



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

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



Asociación de
Especialistas
en Sexología

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

La cultura patriarcal, las violencias estructurales y la sexualidad 5

Patriarchal culture, structural violence and sexuality

F. Hurtado-Murillo

Artículos científicos originales / Original scientific articles

Estudio sobre características psicosociales y de salud mental en personas con incongruencia de género españolas e inmigrantes atendidas en una Unidad de Identidad de Género de la sanidad pública 8

Study on psychosocial and mental health characteristics in Spanish and immigrant people with gender incongruity treated in a Gender Identity Unit of public Health

*F. Hurtado-Murillo, ML. Galán-Meléndez, M. Gómez-Balaguer
C. Morillas-Ariño*

La implementación de la Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias del Programa Forma Joven en la ciudad de Granada, según las opiniones del personal docente y sanitario involucrado 24

The implementation of the Comprehensive Sexual Education program inside the Forma Joven Strategy in Granada, based on the opinions of the healthcare and Education professionals involved

P. Palenzuela Carrasco, MD. Cano-Caballero Gálvez, AR. Jurado López

Empatía y conflictos de roles de género en practicantes BDSM 38

Emphaty and gender role conflicts in BDSM practitioners

JA. Boglione Coppié, E. Verche

¿Tiene una incidencia real la actividad formativa en relación a los conocimientos y actitudes hacia la masturbación de personas con discapacidad intelectual? 47

Does the training activity have a real impact in relation to the knowledge and attitudes towards masturbations on people with intellectual disabilities?

J. Fernández Suriñach

La disfunción sexual femenina antes, durante el embarazo y después del parto	57
Female sexual dysfunction before and during pregnancy, and after childbirth	
<i>L. Polanco Reyes, DA. Escobedo Baquedano, T. Canto Cetina, M. Ballote Zapata, D. Pinto Escalante, MG. García Escalante</i>	
¿Cómo cambia tu sexualidad tras la prostatectomía radical?	66
How does your sexuality change after radical prostatectomy?	
<i>MB. Sánchez Alcántara, A. Mellado Castillero, AR. Jurado López C. San Martín Blanco, R. Prieto Castro, FJ. Anglada Juirado</i>	
Agenda / Events	77
Normas de publicación / Authors guidelines	78
Boletín de suscripción / Subscription form	108

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 Arasanaz 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)

La cultura patriarcal, las violencias estructurales y la sexualidad

Patriarchal culture, structural violence and sexuality.

Hurtado-Murillo F.

1. Psicólogo Clínico-Sexólogo. Unidad de Identidad de Género Valencia Doctor Peset. Centro de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente San Luis”, Departamento Valencia Doctor Peset.

Correspondencia

Felipe Hurtado Murillo
Centro de Salud “Fuente San Luis”
Calle Arabista Ambrosio Huici, 30
46013-Valencia
Correo electrónico: felipehurtadomurillo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En nuestra cultura patriarcal y desde hace muchos siglos, al hombre se le ha adjudicado una autoridad incuestionable sobre la mujer y además de ejercer un dominio ilimitado, el hombre se ha sentido hasta hace poco con derecho a la obediencia, a la lealtad y al respeto incondicional.

Sólidos principios culturales, costumbres sociales y normas religiosas han defendido e inculcado tradicionalmente la subyugación casi absoluta de la mujer al hombre.

Esta socialización de género favorece la posición de poder en la que los hombres son educados y la interiorización de un modelo de relación con las mujeres, tanto en el ámbito público como privado, basado en el control y el dominio sobre la mujer. A esto se añade que la mujer por su parte es educada para la posición de dependencia y subordinación.

El hombre maltratador tiene fuertemente interiorizados los valores tradicionales de la superioridad masculina y utiliza la violencia como un comportamiento que le resulta eficaz para dominar e infundir miedo. La violencia es una estrategia para perpetuar la desigualdad y la diferente posición que el reparto de roles ha dado al género masculino

y al género femenino, otorgando al primero la posibilidad de controlar a la mujer por métodos diversos, entre ellos, la violencia que llega, en muchos casos, a ser un intento desesperado por recuperar la supremacía perdida en el único ámbito donde puede ejercer el poder con impunidad.

El maltratador está convencido de que la mujer le pertenece en exclusividad y, en consecuencia, puede hacer con ella lo que quiera.

La Violencia sexual es sufrida por muchas mujeres tanto dentro como fuera del entorno afectivo y es una de las expresiones de la violencia de género más extendidas.

Según datos de la OMS, seis de cada diez mujeres, sufren algún tipo de agresión, violación, acoso, coerción o abuso sexual a lo largo de la vida.

Dentro de las relaciones de pareja, la violencia sexual se produce cuando se fuerza a la mujer a mantener relaciones sexuales contra su voluntad, cuando se ve obligada a consentir para evitar males mayores (por ejemplo; una paliza, que pegue a los/as hijos/as como venganza, etc.) o cuando se le imponen conductas sexuales humillantes para su dignidad.

Fuera del entorno relacional las mujeres están especialmente expuestas al abuso, explotación y comercio sexual por su género, aunque también los varones-especialmente los menores- sufren de forma muy habitual la violencia sexual en sus distintas formas.

En las sociedades patriarcales, que siguen caracterizando a las sociedades del siglo XXI, los hombres continúan beneficiándose de los privilegios de un sistema que se mantienen a costa del sometimiento de las mujeres a través de la utilización de su cuerpo y de su sexualidad. De modo que son las mujeres las víctimas mayoritarias por ser la violencia sexual una expresión del ejercicio del poder patriarcal que vincula masculinidad con agresión y dominio sexual (Segato, 2003). La violencia sexual, por tanto, debe ser entendida como una forma de violencia de género que afecta a todas las mujeres de todas las clases sociales, niveles educativos, etnias y religiones (Igareda y Bodelón, 2014), y representa una “pandemia en la sombra” que se está viendo agravado dramáticamente durante la emergencia sanitaria provocada por la covid-19 (Mlambo-Ngcuka, 2021).

Los **abusos sexuales a menores** representan una de las formas más habituales de violencia sexual, con una prevalencia que oscila entre el 20-25%, lo que supone que 1 de cada cuatro niñas y 1 de cada 5 niños han sufrido alguna forma de violencia sexual de forma puntual o continuada.

La globalización, el uso de Internet y el aumento del poder de los medios de comunicación, las migraciones y los fenómenos de “trata” o explotación internacional de mujeres, etc., han “roto” en la última década el mercado, haciendo una oferta amplísima, pública y variada de todo tipo de venta de actividad sexual.

Otro indicador indirecto de la prostitución infantil es el consumo de pornografía infantil. El uso de ésta, como es sabido, correlaciona con la probabilidad mayor de cometer abusos sexuales y recurrir a la prostitución infantil.

El matrimonio forzado o concertado es otra forma de maltrato sexual y tiene lugar cuando una de las partes es forzada, no consiente o, por ser menor de edad, no le

concedemos la capacidad legal de consentir. Normalmente es el resultado de un pacto entre familias o de un adulto con la familia de la niña. De hecho, estos matrimonios suelen tener motivaciones económicas bien porque los padres de la niña reciben dinero u otros bienes, en este caso puede incluso tratarse de una compraventa, como se hace con los animales, o bien porque los padres de la niña tienen que pagar una dote menor que cuando su hija se hace mayor.

La niña pasa, al ser entregada como propiedad de la familia y/o del varón, a ser tratada como esclava.

Otros tipos de violencia sexual como las **mutilaciones genitales** que sufren las niñas en muchos países del mundo, al menos 200 millones de mujeres y niñas ha sufrido MGF/C, tres millones de niñas están en riesgo cada año, generalmente por debajo de los 15 años de edad, lo que se traduce en que 30 millones de mujeres y niñas son vulnerables a cualquier forma de mutilación en la próxima década (Ahmed et al, 2017; Esho et al, 2017; Baillot, Murray, Connelly y Howard, 2018; Mishori, Warren y Reingold, 2018).

La mutilación genital femenina/corte genital femenino (MGF/C) forma parte de un extenso grupo de costumbres perjudiciales para la salud de las mujeres, que se fundamentan en una construcción social de las mujeres como objeto de sumisión ante los estándares culturales androcéntricos de los que debe ser una mujer (Jiménez-Ruiz, Almansa-Martínez y Pastor Bravo, 2016) y que se concretan en la aceptación social de su grupo, la salvaguarda de la virginidad antes del matrimonio y la promoción de la posibilidad de casarse, un rito para el paso a la adultez y la continuidad de la tradición de su grupo étnico.

Las experiencias de **acoso sexual** derivadas de los comentarios que las mujeres reciben sobre su apariencia o cuerpo sexuado se pueden producir en diferentes contextos y por diferentes emisores. Los que se producen en el espacio laboral/educativo ejecutado por un jefe/docente y/o colega/compañero (sexual harassment); los que las mujeres reciben en las calles o espacios públicos, soportando de

desconocidos comentarios o “piropos” no solicitados sobre su cuerpo/apariencia/vestuario (street harassment); y, finalmente la objetivización dentro del espacio de las relaciones románticas (intimate partner objectification) (Lameiras, Fiske, González y López, 2018), recibida de parejas o potenciales parejas, todavía está muy poco estudiada y reconocida.

BIBLIOGRAFÍA

Ahmed, M.R., Shaaban, M.M., Meky, H.K., Amin Arafa, M.E., Mohamed, Y.Y., Gharib, W.F., y Ahmed, A.B. (2017). Psychological impact of female genital mutilation among adolescent Egyptian girls: a cross-sectional study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(4), 280-285. Doi: 10.1080/13625187.2017.1355454.

Baillet, H., Murray, N., Connelly, E., y Howard, N. (2018). Addressing female genital mutilation in Europe: a scoping review of approaches to participation, prevention, protection, and provision of services. *International Journal for Equity in Health*, 17, 21. Doi: 10.1186/s12938-017-0713-9.

Esho, T., Kimani, S., Nyamongo, I., Kimani, V., Muniu, S., Kigundu, C., Ndavi, P., y Guyo, J. (2017). The ‘heat’ goes away: sexual disorders of married women with

female genital mutilation/cutting in Kenya. *Reproductive Health*, 14, 164. Doi: 10.1186/s12978-017-0433-z.

Igareda, N., & Bodelón, E. (2014). Las violencias sexuales en las universidades: cuando lo que no se denuncia no existe. *Revista Española de Investigación Criminológica: REIC*, (12), 1-27.

Jiménez-Ruiz, I., Almansa Martínez, P., y Pastor Bravo, M.M. (2016). Percepciones de los hombres sobre las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina. *Gaceta Sanitaria*, 30(4), 258-264.

