17). La socialización las anula de por vida, dispuestas a sufrir a los hombres.

Una visión propia de una persona con apego ansioso ambivalente, un rasgo o factor estable de personalidad caracterizado por la propia desvalorización e inseguridad que genera dependencia y miedo a la pérdida.

Los celos y las rivalidades son un contenido central de las relaciones sexuales y amorosas. Los sufren con mucha frecuencia las mujeres, por varias razones: (a) porque los hombres suelen tener relaciones con varias mujeres, (b) los hombres las tratan de forma incoherente, verbalmente y sexualmente, generando inseguridad, (c) los hombre y mujeres compiten con sus rivales sexuales y amorosos, (d) ambos sexos se manipulan usando los celos en diferentes sentidos (por ejemplo, entregándose al hombre para ganárselo, como reconoce haber hecho Jacinta; como supuesta demostración de amor; para someter maltratando a la pareja alimentando el miedo al abandono, etc.).

En el caso de las mujeres los celos pueden llevarlas también a tener conductas autodestructivas, como el suicidio de una de las amantes de Félix, cuando este opta por Jacinta; o conductas agresivas con asesinatos o duelos a muerte, estas últimas, especialmente en los hombres.

Jacinta nos cuenta: “le di la posesión de mi alma y mi cuerpo, pareciéndome que así le tendría más seguro” (Pág. 25). Su rival se suicida, porque “más querría morir que ver a su ingrato primo en brazos de la otra” (pág. 27).

El efecto del engaño, los celos o el maltrato de la mujer suelen provocar en las mujeres una verdadera enfermedad psicosomática que puede llegar a ser mortal, como aparece también con frecuencia en este tipo de literatura. Melancolía, ansiedad, desdicha, pasividad, etc., toda una sintomatología autodestructiva que los médicos no saben afrontar.

c)- Los roles del hombre y la mujer.

En las elaciones sexuales y amorosas describe dos roles diferenciados en los que los hombres son presentados como triunfadores perversos y las mujeres como víctimas.

HOMBRE	MUJER
fuerte	débil
pasión sexual	pasión amorosa
dominador	sumisa
arrogante	humilde
infiel	fiel
engañan	engañadas
autoridad en la pareja	obediencia
agresivos	autodestructivas

No es el deseo sexual y la pasión amorosa lo que les falta a las mujeres, sino que su discriminación se basa en una relación de poder dominante de los hombres y la sumisión de las mujeres. Por eso, ellas sufren tanto y no escarmentan.

Tanto en hombres como en mujeres, el Deseo sexual y el placer son una motivación central, la diferencia está, para De Zalas, en la falta de ética de la lealtad (López, 2015, López, Rodrigo y Fernández, 2017), entendida en su tiempo como infidelidad: deslealtad entre las palabras y los hechos, doble vida sexual e incluso maltrato de la mujer.

Félix mantiene flirtea y tiene relaciones con otras mujeres dándole celos. Y, sobre todo, toma grandes decisiones sin contar con ella, primando sus supuestos compromisos militares, cuando no los necesitaban económicamente.

Celio, segundo hombre del que se enamora “Hablaban bien y escribía mejor, siendo tan diestro en amar como en aborrecer “(pág. 37-38)... ¡Ay de mí, que cuando considero las estratagemas y ardiles con los que los hombres rinden las mujeres y combaten su flaqueza, digo que todos son traidores, y el amor guerra y batalla campal... lo que he perdido por dexar de ser cuerda (pág. 39). .. “acompañó su desamor con darme celos. Visitaba damas y decíalo, que era lo peor”... “su amor era fingido” (pág.41).

Cuando ella le exige a Celio que no visite a la otra mujer, lo que hace él es dejar abandonada a Jacinta, que escribe. “triste, y desesperada, me pasaba los días y las noches llorando” (pág.41). Celio se va finalmente a Salamanca, “donde supe que andaba de amores” (pág.42). No contestaba a las cartas de Jacinta, que creyó “perder el juicio” ...”me determiné ir a aquella famosa ciudad, y procurar con caricias, volver a su gracia, y ya que no estorbaba sus amores, por lo menos llevaba la determinación de quitarme la vida” (pág.42).

Es decir, estaba dispuesta a aceptar la forma de vida de Celio, con tal de no perderle. Emprende el camino a Salamanca con joyas y dinero acompañada por un criado que la traiciona y abandona camino de Barcelona robándole todo. ¿Puede haber una historia más desgraciada e injusta por culpa de los hombres?

d) El maltrato de la mujer aceptado como mal menor por las propias mujeres.

Esa historia con Celio demuestra la posibilidad de que mujeres, como Jacinta, lleguen a aceptar ser maltratadas, como un mal menor, porque no saben romper con su pareja. Si esto le pasa a una mujer noble y rica como Jacinta, ¿qué no puede llegar a pasarle a mujeres pobres y con poca posibilidad de emanciparse?

María de Zayas no solo lo narra, sino que nos da pie para analizar cómo son estas mujeres, dando tantos detalles psicológicos, fisiológicos y sociales que desde la teoría del apego podríamos asegurar que esta pareja era extremadamente tóxica y destructiva.

Celio era un don Juan (López y Otros 2017), con un estilo de apego inseguro “evitativo huidizo” caracterizado por la arrogancia, un sistema de defensa en el que parece un hombre seguro de sí mismo. En realidad, tenía incapacidad de amar, como nos cuenta Jacinta. Con un falso concepto elevado de sí mismo, mientras desprecia o minusvalora a los demás, especialmente a las mujeres. Sufrió miedo a la intimidad amorosa, era desconfiado, no creía en el amor. Instrumentaliza a las mujeres sin empatía, ni compasión. Había sido socializado en la frialdad y desconfianza, porque no fue cuidado adecuadamente. Eso sí, se había socializado con habilidades para el engaño y la crueldad. Frío y calculador en los conflictos y cínicos expresando afectos que no tienen. No había sido amado y no sabía amar, insensible al dolor ajeno.

Jacinta tiene un estilo de apego ansioso-ambivalente. Una forma de inseguridad, seguramente porque murió su madre cuando era pequeña y por sus experiencias con los hombres. Los datos que da de su padre son, por otra parte, negativos. Las personas con este estilo de apego son muy inseguras, tienen dudas sobre las relaciones interpersonales, a la vez que no saben estar solas. Están tan necesitadas que se precipitan en las relaciones amorosas que acaban viviendo con incertidumbre, preocupación y ansiedad. Sufren de celos y miedo a ser abandonadas. Necesitan confirmaciones reiteradas de que las quieren. Oscilan entre momentos de euforia (“me quiere”) y ansiedad (“no me quiere”). Afrontan emocionalmente los conflictos, con lloros, ansiedad y síntomas fisiológicos, cometiendo errores y soportando el maltrato porque prefieren estas agarradas a un clavo ardiendo, antes que soltarse.

Dos estilos de apego en los que cada uno tiene lo que más molesta al otro: Celio (frialdad y cinismo, falta de intimidad emocional), Jacinta (emociones fuertes, necesidad de afecto e intimidad). Y cada uno carece de lo que el otro más necesita: Celio (falta de afecto, intimidad y confirmación del amor) y Jacinta (autocontrol emocional).

e.- Otros contenidos.

Citamos otros contenidos bien representados en esta novela.

En primer lugar, una **crítica feroz a las convenciones** sociales, entre las que destaca el matrimonio concertado y la autoridad del padre para decidir con quién deben casarse los hijos y las hijas.

En segundo lugar, una **crítica a la religión católica**. Usa el convento como un refugio para librarse de la amenaza de muerte que le había hecho su padre. Pero no le gusta, viola las reglas y cuanto puede lo abandona. Da prioridad al valor del compromiso, de palabra, que habían hecho ella y Félix, frente a los votos y compromiso como monja. Deja claro que el clero y el Vaticano

son corruptos, porque con dinero se puede conseguir anular los votos. Describe con sarcasmo, una penitencia absurda cuando, el confesor del Vaticano, perdonados los pecados cometidos, liberada de los votos religiosos y concedido el matrimonio, le ponen la penitencia de no mantener relaciones sexuales durante un año.

Está claro que Jacinta y Félix usan al clero y al Vaticano solo para poder conseguir su objetivo: poder casarse en una sociedad represiva y confesional. De hecho, tuvieron relaciones antes y después el perdón religioso.

Esta crítica a las convenciones y a la religión es especialmente fuerte en la novela **“El imposible vencido”**, donde una pareja rompe con las convenciones sociales y católicas, frente al, poder social y religioso, con el apoyo de los estudiantes de la Universidad de Salamanca. Maravillosa leyenda, que nunca me contaron en mi ciudad con una esperanza: “lo imposible puede ser vencido”

Así se comprende que la Inquisición acabara prohibiendo sus obras.

Las mujeres tienen deseo y pasión sexual, hasta el punto que esta se puede convertir en una fuente de errores, por culpa de los hombres. Tienen dificultades para ser “cuerdas” y se dejan engañar.

En todo caso, De Zayas no es moralista, solo lamenta los errores cometidos por fiarse de los hombres.

Defiende abiertamente que **las mujeres y los hombres tienen las mismas capacidades**, “la misma alma”; y reclama el acceso a la formación y a la cultura de las mujeres.

f.- Valoración crítica.

Buena escritora, valiente y luchadora, tal vez la primera feminista que tiene clara conciencia de ello. Lectura muy recomendada para hombres y mujeres.

Sin que pierda mérito histórico su obra, su modelo de hombre atractivo es clasista,” hombre noble, rico y gallardo”. No parece conocer la vida angustiosa y terrible de las mujeres pobres de la plebe y tiene a una visión de los hombres muy pesimista, haciendo generalizaciones simplistas.

Necesitamos también, sin negar el drama de la discriminación y el maltrato, **narraciones sobre el hombre bueno** que seguramente no es tan escaso en nuestro tiempo. Ello haría el feminismo más atractivo y positivo, ayudando a incorporar a los hombres a la causa feminista, una de las más valiosas y necesarias de la especie humana. Los hombres no son buenos o malos por naturaleza, es necesaria UNA SOCIALIZACIÓN EN LA IGUALDAD Y LA ETICA DE LAS RELACIONES SEXUALES Y AMOROSAS.

Citas y breve bibliografía

María de Zayas (siglo XV, edición actual, 1983). *Novelas amorosas y ejemplares*. Barcelona: Ediciones Orbis S.A.

López, F. (2015). *Ética de las relaciones sexuales y amorosas*. Madrid: Pirámide.

López, F. Carcedo, R. y Fernández, N. (2017). *Educación sexual y Ética*. Madrid: Pirámide.

López, F. (2020). *Viejos y nuevos mitos sexuales. El rol de la educación sexual*. Madrid: Pirámide.

.

AGENDA

Eventos / Events 2021

Septiembre

Día Mundial de la Salud Sexual (DMSS)

World Sexual Health Day (WSHD)

En todo el mundo

<https://worldsexualhealth.net>

Septiembre

9-12

25th Congress of the World Association for Sexual Health

Ciudad del Cabo (Sudáfrica)

<https://worldsexualhealth.net>

Noviembre

15-17

22nd World Meeting of the International Society for Sexual Medicine (ISSM)

Yokohama (Japón)

<https://www.wmsm.org/>

Noviembre

19-20

XV Congreso Español y Euroamericano de Sexología

Jerez de la Frontera (España)

www.congresofess.es

Eventos / Events 2022

Junio / Julio

30-3

16th Congress of European Federation of Sexology (EFS)

Aalborg (Dinamarca)

<https://europeansexologycongress.org>

NORMAS PARA LOS AUTORES DE LA REVISTA “*De Sexología*”

La revista “**De Sexología**” considerará para su publicación aquellos trabajos que puedan contribuir al mejor conocimiento de la sexualidad humana.

La Revista “**De Sexología**” se adhiere a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para su publicación en revistas biomédicas elaborados por el ICMJE (*Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas*)

NORMAS GENERALES

- Carta de presentación
- Primera página

NORMAS ESPECIFICAS POR SECCIONES

- EDITORIALES
- ORIGINALES
 - Estudios originales
 - Comentarios a originales
 - Originales breves
 - Casos clínicos
 - Proyectos de investigación
- REVISIONES
- DERECHOS SEXUALES
- ARTÍCULOS ESPECIALES (con distinta denominación según contenido) :
- FORMACIÓN CONTINUADA: Artículo único o series.
- INFORMES DE CONSENSOS
- INFORMES TÉCNICOS
- PROTOCOLOS
- etc.
- REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA
- CARTAS AL DIRECTOR
- SERVICIO BIBLIOGRÁFICO (SPA)
- BOLETÍN INFORMATIVO (SPA)
- Noticias nacionales e internacionales

- Agenda
- Comentarios de libros, fármacos, instrumentos....
- Información de sociedades científicas

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- Tablas y Figuras
- Bibliografía
- Listado de comprobación

NORMAS GENERALES

Espacio para autores: Los manuscritos pueden remitirse por **vía electrónica a la dirección:** felipehurtadomurillo@gmail.com

También a través de **correo postal (por duplicado)** a:

Calle Serpís, 8-1º-2ª. 46021 - Valencia

El texto se remitirá en hojas tamaño DIN-A4, impresas a doble espacio (26 líneas por página, con tipo de letra Times New Roman tamaño 12 cpi), por una sola cara, numerándose las páginas consecutivamente.

Los envíos impresos se acompañarán de una copia en soporte informático (disquete ó CD).

Debe utilizarse un procesador de textos de uso habitual y en la forma más sencilla posible, evitando formatos automáticos como encabezados y pies de página. En la etiqueta del disquete ó el CD deberá figurar el título del trabajo, apellido del primer autor y el procesador de textos utilizado.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación
- Primera página
- El trabajo, de acuerdo con las normas específicas de cada sección.

El Consejo de Redacción acusará recibo de todos los trabajos y les asignará un código, reservándose el derecho a rechazar aquellos no considerados apropiados y de proponer las modificaciones que considere necesarias, no haciéndose responsable del material no aceptado, una vez comunicada esta decisión a los autores.

Si se ha solicitado a los autores introducir modificaciones, los trabajos ya corregidos deberán ser devueltos a la redacción de la revista en el plazo de 15 días; en caso contrario, el Consejo de Redacción no garantiza su publicación.

En toda la correspondencia generada durante el proceso de corrección, debe hacerse constar el código asignado al trabajo.

CARTA DE PRESENTACIÓN

El texto se acompañará de una carta de presentación dirigida a la Secretaría de Redacción de la revista, en la que se incluirá **el título del trabajo** y se solicitará su publicación **en alguna de las secciones**, indicando que el contenido del trabajo no ha sido publicado anteriormente y que el artículo, total o parcialmente, no se ha enviado simultáneamente a otra revista.

Debe especificar que todos los **autores aceptan el contenido de la versión enviada**, facilitando dirección postal, dirección electrónica y teléfono de contacto.