Lameiras-Fernández, M., Fiske, S. T., Fernández, A. G., & Lopez, J. F. (2018). Objectifying women’s bodies is acceptable from an intimate perpetrator, at least for female sexists. *Sex roles*, 79(3), 190-205.

Mishori, R., Warren, N., y Reingold, R. (2018). Female Genital Mutilation or Cutting. *American Family Physician*, 97(1), 49-52.

Mlambo-Ngcuka, P. (2021). *Violencia contra las mujeres: la pandemia en la sombra*. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic>

Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Estudio sobre características psicosociales y de salud mental en personas con incogruencia de género españolas e inmigrantes atendidas en una Unidad de Identidad de Género de la sanidad pública.

Study on psychosocial and mental health characteristics in Spanish and immigrant people with gender incongruity treated in a Gender Identity Unit of public health.

Hurtado-Murillo F¹, Galán-Meléndez ML², Gómez-Balaguer M³, Morillas-Ariño C³.

1. Psicólogo Clínico-Sexólogo. Unidad de Identidad de Género Valencia Doctor Peset. Centro de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente San Luis”, Departamento Valencia Doctor Peset.

2. María Luisa Galán Meléndez, graduada en psicología, Máster Internacional en Migraciones por la Universidad de Valencia.

3. Médico especialista en Endocrinología y Nutrición. Unidad de Identidad de Género Valencia Doctor Peset. Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia.

Correspondencia

Felipe Hurtado Murillo
Centro de Salud “Fuente San Luis”
Calle Arabista Ambrosio Huici, 30
46013-Valencia
Correo electrónico: felipehurtadomurillo@gmail.com

Fecha de recepción: 19 de mayo de 2021. **Fecha de aceptación:** 1 de diciembre de 2021

Resumen

Objetivo: explorar la existencia de diferencias en la salud mental y el ajuste psicosocial en función de la nacionalidad de origen (autóctona o extranjera) entre mayores y menores de edad y según el género de identificación de las personas usuarias con incongruencia de género que habían solicitado demanda asistencial en la Unidad de Identidad de Género de Valencia “Doctor Peset” en el periodo de 2015 a 2019.

Metodología: se realizó un estudio transversal donde se compararon las puntuaciones registradas en el nivel de estrés, apoyo social, calidad de vida, depresión y autoestima en 292 historias clínicas de personas trans españolas y extranjeras atendidas en Unidad de Identidad de Género durante el periodo analizado, que cumplían criterios CIE 11 de incongruencia de género y criterios DSM 5 de disforia de género.

Resultados: los datos analizados reflejaron que solamente hubo diferencias debidas a la edad, siendo las personas con incongruencia de género mayores de edad quienes manifiestan mayor apoyo social y mayor autoestima junto con menor nivel de depresión, si bien el nivel de estrés se mostró superior al de las personas menores de edad.

Conclusiones: puede afirmarse que las personas con incongruencia de género que demanda asistencia en la Unidad de Identidad de Género, tienen un ajuste psicosocial y una salud mental similar independientemente de la nacionalidad de origen. Es preciso destacar la necesidad de

generar medidas que faciliten el acceso a la atención sanitaria a las personas inmigrantes con incongruencia de género, debido a que tienen barreras socio culturales e idiomáticas en algunos casos, que dificulta la atención sanitaria y generan una situación de mayor vulnerabilidad.

Palabras clave: incongruencia de género, migración, salud mental, ajuste psicosocial.

Abstract

Objective: to explore the existence of differences in mental health and psychosocial adjustment depending on the nationality of origin (native or foreign) between adults and minors and according to the gender of identification of the users with gender incongruity who had requested assistance demand in the Gender Identity Unit of Valencia "Doctor Peset" in the period from 2015 to 2019.

Methodology: a cross-sectional study was carried out comparing the scores registered in the level of stress, social support, quality of life, depression and self-esteem in 292 medical records of Spanish and foreign trans people treated in the Gender Identity Unit during the period analyzed. who met ICD 11 criteria for gender incongruity and DSM 5 criteria for gender dysphoria.

Results: the data analyzed reflected that there were only differences due to age, being the people with gender incongruity of legal age who showed greater social support and greater self-esteem along with a lower level of depression, although the level of stress was higher than that of the underage people.

Conclusions: it can be affirmed that people with gender incongruity who demand assistance in the Gender Identity Unit, have a similar psychosocial adjustment and mental health regardless of their nationality of origin. It is necessary to highlight the need to generate measures that facilitate access to health care for immigrants with gender incongruity, due to the fact that they have socio-cultural and language barriers in some cases, which makes health care difficult and creates a situation of greater vulnerability.

Keywords: gender incongruity, migration, mental health, psychosocial adjustment.

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

INTRODUCCIÓN

La comprensión del fenómeno migratorio ha estado profundamente guiada por valores tradicionales y patriarcales, destacando la importancia de la figura masculina en el proceso migratorio (Arango, 2003). Por su parte, los estudios migratorios que han considerado el género como variable de análisis han reproducido la lógica binaria, pensando a la persona migrante en términos de femenino y masculino (Pérez, 2019).

Son múltiples los factores por los que un individuo o un conjunto de ellos, llevaría a cabo un proceso migratorio. En el caso de las personas del colectivo LGBTIQ+ puede deberse a que gran parte de los países del mundo siguen vulnerando y negando los derechos de las personas por su orientación sexual, (gays, lesbianas y bisexuales), por

manifestar una identidad de género no normativa (personas con incongruencia de género) bien cuando se presenta una morfología sexual que no corresponde al binomio sexual macho / hembra (intersexuales). Estas personas van a tener en muchas ocasiones la necesidad de huir de su lugar de origen con motivo de la discriminación sufrida a nivel social, político y/o legislativo (Peña, 2020).

Dicho esto, las personas LGBTIQ+ que inician un proceso migratorio, independientemente del motivo por el que ha emprendido dicho proceso, se encuentra en una situación de vulnerabilidad, que puede intensificarse en la medida que entran en juego otros aspectos sociales como la etnia, la clase social o las prácticas religiosas (Ávila, 2019).

Actualmente, en la población general pero también entre las y los profesionales de la salud, se da cierta confusión conceptual cuando se trata de términos que tienen que ver con la sexualidad y la identidad de género. Lo que puede repercutir en la calidad de la atención sanitaria recibida por las personas con incongruencia de género (Rodríguez, García y Gras, 2018).

Las personas con incongruencia de género con o sin disforia de género, no tienen necesariamente que manifestar trastornos mentales asociados, pero con frecuencia estas personas presentan problemas psicosociales y de salud mental debidos principalmente a las dificultades para ser socialmente aceptadas (Olson, Forbes y Belzer, 2011; Cruz, 2014).

En el caso de adolescentes con incongruencia de género, la escuela como uno de los principales entornos socializadores, puede suponer un contexto desafiante para esta población. Estos/as estudiantes que se identifican como personas trans presentan un riesgo mayor de tener problemas con sus pares en la escuela, tales como sufrir acoso o agresiones físicas y verbales y más de la mitad tienen miedo a ser molestadas/os o agredidas/os en el entorno escolar. Al no ajustarse a las normas de género de la mayoría desde edades tempranas presentan un riesgo mayor de sufrir maltrato, existiendo una asociación positiva entre el grado de disconformidad con el género y la victimización sufrida en la escuela (Clark et al., 2014; Roberts, Rosario, Slopen, Calzo, Austin, 2013; Toomey, Ryan, Diaz, Card, Russel, 2013).

Las investigaciones centradas en el estudio de las necesidades y los riesgos en la salud mental en personas adolescentes y adultas con incongruencia de género han mostrado un mayor riesgo de padecer depresión, ansiedad e ideación suicida en la población transexual en comparación con la población cisgénero (Roberts et al., 2013; Reisner, 2015; Modrego et al., 2020).

En contextos donde no se llevan a cabo políticas públicas y de empleo que proteja a las personas con un género no normativo, expone a este colectivo a mayores dificultades a la hora de acceder a la atención

sanitaria especializada, generando una situación de invisibilidad estructural que hace que en muchas ocasiones se encuentren frente a profesionales de la atención sanitaria con un pobre conocimiento sobre las experiencias y problemas de salud frecuentemente asociados a las personas con incongruencia de género (Gonzales, y Henning-Smith, 2017).

Por consiguiente, las personas con incongruencia de género presentan, por el hecho de pertenecer a una minoría, un riesgo mayor de padecer problemas psicosociales y de salud mental como consecuencia del estigma y la discriminación social, pero si además son inmigrantes, la vulnerabilidad puede intensificarse debido a la discriminación múltiple por razón de su origen y situación socioeconómica.

OBJETIVO

El presente trabajo aborda el tema de la población con incongruencia de género tanto de origen extranjero como español que solicita demanda de tratamientos de afirmación de género en la Unidad de Identidad de Género (UIG) del departamento Valencia Doctor Peset. Para ello se profundiza en las características psicosociales y de salud mental de las personas usuarias de la UIG, comparando la situación presentada por las personas inmigrantes con la presentada en la población autóctona.

Atendiendo a dichos objetivos se establecieron tres hipótesis. La primera hipótesis sostenía que las personas trans autóctonas o extranjeras presentarían niveles de estrés y depresión más elevados y unas tasas más bajas de apoyo social, calidad de vida y autoestima.

Como segunda hipótesis se planteó que las personas trans menores de edad presentarían mejores niveles en las variables estudiadas al compararlas con las mayores de edad, independientemente del origen.

La tercera hipótesis postulaba que serían las personas usuarias trans que se identifican como pertenecientes al género masculino, quienes presentarían mejores niveles en las variables estudiadas respecto a las usuarias que se han identificado como femeninas

independientemente de la nacionalidad de origen.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio transversal en una cohorte de personas con incongruencia de género mayores de 18 años que solicitaban atención sanitaria y demandaban iniciar tratamiento hormonal de afirmación de género y también, a quienes ya habían iniciado el tratamiento hormonal y estaban en fase de seguimiento.

Los datos de la muestra se han recogido mediante muestreo consecutivo en la UIG del departamento sanitario Valencia Doctor Peset (Unidad de referencia en la sanidad pública para la provincia de Valencia).

Sujetos

Los casos analizados representan una muestra de personas con incongruencia de género adolescentes y adultas, que han sido atendidas en nuestra Unidad con enfoque multidisciplinar que garantiza la calidad y la seguridad de los tratamientos solicitados. La muestra estudiada fue seleccionada de forma consecutiva mediante la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia entre los años 2015 a 2019.

Los criterios de inclusión fueron cumplir los criterios diagnósticos de disforia de género descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-5 de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2014) y de incongruencia de género (personas trans* binarias y no binarias) de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE 11, 2018).