Debe indicarse la fuente de financiación del estudio, así como hacer declaración explícita de la posible existencia, o no, de un conflicto de intereses, especialmente si el estudio se centra en la evaluación de métodos diagnósticos o de la eficacia de intervenciones farmacológicas.

PRIMERA PÁGINA

La primera página del texto debe incluir:

- Título del artículo en castellano e inglés.
- Autores: Se indicarán los dos apellidos y el nombre de todos los autores, en el orden en que deseen aparecer en el artículo. **Su número variará según la sección de la revista** a la que se dirija. En los grupos de trabajo o autores corporativos el listado completo de los participantes aparecerá a pie de página o, si su número es elevado, al final del artículo. Siempre figurarán como autores principales los responsables directos de la elaboración del manuscrito.
- Centro de trabajo de todos los autores, indicando la localidad.
- Titulación académica de los autores (opcional)
- Persona encargada de mantener la correspondencia relacionada con el trabajo, indicando una dirección postal y electrónica para la misma.
- Palabras clave (mínimo: 3; máximo: 6). Derivadas del Medical Subject Headings (MeSH) de la National Library of Medicine. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi.
- Fuente de financiación del trabajo y/o potenciales conflictos de intereses, si los hubiere.
- Si procede, información de interés como, por ejemplo, si el trabajo ha sido presentado con anterioridad en jornadas, congresos, si ha recibido algún premio, etc.

NORMAS ESPECÍFICAS POR SECCIONES

EDITORIALES

Los artículos que se publican en esta sección son **habitualmente por encargo** del consejo de redacción de la Revista **De Sexología** y tratarán de expresar opiniones y reflexiones de interés en sexología, que estimulen el debate o presenten nuevos aspectos ó perspectivas sobre un tema.

El **número máximo de autores** es de 3.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación (ver normas generales)
- Primera página (ver normas generales)
- Texto (máximo: 5 hojas DIN-A4 a doble espacio)
- Tablas y figuras (máximo: 2) (ver información complementaria)

Cada una de las partes anteriores debe iniciarse en una página nueva.

Para facilitar su comprensión, se recomienda que el texto se **estructure** como sigue: planteamiento del problema, posicionamiento del autor, argumentos a favor, argumentos en contra y conclusiones.

La **argumentación** se realizará de forma lógica, citando el tipo de pruebas en que se basan las afirmaciones esenciales (opiniones personales o de expertos, estudios observacionales, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas,).

El **número máximo de referencias** bibliográficas es 12.

ORIGINALES

ESTUDIOS ORIGINALES

En esta sección se publicarán trabajos originales de investigación en relación con aspectos de la sexualidad humana.

El **número máximo recomendado de autores** es de 6.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación (según normas generales)
- Primera página (según normas generales)
- Resumen
- Texto (máximo: 8 hojas DIN-A4 a doble espacio)
- Puntos básicos y esquema general del estudio.
- Tablas y figuras (máximo: 6) (ver información complementaria).
- Material informático adicional.

Cada una de las partes anteriores debe iniciarse en una página nueva.

Resumen

Se adjuntará un resumen en español y en inglés (abstract).

Debe incluir el **título del trabajo**.

El resumen deberá ser comprendido sin necesidad de leer total o parcialmente el artículo. Debe ser redactado de modo preciso desarrollando los puntos esenciales del artículo y no podrá incluir

información que no aparezca en el texto. No excederá las **250 palabras**, estructurándose en los apartados:

-Objetivo: identificación clara del propósito principal el estudio.

-Diseño: Descripción del diseño básico del estudio (ensayo clínico aleatorio, estudio de casos y controles, ...) y sus características básicas si son relevantes (doble ciego, multicéntrico,...). Si no se corresponde con un diseño claro, deben indicarse sus características principales (transversal o longitudinal, prospectivo o retrospectivo, observacional o de intervención, controlado o no controlado,...).

-Emplazamiento: Lugar de realización del estudio y marco o nivel de atención sanitaria (atención primaria, hospitalaria, comunitaria, consulta privada...).

-Participantes: Características de los pacientes, criterios de selección, número de sujetos incluidos, número de no respuestas y abandonos producidos.

-Intervenciones (en estudios de intervención): Características principales, pauta de administración y duración de las intervenciones realizadas tanto en el o los grupos de estudio como en el o los de comparación.

-Mediciones principales: Principales variables del estudio, especialmente la variable de respuesta utilizada y el método de evaluación de la misma.

-Resultados: Principales resultados cuantitativos, indicando el tipo de medida utilizada, y su intervalo de confianza. Si es conveniente, incluir el nivel de significación estadística.

-Conclusiones: Principales conclusiones que se derivan de los resultados del estudio, incluyendo su aplicación práctica.

-Palabras clave: Mínimo: 3; máximo: 6.

Texto

Se recomienda la redacción en impersonal.

La extensión máxima del texto será de **8 hojas** DIN-A4 a doble espacio y por una cara, con letra Times New Roman de tamaño 12 cpi.

El texto debe adaptarse a la estructura IMRAD (Introduction, Methods, Results, and Discusión) , siguiendo las siguientes recomendaciones:

-Introducción

Debe presentar la **situación actual** del conocimiento sobre el tema y el contexto en que se enmarca el estudio. El **objetivo** debe definirse claramente. La introducción debe ser breve y se apoyará en un reducido número de referencias bibliográficas, reseñando las esenciales para el tema tratado.

-Material y métodos.

Debe incluir el **diseño** del estudio, el **centro** donde se ha realizado la investigación, los **criterios de inclusión y exclusión**, el método de **selección** de los participantes, las **intervenciones** realizadas (si procede), las definiciones y técnicas de **medida** de las variables, el **seguimiento** de los participantes, la estrategia de **análisis y pruebas estadísticas** utilizadas.

La redacción se realizará con detalles suficientes para que el estudio pueda repetirse, recomendándose **utilizar epígrafes** para organizar la información (población de estudio, intervenciones, seguimiento, análisis estadístico,...).

En los ensayos clínicos los autores deben hacer constar explícitamente que el trabajo ha sido aprobado por un Comité de Ética.

-Resultados

Debe presentar los hallazgos principales relacionados con el objetivo del estudio, sin interpretarlos, pudiendo utilizarse **epígrafes** para hacer más clara la presentación. Es conveniente utilizar **tablas y figuras** sin repetir los datos en el texto. Los resultados principales deben incluir los correspondientes **intervalos de confianza**, e indicar claramente el tipo de **medida** y las **pruebas estadísticas** utilizadas, cuando proceda. Si el grado de significación estadística es inferior a 0,20, es preferible presentar su valor exacto.

Se recomienda resaltar la tabla o figura que contenga los **principales resultados** del estudio, con una descripción de los mismos en la leyenda.

-Discusión

Es recomendable estructurarla en los siguientes **epígrafes**: 1) Significado y aplicación práctica de los resultados. 2) Consideraciones sobre posibles limitaciones o inconsistencias de la metodología y las razones por las que los resultados pueden ser válidos; 3) Relación con publicaciones científicas similares tratando de explicar discrepancias y acuerdos. 4) Indicaciones y directrices para futuras investigaciones. No deben efectuarse conclusiones. Debe evitarse que la discusión se convierta en una revisión del tema y que se repitan los conceptos referidos en la introducción. No se repetirán los resultados del trabajo.

-Agradecimientos

A personas o instituciones que, sin cumplir los requisitos de autoría, hayan colaborado en la realización del trabajo, prestado ayuda material, técnica o económica, indicando el tipo de contribución.