También se han utilizados los estándares de atención descritos por las pautas de la asociación mundial profesional para la salud de las personas transgénero (WPATH, 2011). Todas las personas que se incluyeron estaban en lista de espera para iniciar tratamiento de afirmación de género.

Se excluyeron a quienes tenían una edad menor a 18 años y a quienes se opusieron a participar.

Instrumento de medida

Se ha evaluado mediante cuestionarios validados el nivel de estrés en los últimos 12 meses y el apoyo social, la presencia o

ausencia de depresión, el nivel de autoestima y la calidad de vida.

Descripción de los instrumentos de medida utilizados:

Escala autoaplicada para la evaluación del Estrés-Apoyo Social (Departamento de Salud Mental de California, 1981; adaptación española de Conde y Franch, 1984). La escala consta de dos partes. En la primera se explora el nivel de estrés en los últimos doce meses en las áreas familiar (6 ítems), económico-laboral (4 ítems) y personal (9 ítems). Los puntos de corte propuestos por niveles de estrés son: Bajo (menos de 10 puntos), Moderado (de 10 a 15) y Alto (16 o más).

En la segunda parte se explora el nivel de apoyo social del sujeto, relacionándolo con el nivel de frecuencia y calidad de sus relaciones afectivas y sociales. Consta de cinco ítems con cuatro alternativas de respuesta cada uno. Los puntos de corte por niveles son: Bajo (menos de 15 puntos), Moderado (de 15 a 29) y Alto (30 o más) (Conde y Franch, 1984).

Inventario para la Depresión de Beck BDI (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Se ha empleado la versión del BDI publicada en 1978, cuyo formato consta de 21 ítems destinados a medir la intensidad de los síntomas depresivos. Este instrumento ha sido diseñado para identificar sujetos depresivos subclínicos (no hospitalizados) en estudios de psicopatología experimental (Sanz y Vázquez, 1998). El BDI cuenta con una elevada fiabilidad en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83), y de estabilidad temporal (las correlaciones oscilaron entre 0,60 y 0,72). Este inventario ofrece puntuaciones normativas puesto que no se encontraron diferencias debidas al sexo o entre grupos de edad, respecto a la puntuación total (Sanz y Vázquez, 1998). El punto de corte más frecuentemente empleado para discriminar entre sujetos deprimidos y no deprimidos es 18.

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 2015. *Society and the adolescent self-image*. Princeton university press). Se trata de un instrumento de autoinforme

diseñado para medir el grado de satisfacción de una persona respecto a sí misma. Está compuesta por 10 ítems de los que puede obtenerse una puntuación mínima de 10 puntos y una máxima de 40. Para controlar la variable aquiescencia (la tendencia a responder de manera afirmativa a los ítems, independientemente de su contenido), la mitad de los ítems se presentan de forma afirmativa y la otra mitad negativa.

Índice de Calidad de Vida ICV (*versión española, de Mezzich et al., 2000*). El ICV es un instrumento diseñado para evaluar las áreas de bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social y emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global a través de 10 ítems, los cuales se responden empleando una escala de diferencial semántico de 10 puntos donde 1 es pésimo y 10 excelente. De los 10 ítems los 5 primeros se enuncian positivamente, es decir, a mayor puntuación indica mayor grado de autoestima, mientras que los otros 5 ítems están enunciados de manera negativa, por lo que a mayor puntuación en el ítem menor es el grado de autoestima (Vázquez-Morejón, Jiménez y Vázquez, 2004). La puntuación total de la escala se obtiene de realizar el promedio de la puntuación total (Robles, et al., 2010).

Procedimiento

Los datos han sido recogidos de las historias clínicas de la Unidad de Identidad de Género “Valencia Doctor Peset”.

Este proceso se ha llevado a cabo a lo largo de un mes, donde la información relevante para nuestro estudio ha sido trasladada manualmente a una tabla empleando el programa informático EXCEL, para su organización y posterior análisis estadístico.

La información que se recogido en las historias ha sido: la edad, el sexo asignado al nacimiento, la identidad de género de identificación, el seguimiento en la transición médica y la persistencia de la identidad de género, así como las puntuaciones en el nivel

de estrés, el apoyo social, la calidad de vida, la depresión y la autoestima.

Consideraciones éticas

Todos los sujetos que vinieron a la Unidad y aceptaron participar en el estudio firmaron el consentimiento informado para que sus datos de historia clínica y de evaluación clínica pudieran ser utilizados para estudios de investigación.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajusta a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y a al Reglamento (UE) 2016/679 de Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos.

La investigación ha sido aprobada por el Comité de Ética de nuestro hospital y se han seguido los principios de la declaración de Helsinki cumpliendo con los criterios de ética y buenas prácticas en salud.

Análisis de datos

Para determinar la prevalencia de las diversas variables analizadas fueron utilizados los estadísticos descriptivos, transformando las puntuaciones directas en porcentajes. Para la variable edad se ha utilizado la media estadística, la edad mínima y la edad máxima.

Con el objetivo de conocer si existían diferencias entre en los grupos en función de la nacionalidad de origen en las variables medidas, se quiso utilizar la prueba t de Student, para muestras independientes. Antes de ello, se procedió a comprobar si se cumplían los supuestos de normalidad, mediante la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov – Smirnov para una muestra y el de homocedasticidad, mediante la prueba de Levene.

Al analizar supuesto de normalidad, se ha obtenido que la distribución muestral de los datos en las distintas variables difiere de la distribución normal ($p < ,05$). Así mismo, el resultado de la prueba de Levene indicó que el supuesto de homocedasticidad no se cumplía.

Tras comprobar que los supuestos no se cumplían en la muestra, se procedió a realizar

la prueba no paramétrica U de Mann – Whitney para determinar si existían diferencias significativas entre los resultados obtenidos en el grupo de sujetos con incongruencia de género de origen español y de origen extranjero con respecto a las variables estrés, nivel de apoyo social, calidad de vida, depresión y autoestima. Los análisis estadísticos se han realizado con el programa estadístico SPSS 22.0.

RESULTADOS

La muestra comprende 312 personas atendidas en la UIG Valencia Doctor Peset. La edad de la muestra estaba comprendida entre los 18 y los 53 años ($M= 20,5$; $DT= 7,5$). En el caso de las personas trans autóctonas la edad media fue de 20,4 años ($DT= 7,5$), con una edad mínima de 18 años y máxima de 53. En la muestra alóctona se obtuvo una edad media de 22,7 años ($DT= 6,9$) siendo la edad mínima de 18 años y máxima de 41.

Los datos de las variables biográficas pueden ser observadas en la tabla 1.

Según la distribución por género sentido, 310 se identifican de forma binaria y 2 de forma no binaria. Respecto a las personas trans binarias, 111 (35,6%) se identifican como mujeres trans, 98 (88,3%) españolas y 13 (11,7%) extranjeras; 199 (63,8%) se identifican como hombres trans, 192 (96,4%) españoles y 7 (3,6%) extranjeros.

Entre los sujetos de la muestra española, el número de hombres trans (65,8%) es el doble que el número de mujeres trans (33,6%), sin embargo, para el caso de la muestra extranjera se invierte esta condición, siendo el número de mujeres trans (65%) el doble al de los hombres (35%).

Por grupos de edad, 136 (43,6%) eran menores de 18 años, 133 (97,8%) de nacionalidad española y 3 (2,2%) de nacionalidad extranjera. En cuanto a las personas mayores de 18 años, fueron 176 (56,4%), 159 (90,3%) españolas frente a 17 (9,7%) extranjeras.

Respecto a la distribución de la edad puede decirse que, en la muestra de origen español, la proporción de trans menores de edad, es similar al número de trans mayores de edad, por lo que en ambos casos la

proporción se acerca al 50% de los sujetos. En la muestra alóctona, sin embargo, la proporción de personas trans mayores de edad es 5,6 veces superior a las menores de edad.

Los datos de nacionalidad según el origen de la muestra pueden verse en la tabla 2. El número de sujetos transexuales de la muestra española es 14,6 veces superior al de la muestra de origen extranjero. El 70% de la muestra de origen extranjero procede de Sudamérica, el 30% de Europa.

En la tabla 3 se pueden observar los datos referentes a las variables psicosociales según el origen.

Los datos de niveles de estrés muestran que el 69,5% de la muestra de usuarias y usuarios trans de origen español presenta niveles de estrés bajo, el 18,8% estrés medio y el 11,6% presenta niveles de estrés elevado. En el caso de la muestra de origen extranjero el 60% de los casos presenta un nivel bajo de estrés, un 35% un nivel moderado y el 5% un nivel de estrés elevado. De manera coherente a lo que muestran los porcentajes, puede decirse que, aunque hay diferencias entre los grupos, éstas no han sido significativas en función del origen de las personas trans ($p=.557$).

Respecto a los datos del apoyo social, la mitad de las personas trans tanto de origen español (56%) como de origen extranjero (50%) han presentado un nivel de apoyo social bajo, el 40.8% de la muestra trans española y el 45% de la muestra de origen extranjero han presentado niveles de estrés moderado, representando una minoría de la muestra de origen español (2,7%) y de origen extranjero (5%) las que han presentado niveles elevados de apoyo social. Por consiguiente, tras el análisis de las varianzas en ambas muestras, puede afirmarse que no se han encontrado diferencias significativas en el nivel de apoyo social en función de la nacionalidad de origen ($p=.529$).

Los datos de la calidad de vida muestran que la media obtenida en los índices de calidad de vida en ambas muestras fue de 5,67 para el caso de la muestra de origen español y 6.26 para la muestra de origen extranjero. Teniendo en cuenta que la

puntuación media que puede obtenerse oscila entre 1 y 10 puntos, puede considerarse que en ambos casos la percepción sobre la calidad de vida es regular y que no existen diferencias significativas en los índices de calidad de vida según el origen de la muestra ($p=.325$).

En lo referente a los datos de depresión, el resultado mostró que el 81,8% de la muestra de origen español no presentaba síntomas de depresión frente a un 18% que sí manifestaba. En la muestra de personas trans de origen extranjero, el 85% no presentaban síntomas de depresión frente al 15% que sí presentaban síntomas depresivos. Tras analizar las diferencias en las puntuaciones de la depresión entre ambas muestras no aparecieron diferencias significativas en los niveles de depresión mostrados por ambos grupos de sujetos ($p=.723$).

Finalmente, en autoestima al comparar los resultados obtenidos los datos muestran que el 61,3% de las personas trans de origen español presentaba un nivel de autoestima bajo frente al 50% de las personas trans de origen inmigrante. Como puede observarse mientras el 38,7% de la muestra de origen español presentaba una alta autoestima, para la muestra de origen extranjero representó el 50% de la muestra. Tampoco en esta variable existen diferencias significativas en los niveles de autoestima entre ambos grupos ($p=.318$).