-Bibliografía

Se recomienda un **máximo de 30 referencias** bibliográficas.

Puntos básicos y esquema general del estudio

Todos los trabajos originales deben incluir una tabla con los puntos básicos esenciales para facilitar la comprensión del trabajo a los lectores que no deseen leer el artículo completo. Debe incluir un máximo de tres frases cortas y precisas que indiquen lo que se sabía sobre el tema antes de realizar este estudio y la necesidad de haberlo llevado a cabo (bajo el epígrafe “**Lo que sabemos sobre el tema**”), y otro máximo de tres frases que indiquen qué ha aportado este estudio al conocimiento previo del tema (bajo el epígrafe “**Las aportaciones de este estudio**”).

Deben incluir también una figura con el **esquema global del estudio** que indique el número de sujetos en cada una de las etapas del estudio, los motivos de las no respuestas, pérdidas y abandonos que se produzcan, etc. Esta figura no debe ir numerada ni ser citada en el texto. La leyenda de la figura debe resumir las principales características del diseño del estudio.

Material informático adicional

Los autores que lo deseen pueden presentar material complementario con información adicional a la incluida en el artículo (cuestionarios utilizados, anexos, aspectos metodológicos más detallados, etc.) que consideren de interés para el lector. Estos materiales podrán ser incorporados a la edición electrónica de La revista “**De Sexología**”, previa aceptación por el Consejo de Redacción.

Los autores que deseen incluir material adicional en Internet deberán enviar éste en un **disquete ó CD diferente** al que contiene el texto del artículo, siguiendo las mismas recomendaciones de las normas generales, y añadiendo explícitamente en la **etiqueta** que el contenido corresponde al material adicional para Internet.

COMENTARIOS A ORIGINALES

Esta sección incluye comentarios encargados por el Consejo de Redacción **sobre algunos estudios originales** seleccionados por su relevancia o interés en sexología, y que se publican acompañando a dichos artículos.

El comentario se centrará especialmente en el conocimiento actual sobre el tema, enmarcando el estudio en dicho contexto y destacando el valor y utilidad del trabajo realizado para la sexología, incluyendo, si es preciso, indicaciones acerca de nuevas líneas de investigación o nuevas preguntas por responder.

El texto tendrá una extensión aproximada de **3 hojas** DIN-A4 a doble espacio, con un **máximo de 6 referencias** bibliográficas, y podrá incluir una tabla o figura.

El texto se acompañará de una **tabla** en la que se presenten en **3-4 frases cortas**, los principales mensajes del comentario.

ORIGINALES BREVES

En esta sección se publicarán informes cortos de estudios de investigación que por sus características especiales (series con número reducido de observaciones, trabajos de investigación con objetivo y resultados muy concretos, estudios epidemiológicos descriptivos, etc.) no sean adecuados para su publicación en la sección de estudios originales.

El **número máximo de autores** será de 6.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación (ver normas generales)
- Primera página (ver normas generales)
- Texto (máximo: 4 hojas DIN-A4 a doble espacio)
- Tabla y/o figuras (máximo: 2). (ver información complementaria).

Cada una de las partes anteriores debe iniciarse en una página nueva.

El texto se estructurará en los **apartados**:

- Objetivo**
- Diseño**
- Emplazamiento**
- Participantes**
- Intervenciones (si procede)**
- Mediciones principales**
- Resultados**
- Discusión y conclusiones**

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

CASOS CLÍNICOS

En esta sección se publicarán uno o más casos clínicos de excepcional observación que supongan una aportación importante.

El **número máximo de autores** será de 6.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación (ver normas generales)
- Primera página (ver normas generales)
- Texto (máximo: 4 hojas DIN-A4 a doble espacio)
- Tabla y/o figuras (máximo: 1). (ver información complementaria) .

Cada una de las partes anteriores debe iniciarse en una página nueva.

La estructura del texto será la siguiente:

-Introducción

-Caso clínico (si hay más de uno, se presentarán como caso 1, caso 2,...).

-Discusión y conclusiones.

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

En esta sección se incluyen descripciones de diseños y protocolos de estudios de investigación en fase de realización, de especial interés en sexología. No serán aceptados las descripciones de proyectos de interés exclusivamente local o que no supongan una novedad interesante.

El **número máximo de autores** será de 6.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

-Carta de presentación (ver normas generales)

-Primera página (ver normas generales)

-Texto (máximo: 8 hojas DIN-A4 a doble espacio)

-Resumen

-Tablas y figuras (máximo: 4). (ver información complementaria).

Cada una de las partes anteriores debe iniciarse en una página nueva.

El texto debe estructurarse en los siguientes apartados:

Introducción

Revisará brevemente los antecedentes del tema, centrará el motivo de interés y justificará la necesidad de realizar el estudio.

Objetivos

Definirá con claridad el o los objetivos principales, y secundarios si procede, del estudio.

Método

Debe describir las características del diseño del estudio con el suficiente detalle para facilitar su comprensión. Puede estructurarse en epígrafes, recomendándose: Diseño del estudio, emplazamiento, criterios de inclusión y exclusión, método de selección de los sujetos, cálculo del tamaño de la muestra necesario, formación de los grupos (si procede), intervenciones (si procede), seguimiento de los sujetos (si procede), definiciones y métodos de medida de las variables principales, estrategia de análisis

Discusión

Se recomienda estructurar este apartado en **dos epígrafes**:

Limitaciones del diseño: comentarios acerca de sus limitaciones y justificación de las decisiones tomadas en dicho diseño.

Aplicabilidad práctica: comentarios acerca de la utilidad potencial de los resultados esperables del estudio y de su aplicabilidad práctica e interés sexológico.

El **número máximo de referencias** bibliográficas es 20.

El texto se acompañará de un **resumen** de una extensión máxima de **250 palabras**, estructurado en los siguientes **epígrafes**: Objetivo, Diseño, Emplazamiento, Participantes, Intervenciones (si procede), Mediciones principales. Discusión.

REVISIONES

En esta sección se publicarán trabajos de revisión de la literatura reciente sobre temas relevantes en sexología.

Los artículos de esta sección son **habitualmente por encargo**, no obstante el Consejo de Redacción puede considerar para su publicación artículos no solicitados y someterlos al proceso de revisión, sin obligación de correspondencia sobre los mismos.

El **número máximo de autores** es de 6.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación (ver normas generales)
- Primera página (ver normas generales)
- Texto (máximo: 12 hojas DIN-A4 a doble espacio)

El artículo debe iniciarse con una breve **introducción**, dirigida a centrar los aspectos concretos que serán revisados. El **texto** del artículo se estructurará en tantos apartados como aspectos diferentes se revisen. Cada apartado implica el resumen y comentario de uno o más artículos publicados recientemente, según la siguiente estructura:

- Título** descriptivo del artículo en una frase
- Referencia** del artículo siguiendo las normas de Vancouver
- Resumen** del artículo: entre 100 y 150 palabras, estructurado en los siguiente epígrafes: Objetivo, Método, Resultados y Conclusiones
- Comentario**: de extensión recomendada entre 100 y 150 palabras. Se permite incluir un **máximo de 3 referencias** bibliográficas.

Además, en cada apartado se indicará si el **aspecto específico** comentado corresponde a etiología, diagnóstico, pronóstico, terapia, prevención, etc.

Cuando en un mismo apartado se incluya más de un artículo, dado que aborda el mismo tema específico, puede utilizarse un **único título** para todo el apartado y una pequeña **introducción** antes de resumir y comentar cada uno de los artículos, preferiblemente por separado.

DERECHOS SEXUALES

Esta sección se realiza **por encargo del consejo de redacción** y pretende abordar temas relacionados con los derechos sexuales que puedan aportar una mayor información en este ámbito de la sexología. Texto máximo: 3 hojas DIN-A4 a doble espacio.

ARTICULOS ESPECIALES

Los artículos especiales son **habitualmente por encargo**, y tendrán distinta denominación según su contenido: **Formación Continuada** (artículo único o series), **Informes de Consensos**, **Informes Técnicos**, **Protocolos**, etc).

El Consejo de Redacción puede considerar para su publicación artículos especiales no solicitado, sin que exista compromiso de establecer correspondencia sobre los mismos.

(con distinta denominación según contenido) :

El **número máximo de autores** es de 6.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación (ver normas generales)
- Primera página (ver normas generales)
- Texto (máximo: 8-10 hojas DIN-A4 a doble espacio)
- Tablas y figuras (máximo: 6). (ver información complementaria).

Cada una de las partes anteriores debe iniciarse en una página nueva.

El **número máximo de referencias** bibliográficas es 24.

El texto debe acompañarse de una **tabla de puntos básicos**, en la que se incluyan entre 4 y 6 frases cortas que resalten los aspectos principales tratados en el artículo.

REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

En esta sección se publican artículos realizados **por encargo del consejo de redacción** que contengan opiniones y reflexiones de claro interés sobre temas sexológicos, que susciten el debate y muestren perspectivas novedosas sobre los mismos. El Consejo de Redacción puede considerar para su publicación artículos especiales no solicitados, sin que exista compromiso de establecer correspondencia sobre ellos.

El **número máximo de autores** es de 3.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación

- Primera página)
- Texto (máximo: 5 hojas DIN-A4 a doble espacio)
- Tablas y figuras (máximo: 2).

Cada una de las partes anteriores debe iniciarse en una página nueva.

Para facilitar su comprensión, se recomienda que se **estructuren** de la siguiente forma: planteamiento del problema, posicionamiento del autor, argumentos a favor, argumentos en contra y conclusiones. La **argumentación** se realizará de forma lógica, citando las pruebas en que se basan las afirmaciones esenciales (opiniones personales o de expertos, estudios observacionales, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas,...).

El número máximo de referencias **bibliográficas es 12.**

CARTAS AL DIRECTOR

En esta sección se publicarán con la mayor rapidez posible cartas que comenten artículos aparecidos recientemente en la revista. La carta será enviada a los autores del artículo al que se refiere y, si éstos desean contestarla, la carta y su réplica se publicarán simultáneamente.

También se aceptarán cartas al director que presenten experiencias y opiniones de interés para la sexología.

El número máximo de autores será de 4.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación (ver normas generales)
- Primera página (ver normas generales)
- Texto (máximo: 2 hojas DIN-A4 a doble espacio)
- Tabla y/o figuras (máximo: 1). (ver información complementaria).

Cada una de las partes anteriores debe iniciarse en una página nueva.

El número máximo de **referencias bibliográficas es 6.** En el caso de cartas que se refieran a un artículo publicado, una de las referencias **debe corresponder a este artículo.**

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

-TABLAS Y FIGURAS

Se presentarán separadas del texto del artículo, cada una en una página diferente. La numeración será en números arábigos.

Las tablas deben ser sencillas y no duplicarán información del texto. Constarán de un título breve que explique su contenido. Su estructura debe ser simple presentando la información en una secuencia lógica, con orden habitualmente de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo. Las filas

y columnas deben ir precedidas de un encabezamiento corto o abreviado, que identifique el material que contiene. Si la tabla ocupase más de una página, los encabezamientos deben repetirse en cada una de ellas. Debe mantenerse coherencia en la puntuación o abreviaturas de las palabras, o en las unidades de medida o decimales de los datos numéricos. Es recomendable presentar solamente los dígitos significativos. Si se utilizan abreviaturas o símbolos, si no son autoexplicativos, deben explicarse con notas a pie de tabla. Si se incluyen datos que no proceden del estudio, debe señalarse con una nota que identifique la fuente a pie de tabla. Cuando se presenta más de una tabla, el formato será similar para facilitar su comprensión. Todas las tablas se mencionarán en el texto, y los datos que se presentan concordarán con los que se citan.

Las figuras deben utilizarse solo si la información no puede presentarse claramente de otra forma, no debiendo repetirse en este formato los datos ya presentados en tablas o texto.

En la elaboración de gráficos debe tenerse especial cuidado en no distorsionar lo que se pretende mostrar, a fin de evitar al lector interpretaciones erróneas. Las **escalas de medida** deben estar claras y ser consistentes.

-FOTOGRAFIAS

Se seleccionarán cuidadosamente, omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. La copia será de buena **calidad**.

El tamaño será de 9 x 12 cm e irán **numeradas al dorso** mediante una etiqueta adhesiva, indicando su número y el nombre del primer autor. No debe escribirse en el dorso y se presentarán por separado, en un sobre. Los **pies de las fotografías** deben ir mecanografiados **en hoja aparte**.

Si se incluyen fotografías de personas, no deben ser identificables, y, si lo son, debe acompañarse de **permiso escrito** que especifique su utilización.

-BIBLIOGRAFIA

Las referencias bibliográficas deben numerarse consecutivamente en el orden en que aparecen por primera vez en el texto, identificándolas en el mismo mediante números entre paréntesis. Deben ser lo más recientes y relevantes posible, y escritas cuidadosamente según el formato Vancouver, disponibles en: <<http://www.icmje.org/>>

Los nombres de las revistas deben abreviarse según el estilo usado en el *Index Medicus* /Medline: «List of Journals Indexed» que se incluye todos los años en el número de enero del *Index Medicus*, también disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/jrbrowser.cgi>

Se evitará, en lo posible, la inclusión como referencias bibliográficas de libros de texto y actas de reuniones. No es aconsejable el uso de frases imprecisas como referencias bibliográficas no

pudiendo emplearse como tales “observaciones no publicadas” ni “comunicación personal”, pero sí pueden citarse entre paréntesis dentro del texto.

A continuación se ofrecen unos ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

Revista

1) Artículo ordinario .

Relacionar todos los autores si son seis o menos; si son siete o más, relacionar los seis primeros y añadir la expresión «et al» después de una coma.

Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ* 2003;327:409-10.

Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Ferguson et al. The Female Sexual Function Index (FSFI). A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191-208.

2) Author corporativo

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

3) No se indica el nombre del autor

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002;325(7357):184.

4) Suplemento de un volumen

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache*. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

5) Suplemento de un número

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

6) Número sin volumen

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

7) Indicación del tipo de artículo

Cárdenes M, Artiles J, Arkuch A, Suárez S. Hipotermia asociada a eritromicina [carta]. *Med Clin (Barc)* 1992;98:715-6.

Fuhrman SA, Joiner KA. Binding of the third component of complement C3 by *Toxoplasma gondii* [abstract]. *Clin Res* 1987;35:475A.

8) Trabajo en prensa

González JA, Bueno E, Panizo C. Estudio de la reacción antígeno-anticuerpo en enfermedades exantemáticas [en prensa]. Med Clin (Barc).

Libros y otras monografías

9) Autores personales

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

10) Editores o recopiladores como autores

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

11) Capítulo de un libro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

12) Actas de reuniones

Vivian VL, editor. Child abuse and neglect: a medical community response. Proceedings of First AMA National Conference on Child abuse and neglect; 1984, March 30-31; Chicago. Chicago: American Medical Association, 1985.