En la tabla 4 se pueden observar los datos referentes a las variables psicosociales según la edad.

Se ha obtenido diferencias significativas según la edad entre los grupos de mayores y menores de edad en la variable estrés ($U = 7313,5$; $Z = -3,662$; $p < .01$), apoyo social ($U = 7877$; $Z = -2,770$; $p = .006$), depresión ($U = 6809,5$; $Z = -2,589$; $p = .010$) y autoestima ($U = 8800,5$; $Z = -2,349$; $p = .019$).

Por variables con diferencias significativas, en el nivel de estrés hay un mayor porcentaje con el nivel bajo en el grupo de menores de edad que en el grupo de mayores de edad (76,5% frente a 62,7%), en cambio el grupo de mayores de edad supera en frecuencia al de menores de edad tanto en el nivel moderado como en el alto (37,3% en

mayores frente al 23,5% en menores en la suma conjunta de ambos niveles) estableciéndose de este modo diferencias estadísticamente significativas.

En el apoyo social sucede de modo similar a lo explicado para la variable estrés, que el grupo de menores de edad tiene una frecuencia mayor de nivel bajo (64% frente a 49,7%), pero tanto en el nivel moderado como en el nivel alto el grupo de mayores de edad supera en porcentaje al grupo de menor edad (50,3% el grupo de mayores frente a 36% el grupo de menores en la suma conjunta de ambos niveles), estableciéndose de este modo diferencias estadísticamente significativas.

En la medida de la depresión hay diferencias significativas con un mayor porcentaje de menores de edad con síntomas emocionales característicos que de mayores de edad (22,1% frente a 15,3% respectivamente) y, finalmente, en la autoestima los resultados van en la misma línea con un mayor porcentaje de menores de edad con autoestima baja (66,2% menores y 55,9% mayores), reproduciendo diferencias significativas.

Contrariamente a lo que ocurre con la edad, no se han encontrado diferencias significativas en base al género de identificación tras haber comparado las muestras de origen de origen español y de origen extranjero en las diferentes variables psicosociales, así como tampoco se han hallado diferencias entre los géneros de identificación dentro de cada grupo de origen.

DISCUSIÓN

El propósito de la presente investigación ha sido averiguar si las personas trans de origen extranjero procedentes en su mayoría de lugares con una legislación y política que no protegen a las personas con identidades trans, donde la asistencia sanitaria pública a la hora de recibir los tratamientos para la afirmación de género no están garantizadas y que, a consecuencia de esta discriminación estructural, sufren altas tasas de estigmatización social, presentarían por ello diferencias en las tasas de estrés, apoyo

social, calidad de vida, estado de ánimo y autoestima respecto a las personas trans de origen español. Además, se ha querido conocer si existen diferencias en las variables psicosociales y de salud mental analizadas en función de la edad y el género de identificación de la usuaria o usuario en ambos grupos de origen.

Atendiendo a dichos objetivos se establecieron tres hipótesis. La primera hipótesis sostenía que las personas trans alóctonas o extranjeras presentarían niveles de estrés y depresión más elevados y unas tasas más bajas de apoyo social, calidad de vida y autoestima.

Como segunda hipótesis se planteó que las personas trans menores de edad presentan mejores niveles en las variables estudiadas al compararlas con las mayores de edad, independientemente del origen.

La tercera hipótesis postulaba que serían las personas usuarias trans que se identifican como pertenecientes al género masculino, quienes presentarían mejores niveles en las variables estudiadas respecto a las usuarias que se han identificado como femeninas independientemente de la nacionalidad de origen.

Tras realizar el análisis de los resultados no se ha podido corroborar la existencia de diferencias en los niveles de salud mental y ajuste psicosocial según el origen de la persona trans como se planteaba en la primera hipótesis.

La segunda hipótesis planteada se ha corroborado solo en parte. Esto es así, puesto que contrariamente a lo que se proponía, son las personas trans mayores de edad quienes presentan menores tasas de depresión y mayores tasas de apoyo social y autoestima. Sin embargo, la hipótesis sí se ha cumplido para el nivel de estrés, siendo la muestra de usuarias y usuarios menores de edad quienes mostraron niveles de estrés más bajos. En lo que respecta a la calidad de vida no se ha confirmado que existan diferencias entre los grupos de edad de nuestra muestra.

Este resultado podría explicarse desde la adaptación del modelo del Estrés de las Minorías de Meyer (2003) realizada por Hendricks y Testa (2012) para el caso de las

personas transgénero. Desde esta perspectiva, el estrés de las usuarias y usuarios mayores de edad podría explicarse debido a una mayor exposición a los prejuicios, la discriminación y la violencia, lo que generaría mayores expectativas de rechazo, ligados al ámbito social y laboral, así como sentimientos más intensos de transfobia internalizada. Esta diversificación de las fuentes de estrés sumado a los estresores generales puede implicar niveles mayores de estrés en comparación a los presentados por las usuarias y usuarios más jóvenes.

En la línea de los resultados obtenidos, se encuentra la investigación realizada por Cortes et al., (2019) donde se analizaba las diferencias entre el nivel de estrés minoritario, la resiliencia ante factores estresantes y el consumo de alcohol entre un grupo de veteranos menores de 50 años y otro de mayores de 50. Ambos grupos eran étnicamente diversos y todos los sujetos pertenecían al colectivo LGTB. Se halló entonces, que los veteranos mayores de 50 años consumían menos alcohol, presentaban niveles más bajos de estrés minoritario y una mayor resiliencia ante factores estresantes que pueden afectar a la salud mental.

Habría que destacar que, en la muestra de nuestra investigación, la población trans mayor de 50 años, tanto autóctona como alóctona se encuentran escasamente representada. Esto se debe a que las usuarias y usuarios de este grupo de edad han acudido con menor frecuencia a la Unidad de Identidad de Género para solicitar los tratamientos de afirmación de género. Por lo tanto, los resultados hallados en la muestra mayor de edad pueden no estar reflejando la realidad de las personas trans más mayores.

En consonancia con esta afirmación, merece la pena mencionar algunos aspectos contenidos en el informe publicado por la Federación de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), los cuales reflejan una realidad distinta a la encontrada en nuestro estudio para el caso de las personas trans mayores de edad.

La FELGTB encontró que el 30% de las personas trans mayores de 55 años presentaban depresión y ansiedad, triplicando

con ello los datos de la población general, así como un 39% afirmaba haber tenido pensamientos suicidas. Dicho informe expone que solo el 24% de las personas que realizaron la transición social entre los 31 y 50 en su ámbito laboral habían seguido siendo «visibles» tras cumplir los 50, con lo cual a partir de esa edad muchas personas intentaban «volver al armario». Además, un 40% de las personas LGBTIQ+ que han superado los 55 años vivían solas (Rtve, 2019).

Tampoco se ha podido corroborar que existan diferencias en la salud mental y ajuste psicosocial en nuestra muestra según el género de identificación como postulaba la tercera hipótesis.

Dicho lo anterior es destacable la similitud encontrada tras analizar los datos en función del origen y género de identificación. Esto podría ser explicado en base a distintas razones:

La edad media de las personas trans autóctonas y de las alóctonas rondan los 21 años, esto quiere decir que, en muchos casos las personas trans extranjeras llegaron a España siendo muy jóvenes, por lo que el desarrollo de su identidad de género seguramente haya tenido lugar en un contexto sociocultural similar en ambos grupos. Además, el hecho de que las personas trans alóctonas que asisten a la UIG estén en posesión de la tarjeta sanitaria, las sitúa en un nivel de igualdad de derechos respecto a las españolas a la hora de recibir asistencia especializada en identidad de género en la sanidad pública.

Este aspecto difiere en los casos de las personas trans inmigrantes con situación administrativa irregular, las cuales se hallan ante más dificultades para recibir los tratamientos de afirmación de género en la sanidad pública. La dificultad para poder realizar los cambios corporales que le permitan experimentar la identidad de género en la forma deseada va a suponer un obstáculo a la hora de mantener relaciones interpersonales y en el contexto laboral, por lo tanto, estas personas pueden llegar a poner en riesgo su salud cuando se someten a auto tratamientos hormonales o a cirugías al

margen de la sanidad pública (Monteros Obelar y Diz Casal, 2017).

La ausencia de diferencias halladas es compatible con otro estudio que se señala al hecho de acudir a la UIG para comenzar un tratamiento de afirmación de género como variable que influye en el bienestar de las personas transexuales (Rodríguez-Molina et al., 2014). Esta variable podría estar contribuyendo de manera independiente al origen y género de identificación.

Si analizamos las regiones de origen de las personas extranjeras residentes en la Comunidad Valenciana y España puede decirse que la mayor parte de las personas alóctonas proceden de la Unión Europea, Sudamérica, África, Asia y Centro América y Caribe en ese orden. Empero, las personas trans que han acudido a la UIG proceden mayoritariamente de Sudamérica, produciéndose una escasa o nula asistencia de personas originarias de África y Asia, a pesar de que una parte importante de la población inmigrante procede de estas regiones. Esto podría deberse a factores como el idioma, puesto que las personas inmigrantes cuya lengua materna es el castellano, podrían estar en una situación más favorable a la hora de comunicar sus necesidades a las/os profesionales de la salud, así como solicitar asistencia sanitaria por identidad de género.

Dicho esto, la escasa asistencia de personas procedentes de África y Asia podría estar indicando la existencia de vulnerabilidades específicas en estas comunidades de inmigrantes que impide que personas con una identidad de género no normativa acudan a consulta para abordar sus necesidades. Por lo tanto, podría pensarse que son estas personas las que cuentan con una situación más desfavorable por cuestión de etnia, idioma y/o costumbres, lo que puede provocar una mayor reticencia a la hora de solicitar atención sanitaria a la diversidad de género o bien el desconocimiento de estos recursos asistenciales. No obstante, esta cuestión necesita ser explorada en profundidad.

La literatura que versa sobre las disparidades entre personas trans debidas a la etnia, tal es el caso de una investigación

realizada en Estados Unidos por Nemoto, Bödeker y Iwamoto (2011), han hallado resultados que contrastan con los obtenidos en nuestra investigación. En el citado estudio se quiso determinar las diferencias en el apoyo social, la exposición a la violencia y la transfobia según la etnia y la asociación de estas variables con la depresión en mujeres transexuales ex-trabajadoras sexuales. Se obtuvo que la mitad de las participantes habían sido agredidas físicamente y el 38% había sido agredida sexualmente antes de cumplir la mayoría de edad. En el caso de las participantes blancas el 64% habían intentado suicidarse y más de la mitad de las participantes latinas y blancas estaban deprimidas. Además, fueron las participantes blancas y afroamericanas las que informaron con mayor frecuencia haber sufrido experiencias de transfobia. Así mismo se encontró que el apoyo social, la transfobia, la ideación suicida, el nivel de ingresos y de educación estaban asociados de manera independiente y significativa con el nivel de depresión presentado por las mujeres transexuales que habían ejercido la prostitución.