Material electrónico

13) CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

14) Artículos de revistas en Internet

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

15) Monografías en Internet

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Debe enviarse debidamente cumplimentado **LISTADO DE COMPROBACIÓN PARA LOS AUTORES**, como prueba de que se han seguido las instrucciones de la revista. Es conveniente conservar una copia de todo lo que se envía.

The journal “**De Sexología**” will consider for publication those manuscripts that will contribute to improve the knowledge of human sexuality.

The journal “**De Sexología**” adheres to the requisites of uniformity for manuscripts presented for publication in biomedical journals elaborated by the ICMJE (International Committee of Medical Journals Editors).

GENERAL GUIDELINES

- Introductory letter.
- Title page.
- Abstract and key words.

SPECIFIC GUIDELINES PER SECTION

- EDITORIALS.
- ORIGINAL WORKS.
- Original studies.
- Commentaries on original works.
- Brief original works.
- Clinical cases.
- Research projects.
- UPDATES ON SEXOLOGY (different denomination according to contents).
- Continued education: single or series of articles.
- Consensus reports.
- Protocols.
- PUBLICATIONS REVIEWS.
- REFLECTIONS ON SEXOLOGY.
- SEXUAL RIGHTS.
- LETTERS TO THE EDITOR.
- NOTEBOOK.

SUPPLEMENTAL INFORMATION

- Tables, figures and photographs.
- References.
- Ethical aspects.

GENERAL RULES

Space for authors: manuscripts may be sent **via e-mail** to the following address: felipehurtadomurillo@gmail.com, or through **regular mail (in duplicate)** to the following address:

Calle Serpís, 8-1º-2ª. 46021 - Valencia

The text must be typed on DIN-A4 sheets, doble-spaced (26 lines per page, Times New Roman 12 cpi letter type), on one surface, and pages numbered consecutively.

Printed manuscripts must be accompanied by a copy on magnetic support (diskette or CD).

A commonly known word processor must be used, the format must be as simple as possible, avoiding automatic formats such as headings or foot marks. The diskette or CD must be labeled with the work title, first author's last name, and word processor used.

Manuscripts must have the following structure:

-Introductory letter.

-Title page.

-Core of the work according to the section guidelines.

The Editorial Board will notify the reception of all manuscripts and will assign a code to each one. The Editorial Board may reject any manuscript not considered appropriate, and may suggest any modifications considered appropriate, and shall not be held responsible for any material that has been rejected, once the decision has been communicated to the authors.

In case modifications have been requested, corrected manuscripts must be returned to the Editors within 15 days, otherwise the Editing Committee does not guarantee publication.

The code assigned to the manuscript must be used in all correspondence generated in the correction process.

INTRODUCTORY LETTER

The manuscript must be accompanied by an Introductory Letter addressed to the Editing Committee Secretariat including **the work title**, requesting publication **in one of the specific sections**. It must be stated that the contents of the work has not been published previously, and that neither part nor the whole of the article has been sent simultaneously to any other journal.

It must be specified that, and a contact postal address, e-mail and telephone number must be included. **all authors accept the version sent**

The financial source of the study must be disclosed, and an explicit declaration of any possible conflict of interests must be made, especially if the study focuses on diagnostic evaluation methods or pharmacologic efficacy.

TITLE PAGE

The title page must include:

- Title of the article in Spanish and English.
 - Authors: surname and name of all authors must appear in the order desired for publication. **The authors' number may vary according to the section** the article is to be published in. In case of Study Groups or Corporative Authors, the complete list of authors will appear as a footnote. In case of a high number, all authors names will appear at the end of the article.
- The authors directly responsible for elaborating the manuscript will always appear as main authors.
- Highest academic degree of authors (optional).
 - Name of the institution associated with all authors (or institution where the study was conducted), and city.
 - Contact person.
 - Financial source of the study and/or potential conflict of interests.
 - Further information of interest such previous presentation at scientific meetings, congresses, awards obtained, etc., if considered relevant.

Abstract

It must be printed in Spanish and English and it is compulsory for the following sections: Original Studies, Research Projects, Updates on Sexology, Publications Review, Reflections on Sexology, Sexual Rights, Brief Original Works and Clinical Cases.

The study objective must be clearly stated, along with the methods and main conclusions.

Manuscripts for the Original Studies section will have the structure indicated for the section, and shall not exceed 250 words. Abstracts must not exceed 150 words for the remaining sections.

Key words: (minimum 3; maximum 6). Obtained from the Medical Subject Headings (MeSH) of the National Library of Medicine. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi.

SPECIFIC GUIDELINES FOR SECTIONS

EDITORIALS

In general, articles for this section **are written on demand** by the Editorial Board the journal De Sexología, and reflect opinions and insights of interest on clinical sexology, that stimulate debate or introduce new aspects or perspectives.

Maximum number of authors: 2.

The structure of the study shall be as follows:

- Introductory letter (see general guidelines).
- Title page (see general guidelines).
- Text (maximum: 6 DIN-A4 pages, double-space).
- Tables and figures (maximum: 2) (see supplemental information).

Each of the previous sections must start on a new page.

To facilitate reading, it is suggested that the text adheres to the following **structure**: layout of the problem or issue, author's position, arguments in favor, arguments against, conclusions.

Argumentation shall follow a logical format, and proof should be quoted upon which the essential statement is based (personal or expert opinion, observational studies, clinical trials, systematic revisions, etc.).

Maximum reference number: 12.

ORIGINALS

ORIGINAL STUDIES

Only original research studies regarding aspects of human sexuality shall be published in this section.

Maximum recommended number of authors: 6.

Studies must adhere to the following structure:

- Introductory letter (see general guidelines).
- Title page (see general guidelines).
- Abstract (250 words), key words (3-6).
- Text (maximum: 12 DIN-A4 pages, double-space).
- Tables and figures (maximum: 6) (see supplemental information).
- Additional computer material.

Each of the previous sections must start on a new page.

Abstract

An abstract in Spanish and English must be included.

The abstract must include **the study title**.

The abstract must provide relevant information, rendering unnecessary to read partly or fully the text. It must be written briefly and precisely, touching upon all the essential issues of the article, and must not include information not presented in the general text. **Must not exceed 250 words**, and shall adhere to the following sections:

- **Study objective:** the main objective of the study must be clearly identified.
- **Design:** basic description of the study design (randomized clinical trial, study of cohorts and controls, etc.) and basic characteristics if relevant (double-blind, multicenter, etc.). If no clear design is available, the main characteristics must be included (transverse, longitudinal, prospective, retrospective, observational, interventional, controlled, not controlled, etc.).

- **Site:** location where the study was conducted and type of health care delivery (primary health care, hospital care, community medicine, private practice)
- **Participants:** patient characteristics, selection and inclusion criteria, subject number, number of non-responders, number of withdrawals, etc.).
- **Interventions** (in interventional studies): main features, drug administration protocols, length of interventions on study and control groups.
- **Main measurements:** main study variables, especially response variables and evaluation methods.
- **Results:** main quantitative outcomes, indicating the type of measurement used, and confidence intervals. If convenient, include degree of statistical significance.
- **Conclusions:** main conclusions derived from the study outcomes, including practical applications.
- **Key words:** minimum: 3; maximum: 6.

Text

Impersonal style recommended.

Maximum text length shall be **8 DIN-A4 pages**, on one surface, doublespace,

Times New Roman type 12 cpi.

The text must adhere to IMRAD (Introduction, Methods, Results, and Discussion) structure, according to the following recommendations:

- **Introduction:** state of the art knowledge of the subject under discussion and context. The study's **objectives** must be clearly defined. The introduction must be brief and supported by a small number of references, the essential ones for the discussion must be pointed out.
- **Material and Methods:** the study **design**, **institution** where the study was conducted, **inclusion and exclusion criteria**, patient **selection** method, **interventions** performed (if applicable), definitions and **measuring** techniques of the different variables, patient **follow-up**, **statistical analysis** and **statistical tools** used, must be included.

The manuscript should be written such that the study could be performed by another group, **subheadings** are suggested in order to organize the information presented (study population, interventions, follow-up, statistical analysis, etc.).

Regarding clinical trials, the trial must have Ethical Committee approval.

- **Results:** main findings must be presented without further interpretation.

Subheadings may be used to aid in the presentation. **Tables and figures** are strongly recommended, without repeating the data shown in the main text. Main results must include corresponding **confidence intervals**, and types of **measurements** and **statistical tools** utilized, if

applicable must be indicated. If the value of statistical significance is below 0.20, the exact value should be stated.

The table or figure containing the **main results** should be highlighted, with a description of the values contained in the legend.

- **Discussion:** the following **subheadings** are recommended: 1) Results significance and practical application; 2) Considerations relating to any limitations and/or inconsistencies regarding Methods, and reasons why the results obtained are valid; 3) Relationships with other scientific publications and an explanation of any discrepancies or agreements; 4) Indications and guidelines for further research. Conclusions should not be added. Discussion must not turn into a review of the subject, and the concepts stated in the introduction must not be repeated. The results of the study must not be repeated.

- **Acknowledgements:** includes people and/or institutions that not qualifying as authors have contributed to the study, through material, technical or economic support. The type of contribution must be stated.

- **References:** must **not exceed 30 bibliographic** references.

Basic points and overall scheme of the study

All original studies must include a table containing the essential points of the Discussion required for a quick understanding of the nature of the study. No more than three short phrases indicating previous knowledge on the subject prior to conducting the study must be included, as well as the need for the study (under the subtitle “**Previous Knowledge**”). Another three phrases must be included indicating the study’s contribution to improving knowledge on the subject (under the subtitle “**Study Contribution**”).

A figure with the overall **scheme of the study** must be included, referred to “Material and Methods” item, indicating the number of subjects participating in each of the study stages, the reasons for non-response, losses and withdrawals incurred, etc. This figure must not be numbered nor quoted in the text. The figure legend must summarize the study design main features.

Additional computer material

Authors may present supplemental material containing additional information not included in the original article (questionnaires, appendices, more detailed methods, etc.), considered relevant to the reader. Such materials may be added to the electronic version of The journal “**De Sexología**”, if accepted by the Editorial Board.

Authors wishing to include further material through the Internet, must send it in a **diskette or CD different** from the one containing the article, according to the same general guidelines, and clearly stating on the label that such contents corresponds to additional material for the Internet.

COMMENTARIES TO ORIGINAL WORKS

This section includes commentaries on demand by the Editorial Board **on some original studies** that have been selected due to their relevance or interest in sexology, and that shall be published along with the original articles.

Commentaries will focus on state of the art knowledge on the topic, and the study shall be framed within such context, and pointing out the value and utility of the study for sexology, including, if necessary, new research lines or new questions to answer.

The text shall be approximately **3 DIN-A4 pages** long, double-space, with a **maximum number of 6 references**, and may include one table or figure.

The text shall contain **a table with 3-4 short phrases** stating the important messages of the commentary.

SHORT ORIGINALS

This section will contain short reports on research studies that due to their specific features (reduced number of observations, research works with very specific objectives and results, descriptive epidemiological studies, etc.) may not be appropriate for the the Original Studies section.

Maximum number of authors: 6.

The manuscript shall have the following structure:

- Introductory letter (see general guidelines).
- Title page (see general guidelines).
- Abstract (150 words) and key words (3).
- Maximum text length: (4 DIN-A4 sheets, double-space).
- Tables and/or figures (maximum: 2) (see supplemental information).

Each section must start on a new page.

The abstract shall be attached both in Spanish and in English. It shall not exceed 150 words and shall be divided in 3 sections: Objective, Methodology,

Results and Conclusions.

The text will have the following **sections**:

- Objective
- Design
- Site
- Participants
- Interventions (if applicable)
- Main measurements

- Results
- Discussion and conclusions

Maximum number of references: 6.

CLINICAL CASES

One or more clinical cases of exceptional relevance, providing a relevant contribution, may be published in this section.

Maximum author number: 6.

The manuscript structure will be as follows:

- Introductory letter (see general guidelines).
- Title page (see general guidelines).
- Abstract (150 words) and key words (3).
- Maximum text (5 DIN-A4 sheets, double-space).
- Tables and/or figures (maximum: 1) (see supplemental information).

Each section must start on a new page.

The text will have the following **sections**:

- Introduction.
- Clinical case (if more than one, then they shall be introduced as Case 1, Case 2, etc.).
- Discussion and conclusions.

Maximum number of references: 6.

RESEARCH PROJECTS

This section includes currently performed research study protocol designs, especially relevant in sexology. Designs of protocols having strictly local relevance, or not having evident relevance will not be accepted for publication.

Maximum author number: 6.

Manuscripts must have the following structure:

- Introductory letter (see general guidelines).
- Title page (see general guidelines).
- Abstract (150 words), key words (3).
- Text (maximum: 8 DIN-A4 pages, double-space).
- Tables and figures (maximum: 4) (see supplemental information).

Each of the previous sections must start on a new page.

The text must contain the following sections:

- **Introduction:** a brief review on background information on the topic under discussion, focus will be placed on the interest and need to conduct the study.
- **Objectives:** the main and secondary (if applicable) study objective/s shall be clearly defined.
- **Methods:** the study's design features must be described in detail to facilitate understanding. Subtitles may be used, and the following are recommended: study design, site, inclusion and exclusion criteria, group formation (if applicable), interventions (if applicable), subject follow-up (if applicable), measurement definitions and methods of the main variables, analysis strategy.
- **Discussion:** this section should have **two subtitles**:
- **Design limitations:** comments of the limitations and study design decision justification.
- **Practical application:** comments on potential utility of expected results and practical application and sexologic relevance.

Maximum reference number: 20.

An **abstract** not exceeding **250 words**, containing the following **subheadings** must join the text: Objective, Design, Site, Participants, Interventions (if applicable), Main Measurements, Discussion.

UPDATES ON SEXOLOGY

Update articles frequently written **on demand**, having different titles depending on contents. Continued Education (single or series of articles), Consensus Reports, Technical Reports, Protocols, etc.

The Editorial Board may publish special articles not obtained on demand. Specific correspondence with authors may not be established.

The text must contain an abstract not exceeding 250 words structures with the following subheadings: Objective, Design, Site, Participants, Interventions (if applicable), Main measurements, Discussion.

Maximum number of authors: 6.

Manuscripts must have the following structure:

- Introductory letter (see general guidelines).
- Title page (see general guidelines).
- Abstract (150 words), key words (3).
- Text (maximum: 20 DIN-A4 pages, double-space).
- Tables and figures (maximum: 6) (see supplemental information).

Each of the previous sections must start on a new page.

Maximum reference number: 50.

The text must contain a table with essential points, including 4-6 short phrases highlighting the main aspects of the study.

PUBLICATIONS REVIEWS

Recent literature reviews on relevant topics on sexology will be published in this section.

Articles are written **on demand**, nevertheless, the Editorial Board may publish unsolicited articles, after going through the usual review process, correspondence with authors is not required.