Otro estudio realizado en el contexto norteamericano, por Reisner, Bailey y Sevelius, 2014, halló que las mujeres transgénero contaban con unas tasas desproporcionadas de encarcelamiento, siendo las de etnia negra, nativo-americana y de etnia mixta las que mostraban en mayor medida antecedentes de encarcelamiento, así como eran más propensas a sufrir victimización y maltrato dentro del contexto penitenciario en comparación con las mujeres transexuales blancas.

Estos hallazgos señalan una realidad que no ha sido tenida en cuenta en nuestro estudio y es que, no solo la nacionalidad de origen, sino que otros aspectos como la etnia, la situación socioeconómica y el nivel educativo de la persona trans podrían estar influyendo en los resultados de nuestro estudio.

Por otra parte, debido a la importancia que han adquirido las redes sociales como herramientas para la información, comunicación y socialización, el impacto de

las redes en la vida diaria es un hecho que no puede obviarse en lo que respecta a las vivencias de las personas pertenecientes al colectivo LGBTIQ+. Este espacio virtual supone en muchas ocasiones un lugar más donde las personas de minorías sexuales y de género sienten el rechazo, sufren la discriminación y se encuentran en una situación de vulnerabilidad. Así lo confirma una encuesta realizada en Europa por el proyecto Speak Out donde el 70% de las personas LGTBI que habían participado, afirmó haber sufrido LGTBIfobia a través de las redes sociales.

Del mismo modo, la encuesta revela que, de las personas agredidas en estas plataformas, el 95% recibieron insultos, el 57% amenazas de violencia física, el 31% amenazas de muerte, el 29% de ver revelada su orientación sexual o identidad de género y el 27% de ser agredida sexualmente. Respecto a las personas agresoras el 54% resultaron ser desconocidas o anónimas para las víctimas.

Las consecuencias que provocaron estos ataques en las víctimas fueron enfado, tristeza, ansiedad y miedo en ese orden, generando en el 30% de los casos una disminución del uso de sus perfiles en redes sociales. Pocos fueron los casos que llegaron a denunciar a la policía (5%) y más de la mitad de las personas que denunciaron aseguraron no haber sido tomadas en serio. Es por ello fundamental, considerar las redes sociales como espacios que si bien pueden ser empleados como una herramienta de organización y apoyo entre las personas del colectivo LGBTIQ+, también pueden suponer una continuación del estigma, la discriminación, los abusos y la vulnerabilidad que sufren en la vida diaria offline.

Tras lo expuesto, cabe destacar la necesidad de aplicar la perspectiva interseccional como estrategia analítica a la hora de profundizar en las distintas experiencias y procesos de afirmación de la identidad que presentan las personas trans, ya que nos permite atender a la compleja realidad individual y social que está detrás de los datos recogidos en las historias clínicas. Esto tiene especial relevancia a la hora de

analizar los resultados que recogen las vivencias y procesos identitarios de las personas trans inmigrantes, puesto que las experiencias de vida marcadas por las discriminación y estigma estructural podrían estar intercediendo en el proceso de afirmación de la identidad y el ajuste social y emocional de las personas que asisten a consulta.

Limitaciones del estudio

La presente investigación ha profundizado sobre las características de las personas que acuden a la Unidad de Identidad de Género del departamento Valencia Doctor Peset, lo cual no quiere decir que los datos obtenidos sean extrapolables a todo el territorio español, puesto que las diferencias en la cartera de servicios de atención sanitaria a las personas con incongruencia de género y las características de la población migrante en cada comunidad podrían llevar a resultados diferentes de los hallados en esta investigación.

Aunque se ha tenido en cuenta a la hora de realizar la investigación el lugar de procedencia de las usuarias y usuarios trans, por motivos éticos, no se disponía de información sobre la etnia. Este hecho dificulta el poder conocer si pertenecer a una determinada etnia se asocia a unas experiencias de vida concretas, antes y durante el proceso de afirmación de género que pudiesen llevar a diferencias en los resultados de salud mental y ajuste psicosocial.

Este ha sido un estudio observacional, con lo cual no se puede demostrar la causalidad los resultados obtenidos.

Sugerencias para futuras investigaciones

En el presente estudio, nos hemos centrado en las migraciones internacionales por las diferencias en los contextos sociales, culturales y políticos de los países de procedencia de la muestra estudiada. Sería necesario profundizar sobre las causas que originan que personas procedentes de regiones como África y Asia soliciten en menor medida la atención sanitaria a la identidad de género no normativa

Además, habría que analizar si existen otros factores como el nivel educativo, el

estatus socioeconómico y la pertenecía a una determinada etnia, que pudiesen estar influyendo en la similitud de los resultados encontrados.

Finalmente, se recomienda de cara a futuras investigaciones la aportación de datos cualitativos que permitan profundizar en los hallazgos obtenidos en este estudio sobre la situación de las personas trans migrantes que van a iniciar un proceso de afirmación de género.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Arango, J. (2003). La explicación teórica de las migraciones: luz y sombra. *Migración y desarrollo*, (1). <https://www.redalyc.org/pdf/660/66000102.pdf>

Ávila Tàpies, R (2019, 4 – 6 de septiembre). *Fronteras, exclusiones y movilidades*. IX Congreso de Migraciones. Barcelona, España.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press. Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72710207>

Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>

Conde, V., & Franch, J.I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Laboratorios Upjohn. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7067027.pdf>

Cortes, J., Fletcher, T. L., Latini, D. M., & Kauth, M. R. (2019). Mental health differences between older and younger lesbian, gay, bisexual, and transgender veterans: Evidence of resilience. *Clinical gerontologist*, 42(2), 162-171. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1523264>

Cruz, D. B. (2014). Acknowledging the gender in anti-transgender discrimination. *Law & Ineq.*, 32, 257. <https://scholarship.law.umn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1196&context=lawineq>

Gonzales, G. & Henning – Smith, C. (2017). Barriers to care among transgender and gender nonconforming adults. *The Milbank Quarterly*, 95(4), 726-748. (2017). Barriers to care among transgender and gender nonconforming adults. *The Milbank Quarterly*, 95(4), 726-748. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12297>

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674. [10.1037/0033-2909.129.5.674](https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674)

Mezzich, J.E, Ruipérez, M.A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J., & Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality-of-Life Index: presentation and validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (5): 301-305.

Modrego Pardo, I., Hurtado Murillo, F., Gómez Balaguer, M., Sánchez Pérez, M.R., Salazar León, J.D., & Morillas Ariño C. (2020). Demanda, psicopatología, calidad de vida, autoestima y personalidad en personas transexuales adolescentes y adultas jóvenes atendidas en una Unidad de referencia en Identidad de Género en España. *Psicosomática y Psiquiatría*, 13:20-32.

Monteros Obelar, S., & Diz Casal, J. (2017). Migración y transexualidad: fronteras y tránsitos corporales y geográficos. *Anduli*.

Revista Andaluza de Ciencias Sociales, 16, 35-51. [10.12795/anduli.2017.i16.03](https://doi.org/10.12795/anduli.2017.i16.03)

Nemoto, T., Bödeker, B., & Iwamoto, M. (2011). Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. *American journal of public health*, 101(10), 1980-1988. [10.2105/AJPH.2010.197285](https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.197285)

Olson, J., Forbes, C., & Belzer, M. (2011). Management of the transgender adolescent. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165 (2), 171-176.

Organización Mundial de la Salud-OMS. (2018). ICD 2018. Disponible en <https://www.who.int/classifications/icd/en/>.

Peña Díaz, F. D. A., (2020). *Los derechos de los solicitantes de asilo LGBTIQ+ tras la Agenda Europea de Migración* [Tesis doctoral, Universidad de Málaga]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=282451>

Pérez Ripossio, R. N., (2019). Las migraciones travestis sudamericanas en el AMBA: discriminación de género y étnica desde una perspectiva interseccional. II Jornadas de Sociología/UNMDP. <https://fh.mdp.edu.ar/encuentros/index.php/jsoc/jsoc2019/paper/view/5226>

Reisner, S. L., Bailey, Z., & Sevelius, J. (2014). Racial/ethnic disparities in history of incarceration, experiences of victimization, and associated health indicators among transgender women in the US. *Women & health*, 54(8), 750-767. [10.1080/03630242.2014.932891](https://doi.org/10.1080/03630242.2014.932891)

Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 274-279. <http://www.jahonline.org/article/S1054139X14006934/fulltext>.

Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P., & Austin, S. B. (2013). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: An 11-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent*

Psychiatry, 52(2), 143-152.
[10.1016/j.jaac.2012.11.006](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.11.006)

Roberts, H., Fernando, K. A. & Jaleel, H. (2013). P3. 438 Challenges in Managing Transgender Individuals-Observations in a UK Sexual Health Clinic. *Sexually Transmitted Infections*, 89(Suppl 1), A285-A285.

<http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2013-051184.0888>

Robles, Y., Saavedra, E. J., Juan E. Mezzich, J. E., Sanes, Y., Padilla, M., & Mejía, O. (2010). Índice de calidad de vida: Validación en una muestra peruana. In *Anales de salud mental*, 26(2), 33-43.
https://www.researchgate.net/publication/333519989_Indice_de_Calidad_de_Vida--Validacion_en_una_Muestra_Peruana_2010

Rodríguez, A. J. S., García, M. E. A., & Gras, R. M. L. (2018). La Salud de adolescentes y adultos transgénero: revisión sistemática desde la perspectiva de género. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 50(1), 05-20.
<https://www.aidep.org/sites/default/files/2019-01/RIDEP50-Art1.pdf>

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.

Rtve (2019). *Las personas LGBTIQ+ mayores de 55 años sufren el triple de*

depresión y ansiedad. RTVE.es/AGENCIAS
<https://www.rtve.es/noticias/20191216/personas-LGBTIQ+-mayores-55-anos-sufren-triple-depresion-ansiedad/1993900.shtml>

The World Professional Association for Transgender Health (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, 7^a version.
http://www.wpath.org/publications_standards.cfm

Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2013). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: school victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology* Vol. 46(6), 1580–1589. [10.1037/a0020705](https://doi.org/10.1037/a0020705)

Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., & Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.
https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/14009/file_1.pdf?sequence=1

Tablas

Tabla 1. Frecuencia de las variables biográficas.