Maximum number of authors: 6.

Manuscripts must have the following structure:

- Introductory letter (see general guidelines).
- Title page (see general guidelines).
- Abstract (150 words), key words (3).
- Text (maximum: 10 DIN-A4 pages, double-space).
- Tables and figures (maximum: 6) (see supplemental information).

The article must begin with a short **introduction**, pointing out the major aspects that will be reviewed. The **text** shall be structured in as many subheadings as shall be reviewed. Each subheading implies the summary and contents of one or more recently published articles, according to the following structure:

- **Title:** in one phrase and describing the article.
- **Reference:** of the article according to the Vancouver guidelines.
- **Abstract:** between 100 and 150 words, according to the following subheadings:

Objective, Methods, Results and Conclusions. **A maximum of 3 references** may be included.

Furthermore, it must be indicated whether the **specific aspect** commented on under each subheading corresponds to etiology, diagnosis, prognosis, therapy, prevention, etc.

When more than one article is included under the same subheading, as they are encompassed under the same specific topic, a **single title** may be used for the whole section, and a brief **introduction** before summarizing and commenting on each of the individual articles, which must be done separately.

REFLECTIONS ON SEXOLOGY

The articles published in this section are written **on demand by the Editorial Board** of The journal “**De Sexología**” and will reflect opinions and insights on human sexuality, on topics not really belonging to the field of clinical sexology, that will stimulate debate and introduce new aspects and/or perspectives. The Editorial Board may publish articles sent to this section without maintaining correspondence with the authors.

The maximum number of authors is 3.

The manuscript must have the following structure:

- Introductory letter (see general guidelines).
- Title page (see general guidelines).
- Abstract (150 words), key words (3).
- Text (maximum: 7 DIN-A4 pages, double-space).
- Tables and figures (maximum: 2) (see supplemental information).

Each of the previous sections must start on a new page.

In order to facilitate understanding, the manuscript should adhere to the following **structure**: introduction of the topic, author's position, arguments in favor, arguments against and conclusions.

Argumentation shall follow a logical format, and proof should be quoted upon which the essential statement is based (personal or expert opinion, observational studies, clinical trials, systematic revisions, etc.)

Maximum reference number: 12.

SEXUAL RIGHTS

This section is written on demand by the Editorial Board and attempts to deal with topics related with sexual rights that may contribute further information to the field of sexology.

The abstract must not exceed 150 words and no more than 3 key words.

Maximum text: 3 DIN-A4 sheets, double space.

LETTERS TO THE EDITOR

This section will be published as quickly as possible following reception of the letters commenting on recently published articles. The letter shall be sent to the original authors, and if they wish to answer it, both letter and rebuttal shall be published simultaneously.

Also, Letters to the Editor containing experiences and opinions relevant to the field of sexology may be accepted.

Maximum number of authors: 4.

The manuscript must have the following structure:

- Introductory letter (see general guidelines).
- Title page (see general guidelines).
- Text (maximum: 2 DIN-A4 pages, double-space).
- Tables and figures (maximum: 1) (see supplemental information).

Each of the previous sections must start on a new page.

Maximum reference number: 6. In case of letters on a published article, one of the **references must be said article**.

SUPPLEMENTAL INFORMATION

Tables and figures

Must be presented independent of the main text of the article, each on a separate page. Numbering must be in arabic figures.

Tables must be simple and must not duplicate information contained in the main text. Must have a brief title explaining its contents. Must have a simple structure, and the information must follow a logical format, ordered from left to right and from top to bottom. Lines and columns must have short or abbreviated headings, identifying its contents. If the table were to hold more than one page, headings must be repeated on each new page.

Punctuation, abbreviations, units and decimalls on numeric data must remain coherent throughout. Only significant digits mut be written. If abbreviations or symbols are not self understood, they must be explained as a footnote. If data not evolved from the study is included, its source must be reflected as a footnote.

Similar format must be used for the different tables to facilitate understanding.

All **tables** shall be mentioned in the text, and the data presented must agree with the data quoted.

Figures must be used only if there is no other format to clearly explain the information obtained.

Data appearing elsewhere must not be presented in this format.

Graphs should not lead to erroneous interpretation. **Measurement scales** must be clear and consistent throughout.

Photographs

Photographs must be carfully selected, those not contributing to improving text comprehension must be omitted. Only **good quality** copies will be accepted.

Picture size will be 9 x 12 cm, and each picture must be **numbered on the back** by and adhesive label, indicating number and author name. The back of the picture should not be written on. Individual pictures shall be sent in one envelope. **Photograph footnotes** must be typed on a **separate sheet**. Subjects appearing in photographs must not be recognized, otherwise **written consent** granting use of the pictures must be sent.

References

Bibliographic references must be numbered consecutively as they appear on the aticle, and must be identified by numbers in superscript (according to Ms. Mercedes Casado's criteria). References must be as updated as possible and carefully labeled according to the Vancouver format, available at: <http://www.icmje.org>.

Journal names must be abbreviated according to the Index Medicus/Medline style: «List of Journals Indexed» included yearly in the Index Medicus January issue, also available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/jrbrowser.cgi>

When possible, textbook references and Meeting Proceedings shall be avoided. Imprecise phrases such as “unpublished observations”, “personal communication” used as references are strongly discouraged, but may be quoted in parenthesis within the text.

The following are examples of reference formats:

Journal

1) Regular article.

Write all authors when six or less. Write the first six authors followed by “et al” if 7 or more.

Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327:409-10.

Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Ferguson et al. The Female Sexual Function Index (FSFI). A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26:191-208.

2) Corporative author.

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hipertension* 2002;40 (5):679-86.

3) Author’s name not indicated.

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002;325 (7357):184.

4) Supplement to a volume.

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache* 2002;42 Suppl 2:S93-9.

5) Supplement to an issue.

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology* 2002;58 (12 Suppl 7):S6-12.

6) Issue without volume.

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop* 2002;(401):230-8.

7) Indication of article type.

Cárdenes M, Artiles J, Arkuch A, Suárez S. Hipotermia asociada a eritromicina [carta]. *Med Clin (Barc)* 1992;98:715-6.

Fuhrman SA, Joiner KA. Binding of the third component of complement C3 by *Toxoplasma gondii* [abstract]. Clin Res 1987;35:475A.

8) Work currently under print.

González JA, Bueno E, Panizo C. Estudio de la reacción antígeno-anticuerpo en enfermedades exantemáticas [en prensa]. Med Clin (Barc).

Books and other monographs

9) Personal authors.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby, 2002.

10) Editors or compilers as authors.

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 2002.

11) Book chapter.

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

12) Meeting proceedings.

Vivian VL, editor. Child abuse and neglect: a medical community response. Proceedings of First AMA National Conference on Child abuse and neglect; 1984, March 30-31; Chicago. Chicago: American Medical Association, 1985.

Electronic material

13) CD-ROM.

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

14) Internet journal articles.

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

15) Internet monographs.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Ethical aspects

- The journal “**De Sexología**” does not accept previously published material.

- Authors are responsible for obtaining required permissions to partially reproduce (texts, tables, figures, etc.) of other publications, as well as to quote their source. Such permission will be asked of both authors and editorial company that published the material.
- The opinions expressed in the articles published are exclusively of the authors of the publication. *Sexología Integral* holds an independent opinion.
- The journal may exert the right to introduce modifications on a given article.

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

TARIFA DE SUSCRIPCIÓN ANUAL: **Gratuito**

Suscripción en la página web : <http://www.desexologia.com/inscripcion>