Variables	Origen					
	Español/a		Extranjero/a		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Identidad de género						
Mujer trans	98	(33,6)	13	(65)	111	(35,6)
Hombre trans	192	(65,8)	7	(35)	199	(63,8)
No binaria	2	(0,6)	0	(0)	2	(0,6)
Total	292	(100)	20	(100)	312	(100)
Edad						
< 18	133	(45,5)	3	(15)	136	(43,6)
≥ 18	159	(54,5)	17	(85)	176	(56,4)
Total	292	(100)	20	(100)	312	(100)

Tabla 2. Nacionalidad de origen de la muestra.

Origen	N	(%)
Española	292	(93,6)
Extranjera	20	(6,4)
Total, muestra	312	(100)
Argentina	1	(5)
Bolivia	1	(5)
Brasil	1	(5)
Gran Bretaña	1	(5)
Chile	1	(5)
Colombia	3	(15)
Ecuador	2	(10)
Unión Europea	1	(5)
Italia	3	(15)
Perú	4	(20)
Ucrania	1	(5)
Venezuela	1	(5)
Total, muestra extranjera	20	(100)

Tabla 3. Análisis de las variables psicosociales según el origen.

Análisis de las variables personales según el origen					
Variables	Origen				Sig.
	Español/a		Extranjero/a		
	N	(%)	N	(%)	
Estrés					
Bajo	203	(69,5)	12	(60)	
Moderado	55	(18,8)	7	(35)	
Alto	34	(11,6)	1	(5)	
U de M – W					,557
Apoyo Social					
Bajo	165	(56)	10	(50)	
Moderado	119	(40,8)	9	(45)	
Alto	8	(2,7)	1	(5)	
U de M – W					,529
Calidad de Vida	279		20		
Media	5,67		6,26		
U de M – W					,325
Depresión					
No	239	(81,8)	17	(85)	
Sí	53	(18,2)	3	(15)	
U de M – W					,723
Autoestima					
Baja	179	(61,3)	10	(50)	
Alta	113	(38,7)	10	(50)	
U de M – W					,318

Nota: U de M – W = U de Mann – Whitney

Tabla 4. Análisis de las variables por edad.

Variables	Edad				
	Menores		Mayores		Sig.
Estrés	N	(%)	N	(%)	
Bajo	104	(76,5)	111	(62,7)	
Moderado	21	(15,4)	42	(23,7)	
Alto	11	(8,1)	24	(13,6)	
U de M – W					,001*
Apoyo Social					
Bajo	87	(64)	88	(49,7)	
Moderado	46	(33,8)	83	(46,9)	
Alto	3	(2,2)	6	(3,4)	
U de M – W					,006*
Calidad de Vida	Media = 5.5		Media = 5.9		
U de M – W					,203
Depresión					
No	106	(77,9)	150	(84,7)	
Sí	30	(22,1)	27	(15,3)	
U de M – W					,010*
Autoestima					
Baja	90	(66,2)	99	(55,9)	
Alta	46	(33,8)	78	(44,1)	
U de M – W					,019*

*p < ,05

*p < ,05

La implementación de la Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias del Programa Forma Joven en la ciudad de Granada, según las opiniones del personal docente y sanitario involucrado.

Implementation of the Comprehensive Sexual Education program inside the Forma Joven Strategy in Granada, based on the opinions of the healthcare and education professionals involved.

Palenzuela Carrasco P¹, Cano-Caballero Gálvez MD^{1,2}, Jurado López AR¹.

1- Universidad de Granada, Granada.

2- IBS de Granada

Correspondencia

Pedro Palenzuela Carrasco
Calle Miguel Arredondo, 7, 1º A
28045 – Madrid. España
Dirección electrónica: pedropalenc@gmail.com

Fecha de recepción: 18 de octubre de 2021. **Fecha de aceptación:** 24 de noviembre de 2021

Resumen

En Andalucía, según las directrices del Ministerio de Sanidad para promover una sexualidad sana, se instauró el Programa Forma Joven (PFJ), que incluye la Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias (LISRI). **Objetivo:** Presentar los puntos fuertes y débiles, así como los aspectos de mejora de la implementación de la LISRI del PFJ en los Institutos de Granada capital, según el personal docente y sanitario implicado. **Metodología:** Análisis descriptivo con metodología cualitativa mediante análisis del discurso de entrevistas semiestructuradas realizadas dos a docentes y cuatro a personal sanitario referente del PFJ en Institutos de Educación Secundaria (IES) y Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Granada capital. Se realizó un análisis de contenido con apoyo del programa informático NVIVO-Nuevo. **Resultados:** Puntos fuertes: acercamiento del adolescente al personal sanitario, el uso de una metodología participativa en las intervenciones, y mejora de las habilidades profesionales del equipo formador. Puntos débiles: falta de sistematización en la implementación, ausencia de evaluación de resultados, y la nula adaptación de la carga laboral de las personas referentes del programa. Estrategias de mejora: establecer una formación reglada para las personas que implementan el programa, e iniciar las intervenciones en educación integral en sexualidad (EIS) con anterioridad, adaptando el contenido según la edad. **Conclusión:** La LISRI se ha demostrado como un programa útil en la promoción de la EIS, aunque es necesaria más implicación institucional para solucionar dificultades tales como la falta de sistematización y evaluación del programa, y un mayor apoyo a las personas que lo implementan.

Palabras clave: salud sexual, educación sexual, adolescente, desarrollo de programa,

implementación de plan de salud.

Abstract

In Andalucía, according to the Health Ministry and to promote sexual health, the “Programa Forma Joven” (PFJ) was established, including a CSE section called “Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias” (LISRI). **Objective:** to study the strengths, weaknesses, and improvement strategies in the implementation of the LISRI of the PFJ in the high schools of Granada city, according to the teachers and healthcare providers involved. **Methodology:** A descriptive analysis was conducted with qualitative methods, by analysing the speech in semi-structured interviews. Two teachers and four healthcare providers in charge of the PFJ in high schools and health care units in Granada were interviewed. A content analysis was conducted using NVIVO-Nuevo software. **Results:** Strengths: improvement of the relationship between adolescents and healthcare providers, the use of interactive dynamics during the interventions, and the improvement of professional skills of those conducting the interventions. Weaknesses: the lack of systematisation in the implementation of the program, the lack of evaluation of results, and the basal workload of those coordinating the program not being adjusted. Improvement strategies: establishing standardised training for the facilitators of the program, and the earlier start of the interventions in CSE, adapting the content to the age of the adolescents. **Conclusion:** The LISRI has been found to be useful in promoting CSE, although a stronger compromise on behalf of education and health institutions is needed to overcome difficulties such as the lack of systematisation and evaluation of the program, as well as more support to the people implementing it.

Keywords: sexual health, sex education, adolescent, program development, health plan implementation.

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

Información de interés: el artículo ha sido creado en base al Trabajo de Fin de Grado de Medicina de Pedro Palenzuela Carrasco.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y la sexualidad son ejes esenciales en el desarrollo de los seres humanos, las cuales engloban determinantes de la salud como el género y la educación. Sin embargo, vienen rechazadas de forma sistemática por ser vistas como temas tabú, que cuesta abordar en la vida pública, familiar y educativa (1).

La visión de la sexualidad desde el tabú afecta directamente a las personas adolescentes y al desarrollo de su sexualidad, dificultando la comunicación entre adolescentes, familias y entorno educativo (2) (3). Dicha comunicación se ha demostrado esencial para el desarrollo de una

sexualidad sana (4), y cuando ésta no es satisfactoria, las personas adolescentes recurren a fuentes de información menos fiables como: internet, pornografía, o amistades; fuentes no contrastadas o falsas, poco realistas, y no adaptadas a su edad (5).

Ante esta situación, la Educación Integral en Sexualidad (EIS) se ha demostrado como una herramienta esencial para promover la salud sexual y un desarrollo psicosocial íntegro en la persona. Las intervenciones estudiadas en EIS en los últimos años, han demostrado la validez y beneficios de ésta en la promoción de la salud, mejora de la calidad de vida de la juventud, y posteriormente en su vida adulta (6). Desde una perspectiva de la salud física: disminuye

los embarazos no deseados, la tasa de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), demora la iniciación de las relaciones sexuales, garantiza un mayor uso del preservativo, entre otras. Desde una perspectiva de salud mental y pública: influye positivamente en actitudes y una autoidentidad más equitativa en relación con el género, lo que resulta en una disminución de la violencia y discriminación en base al género, desarrollo de relaciones más fuertes y saludables, entre otras. Según la edición revisada del manual “Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia” del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), cabe destacar la mayor eficacia y efectos positivos de estas intervenciones cuando tienen un enfoque de género, y se complementan con elementos comunitarios como la distribución de preservativos e involucración de progenitores y docentes en las intervenciones (7).

En España, la promoción y garantía de los derechos sexuales, en especial de las personas jóvenes, se basa las recomendaciones específicas propuestas por el Ministerio de Sanidad (8), las cuáles proponen una intervención desde la Salud Pública, la Educación y la Atención Sanitaria, que garantice el acceso a una información veraz y actualizada en dispositivos de atención sanitaria y comunitaria donde se aborda la sexualidad saludable, prevención de ITS, anticoncepción, agresiones y abusos sexuales. El Ministerio insta a las Comunidades Autónomas a establecer medidas concretas y adaptadas a las características propias de cada región, haciendo hincapié en la accesibilidad y adaptación a la diversidad de la juventud.

Para responder a esta demanda en Andalucía, basado en la acción intersectorial de varias Consejerías de la Junta de Andalucía, instituciones públicas y agentes sociales, como Ayuntamientos y asociaciones de madres y padres, se creó el Programa Forma Joven (PFJ). Una estrategia de salud dirigida a promover entornos y conductas saludables entre la juventud. Dentro de éste

se promueve la EIS a la juventud mediante la Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias (LISRI) (9). Para la implementación de dichas intervenciones se cuenta con un manual redactado por la Junta de Andalucía que usa como base el manual internacional de la UNFPA sobre EIS (7).

El PFJ fue implementado por primera vez en el curso 2001-2002, con un crecimiento paulatino, llegando al 52% de los centros donde se imparte educación secundaria en Andalucía en 2011, siendo éste el primer año en que se realizó una evaluación del programa por parte de los profesionales sanitarios participantes (10). No constan posteriores evaluaciones promovidas desde los órganos que respaldan este programa.

El objetivo principal de este estudio es presentar los puntos fuertes y débiles, así como los aspectos y estrategias de mejora de la implementación de la Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias del Programa Forma Joven en los Institutos de Educación Secundaria de la ciudad de Granada, Andalucía, según la opinión del personal docente y sanitario implicado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: análisis descriptivo transversal con metodología cualitativa mediante análisis del discurso de entrevistas semiestructuradas.

Población: docentes y personal sanitario referente del PFJ en Institutos de Educación Secundaria (IES) y Unidades de Gestión Clínica (UGC) de la ciudad de Granada.

Criterio de inclusión: haber sido o ser actualmente referente del programa Forma Joven en una UGC o IES de Granada capital.

Criterios de exclusión: para IES ser privado o concertado, y para UGC no llevar a cabo la LISRI dentro del PFJ.

Elección de la muestra: se tomaron como muestra las 14 UGC y los 19 IES públicos que conforman el Distrito Sanitario y Educativo de Granada ciudad. Las personas participantes fueron elegidas por conveniencia, según criterios de inclusión y exclusión, y voluntariedad de participación, atendiendo a que toda la población era elegible.

Recogida de datos: el método elegido fue la entrevista semiestructurada, para la que se creó un guion basado en los contenidos de los manuales de referencia en la implementación de la LISRI y sus estrategias para la evaluación de programas de EIS (Tabla 2). Para acceder al personal sanitario y docente fue necesaria la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de la Universidad de Granada. Tras su aprobación, los contactos iniciales con los centros se realizaron mediante correo electrónico a los IES, a través de la Delegación de Educación, y a las UGC mediante llamada telefónica. Se pudo contactar con todas las UGC y cinco IES usando la técnica de la bola de nieve, mediante la cual personas ya contactadas nos facilitaron nuevos contactos. Finalmente, se consiguieron realizar cuatro entrevistas a personal sanitario y dos a personal docente. Durante las entrevistas, previo consentimiento de la persona entrevistada, se grabó el audio para facilitar su posterior transcripción literal y análisis.

Método de análisis de datos: para dar respuesta a los objetivos se usó la técnica cuantitativa de análisis de contenido, mediante la cual se analizó el discurso de las entrevistas, atendiendo a los ítems propuestos en relación a la implementación del PFJ y la LISRI, así como aquellos ítems emergentes que se revelaron en las entrevistas. Para la realización del análisis de datos se usó el software informático NVIVO Nuevo, al cual se importaron los documentos que contenían las transcripciones literales de las seis entrevistas. Las entrevistas se anonimizaron mediante un código para proteger la identidad de las personas entrevistadas y de sus centros, tras lo cual se inició el proceso de codificación y clasificación de la información contenida en las transcripciones. Cada entrevista fue considerada como una unidad de muestreo, asignando los segmentos de las entrevistas al código correspondiente, según el libro de códigos creado a priori, el cual se fue modificando según los códigos que surgían del discurso emergente. De esta forma se analizaron todas las unidades de muestreo varias veces, aplicando los nuevos códigos que iban surgiendo, hasta asegurar la

completa codificación de los textos. (Tabla 1).

RESULTADOS

Atendiendo al objetivo del estudio, los resultados se han estructurado en puntos fuertes, puntos débiles y estrategias de mejora de la implementación del PFJ, en concreto de la LISRI, según las entrevistas a las cuatro sanitarias y dos docentes referentes del programa, cuyas citas se encuentran en la tabla 3.

Los puntos fuertes son:

1. Que la LISRI, capacita al alumnado con conocimientos y herramientas para eliminar tabúes sobre sexualidad.
2. El uso de una metodología docente que fomenta la participación activa del alumnado, dejando espacio para preguntas e inquietudes, y la creación de un espacio seguro en el que el alumnado se sienta cómodo para expresarse.
3. La mejora de la relación entre profesionales docentes y sanitarios para resolver problemas del alumnado.
4. El incremento de la confianza de la juventud en el personal sanitario.
5. La mejora de capacidades profesionales del personal referente, en cuanto a que obliga a una formación constante y realizar tareas fuera de la rutina laboral.

Los puntos débiles son:

1. El declive en la implicación de las Consejerías que iniciaron el programa para facilitar su implementación y reconocimiento, la falta de relevancia que se le otorga al PFJ como programa de educación y prevención en salud por parte de las direcciones de IES y UGC del PFJ, y la falta de sistematización en su implementación.
2. La adaptación insuficiente de la carga laboral y ausencia de una formación reglada, por lo que el programa depende de la voluntad y el tiempo libre de cada referente.
3. La falta de continuidad en la coordinación del programa en los centros

por traslados, abandono y/o relevo nulo o insuficiente a la nueva persona referente.

4. La distribución desigual del número de IES entre las UGC, que atiende a criterios de proximidad en lugar de la carga laboral y recursos humanos del equipo formador.
5. La falta de continuidad, tiempo y número insuficiente de intervenciones, lo que deriva en la reducción del contenido de las formaciones y la dificultad para garantizar un espacio seguro para el alumnado.
6. Que algunas familias y parte del profesorado no perciben la educación afectivo-sexual como parte fundamental de los currículos educativos.

Las estrategias de mejora propuestas son:

1. Implicar a la administración general del PFJ para garantizar la formación del personal referente del PFJ, usando métodos atractivos y adaptados su carga laboral, que faciliten su implicación y alimenten su motivación.
2. Designar a un equipo encargado del PFJ que se dedique principalmente a implementar y evaluar el programa, y no como complemento a su carga laboral basal. Incluyendo en este equipo a personal sanitario joven para facilitar la conexión con el alumnado.
3. Establecer una ratio de personal sanitario referente del PFJ e IES asignados, que garantice una distribución equitativa de la carga de trabajo.
4. Comenzar con anterioridad las formaciones en sexualidad y relaciones igualitarias, y la importancia de adaptar los contenidos de las formaciones a la edad del alumnado.
5. Incluir a las familias en las intervenciones del PFJ y/o en talleres específicos.

DISCUSIÓN

La escasa literatura sobre el Programa Forma Joven y su evaluación señala a que es efectivo en su intención de servir como

programa de prevención y educación en salud a la juventud, siendo la LISRI la más exitosa en relación a sus objetivos como programa de educación afectivo-sexual (11)(12)(13). Sin embargo, los resultados de este trabajo nos muestran que la eficacia del PFJ depende de muchos factores que influyen en su implementación y la pueden condicionar negativamente. Esto nos lleva a considerarlo como un programa eficaz en su planteamiento teórico, pero cuya eficacia en la práctica se ve mermada por factores negativos y dificultades en la implementación, que podrían llegar a ser solucionados, como expresan las personas entrevistadas.

El principal factor que influye en la implementación del programa, señalado tanto por este estudio como por el de Serrano y col en 2012 (14), es la falta de sistematización en la implementación, de la mano de la escasa relevancia que se le otorga al programa por parte de la directiva de institutos, UGC y la propia administración general del programa, que no facilitan la labor de las personas que lo coordinan. Esto puede ser la causa subyacente tanto de los puntos débiles resaltados en las entrevistas, como de los puntos débiles que surgen de la puesta en comparación con la literatura, tal y como son la falta de una evaluación reglada en los centros donde se implementa, que contemple la implementación y la repercusión sobre el alumnado; y la desactualización de los contenidos teóricos del manual de la LISRI cuya última versión es del 2010.

Las limitaciones principales del estudio han derivado principalmente de la pandemia por SARS-CoV2. Suponiendo una mayor dificultad para contactar con los centros y una discontinuidad en la implementación del programa, lo que resultó en un menor número de entrevistas del esperado. Complicando de esta manera llegar a una saturación de los datos, que sumado a la demografía y localización tan específicas hacen difícil la extrapolación de los resultados al resto del programa en Andalucía. Sin embargo, con el fin de garantizar la precisión del análisis de los datos, se ha usado el método de triangulación, mediante el cual se maximizan

las fuentes de información y se comparan entre ellas. En este caso la información viene desde la perspectiva del personal sanitario, la del personal docente, y de la información extraída de la página oficial del Forma Joven. Nos hubiese gustado poder comparar la implementación del programa con otros puntos de Andalucía y en áreas con características demográficas diferentes, como en áreas rurales. Pero en la literatura existen pocos estudios sobre la evaluación del PFJ, y solo una referencia que hable de la implementación del programa, una tesis doctoral sobre el PFJ enmarcada en el cuarto curso de educación secundaria de la ciudad de Sevilla (15).

Buscando otros programas de EIS en España con los que poder comparar los resultados de este estudio, se encontró el estudio sobre el programa asturiano de EIS “Ni ogros ni princesas”, dentro del cual hay una parte de los resultados basada en entrevistas a grupos focales en la que se extrajeron una serie de propuestas de mejora del programa. Estas propuestas quieren dar solución a las dificultades encontradas en la implementación, coincidiendo en gran parte estas dificultades con las presentadas en este estudio. Se destacan la falta de tiempo para la EIS, la sobrecarga laboral de las personas que implementan el programa, y la falta de apoyo institucional al programa (16).

De cara al futuro, sería necesario seguir líneas de investigación que indaguen en la implementación del programa, así como su correlación con la eficacia y su impacto en el alumnado, en concordancia a otros estudios sobre el PFJ (14). También cabe destacar la necesidad de más líneas de estudio orientadas a los contenidos de las intervenciones en educación afectivo-sexual del PFJ, motivado por la dificultad a la hora de explorar en profundidad los contenidos de las intervenciones en sexualidad y relaciones igualitarias durante las entrevistas realizadas en este estudio, y por la revisión bibliográfica en la que se demuestra una gran preocupación por el contenido de dichas intervenciones y los efectos que los contenidos explícitos, ocultos y ausentes en relación a diversidad sexual y otras temáticas

dentro de la educación afectivo-sexual puedan tener sobre la juventud (17)(18)(19).

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS/OMS. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2019. p. 657. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
2. Morales-Castillo M. Parental beliefs in the parenting process and their relations with adolescent behavior. *Psicol USP*. 6 de julio de 2020;31.
3. González Cano-Caballero M. Información y confianza sobre el uso de las vacunas. El caso del virus del papiloma humano. [Sevilla]: Universidad de Sevilla; 2018.
4. Rueda Aguilar EF. Ajuste psicosocial en la adolescencia: especial atención a las diferencias de género. En: Molero Jurado M del M, Martos Martínez Ä, Barragán Martín AB, Simón Márquez M del M, Sisto M, Del Pino Salvador RM, et al., editores. *Variables psicológicas y educativas para la intervención en el ámbito escolar: nuevas realidades de análisis*. Madrid: Dykinson; 2020. p. 89-102.
5. Liang M, Simelane S, Fortuny Fillo G, Chalasani S, Wenk K, Salazar Canelos P, et al. The State of Adolescent Sexual and Reproductive Health. *J Adolesc Heal*. 1 de diciembre de 2019;65(6):S3-15.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. En: Reunión de Consulta convocada por: Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS) En colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). OPS; 2000. p. 1-49.
7. UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, Mujeres O, OMS. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque con base en la evidencia. 2º

- Revisad. 2018. 1-147 p.
8. Ministerio de Sanidad C y BS. Protección de la salud - Adolescencia - Ganar salud con la juventud - Recomendaciones específicas [Internet]. 2002. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/recomendacionesEspecificas.htm>
 9. Forma Joven – Red profesional [Internet]. Disponible en: <https://www.formajoven.org/>
 10. Forma Joven | Salud Pública Andalucía [Internet]. Disponible en: <http://www.saludpublicaandalucia.es/nuestro-trabajo/promocion-de-la-salud/forma-joven>
 11. Sáez Fernández E, Cambil Martín J. Impacto y evaluación de un programa de salud en adolescentes. *Actual Medica*. 2012;97(787):37-40.
 12. Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS. Effect of the school health promotion strategy “Forma Joven”. *Gac Sanit*. 1 de enero de 2019;33(1):74-81.
 13. Torres Calles JM. Desarrollo de hábitos de vida saludable en secundaria a través del Programa Forma Joven. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol*. 11 de junio de 2016;1(1):165.
 14. Serrano ML, de Jesus SN, Rodríguez JSL. Attitudes of adolescents regarding health: Evaluation of a school-based health promotion program in Seville, Spain. *Salud Colect*. 2012;8(1):46-60.
 15. Lima-Serrano M. Evaluación de la implantación y del efecto del programa Forma Joven sobre actitudes y comportamientos del alumnado de cuarto curso de Educación Secundaria Obligatoria en Sevilla, España. [Sevilla]: Universidad de Sevilla; 2013.
 16. García-Vázquez J, Ordóñez AL, Álvarez ÓS. Evaluación de proceso del programa de educación afectivo-sexual Ni ogros ni princesas. *Glob Health Promot*. 15 de junio de 2012;19(2):78-86.
 17. Calvo García G, Sierra Nieto JE, Caparrós Martín E. Derechos humanos y educación afectivo-sexual en la adolescencia: el programa educativo Forma Joven. *Educ Soc Rev d'intervenció socioeducativa*. 2018;68(68):79.
 18. Granero Andújar A. Las identidades y corporalidades LGTBI en la educación afectiva-sexual: ¿cuál es su presencia y tratamiento en los folletos de este campo educativo? *Experiencias pedagógicas e innovación educativa Aportaciones desde la praxis docente e investigadora*. 2018.
 19. Granero Andújar A. Presencia y tratamiento del colectivo lgtbiq en la educación afectiva-sexual desarrollada en el marco del programa forma joven. [Almería]: Universidad de Almería; 2020.

Puntos básicos del estudio

Lo que sabemos sobre el tema

- Los programas de Educación Integral en Sexualidad son útiles para promover una sexualidad sana entre la población, especialmente la juventud.
- La Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias del Programa Forma Joven se ha demostrado como un programa útil en materia de Educación Integral en Sexualidad
- Es necesario llevar a cabo evaluaciones con mayor periodicidad y contemplando diferentes aspectos del programa, como su implementación, para su mejoría.

Las aportaciones de este estudio

- Dar a conocer la necesidad de un mayor apoyo por parte de las instituciones a las personas que implementan el programa, para garantizar formación y tiempo que poder dedicarle al programa.
- Esbozar las necesidades y dificultades concretas que se han encontrado en la población estudiada, como son la falta de continuidad y tiempo de las intervenciones.
 - Sentar unas primeras nociones de la situación del programa desde la perspectiva de las personas que lo implementan para plantear futuros trabajos centrados en una evaluación íntegra la línea de intervención y expandirlo al resto de Andalucía.

Esquema global del estudio

Número de centros contactados		Número de contactos con referentes del PFJ	Número final de entrevistas
14 UGC - Por vía telefónica e email		10 profesionales sanitarios referentes del PFJ	4 a personal sanitario
19 IES - Por vía telefónica e email		5 personal docente o de orientación referente del PFJ	2 a personal docente
Perfil de las personas entrevistadas			
Entrevista	Profesión	Formación específica para el PFJ	
ES1 – UGC	Enfermería	Autodidacta al inicio y luego realizó un curso de formador de formadores por interés propio, que aún no ha podido poner en práctica por el COVID-19	
ES2 – UGC	Medicina	Autodidacta y complementa con cursos que busca por interés propio	
ES3 – UGC	Medicina	Diploma de curso largo en sexología	
ES4 – UGC	Enfermería	Por cuenta propia un máster en sexología, y por parte de la administración se le facilitaron diversos cursos de formación en hábitos saludables y jóvenes, prevención y jornadas del PFJ "cuando el programa estaba en su esplendor"	
ED5 – IES	Docente	Acudió a dos reuniones organizadas por el Centro de Profesorado (CEP) de Granada, con temática del PFJ	
ED6 – IES	Docente	No tiene formación previa relacionada o que facilite el PFJ	

- El diseño del estudio ha sido un análisis de contenido siguiendo metodología cualitativa de las entrevistas a las personas referentes del programa en IES y UGC de Granada.

TABLAS

Tabla 1. Libro de códigos usados para el análisis de contenidos de las entrevistas

Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 2	Subcategoría 3
Factores externos influyentes en la implementación de la LISRI y del PFJ	Apoyos al programa (instituciones)	Administración General PFJ	
		UGC	
		IES	
	Demografía		
	SARS-COV 2		
	Relación personal sanitario-docente		
	Relación con familias		
Factores internos influyentes en la implementación de la LISRI y del PFJ	Perfil de la persona referente del PFJ	Formación	
		Experiencia	
		Intereses personales	
	Perfil del equipo sanitario formador		
Organización y contenidos del PFJ	Proceso administrativo	Instauración del PFJ en los IES	
		Requisitos para ser personal referente	
	Planificación de intervenciones		
	Temporalidad de las líneas de intervención del PFJ dentro de la ESO		
	Evaluación del programa		
Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias	Asesorías		
	Actividades grupales (talleres e intervenciones)	Duración y número	
		Contenido teórico	Orientación y Diversidad Sexual
			Prácticas sexuales responsables y prevención de riesgos derivados
			Relaciones igualitarias y prevención de VdG
			Sexualidad como parte de la vida

		Metodología docente	
Valoración del personal docente y sanitario del PFJ y la LISRI	Impacto sobre el alumnado		
	Repercusiones profesionales y personales de ser referente del PFJ		
	Valoración de la implementación del PFJ y la LISRI	Puntos fuertes en la implementación	
		Puntos débiles en la implementación	
		Estrategias de mejora de la implementación	

Tabla 2. Guión entrevista semiestructurada a referente del programa en UGC | IES

Bloque temático	Pregunta a la persona referente del programa (UGC IES)
Programación del contenido teórico del Programa Forma Joven	1. ¿Cuéntanos sobre ti, cuándo empezaste, cómo y por qué? 2. Requisitos para entrar como referente de forma joven 3. Datos demográficos de la UGC IES 4. ¿Cuál es la estructura logística y administrativa del Programa Forma Joven en tu centro? ¿Qué importancia tiene el PFJ en tu centro? 5. ¿Cuál es la situación con los colegios(públicos/privados) UGC? 6. ¿Qué profesionales realizan las intervenciones en los IES? a. ¿Qué áreas del compendio general del programa Forma Joven se llevan a cabo? (Educación Emocional, Estilos de vida saludable, Sexualidad y Relaciones Igualitarias, Uso positivo de las TIC, Prevención de consumo) 7. Temporalidad de las intervenciones ¿En qué cursos se llevan a cabo cada una de las áreas? 8. ¿Cuántos alumnos reciben las formaciones del programa?
Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias	1. Dentro de esta línea de intervención, ¿qué actividades, metodología e iniciativas se han realizado? 2. Duración de las actividades, y distribución detallada de las mismas a lo largo de los cursos 3. ¿Qué bloques temáticos se han tratado dentro de dichas actividades? De todos los temas propuestos por el manual: a. La sexualidad como parte de la vida b. Orientación y diversidad sexual c. Prácticas sexuales responsables y prevención de riesgos derivados d. Relaciones igualitarias y prevención de la violencia de género 4. ¿Se han detectado casos VdG, bullying a personas LGBT+, abuso? 5. ¿Hay disponibilidad de consultas individuales para el alumnado? (Asesorías) 6. ¿Qué preguntas hacen los alumnos en los buzones/ las charlas? 7. ¿Quién lleva a cabo las intervenciones, y qué formación tiene? 8. ¿Cómo era la relación con el personal docente sanitario? ¿Se encuentran presentes los profesores en las intervenciones? 9. Adaptación a la pandemia del SARS-covid19 10. ¿Se evalúa la eficacia de las intervenciones? ¿De qué forma?
Percepción por parte de la persona coordinadora del Programa	1. ¿Cuáles diría que son los puntos fuertes de la Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias del PFJ en su UGC IES? 2. ¿Cuáles diría que son los puntos débiles de la Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias del PFJ

Forma Joven	en su UGC IES? 3. ¿Qué cree que podrían mejorar dichas intervenciones en sexualidad y relaciones igualitarias, y cómo? 4. Hábleme sobre el impacto que ve de este proyecto en el alumnado y en la salud pública de su UGC 5. ¿Los progenitores tienen algún papel en la formación? ¿Algún problema por parte de los progenitores? 6. ¿Recibe algún tipo de ayuda, guía o respaldo por parte de la administración general del PFJ? 7. ¿Qué repercusiones positivas tiene para su vida profesional y/o personal el ser persona referente del PFJ?
--------------------	--

Tabla 3. Citas extraídas de las entrevistas que justifican los resultados.

Resultado	Cita
Punto fuerte 1	"Siempre es bueno que nuestros alumnos sepan de estos temas, los traten con naturalidad y estén informados de estos temas, especialmente de sexualidad, donde tanto tabú hay." – ED5
Punto fuerte 2	"El hecho de empezar preguntándoles a ellos, que nos van a la típica charla de PowerPoint en la que voy a contarte lo que tienes que saber de sexualidad porque yo soy el que sabe de esto. Yo creo que simplemente el hecho de preguntarles pues ya, imagino que es las habilidades de comunicación de cada cual, y vean que pueden expresarse, que no se escandalizan, que los llevas bien. No es difícil, les das un poco de pie y lo están deseando." – ES3
Punto fuerte 3	"Mira, yo creo que el hecho de que compartamos trabajo con el CS me parece una pasada si funciona bien. (...) Porque es distinto que venga un profe y te hable de sexualidad, pero cuando viene una persona los niños le atienden muchísimo mejor, para ellos les hacen unas preguntas más atrevidas. (...) y es importante que venga un médico, que llega más, y saben qué preguntar al alumnado, que yo por ejemplo si tuviera que dar una charla o alguien que no tiene tanto conocimiento." – ED5
Punto fuerte 4	"Puede servir de punto de conexión entre los adolescentes y sus médicos de cabecera, porque los médicos de cabecera muchas veces tenemos la sensación de que perdemos desde niños a que son adultos y vuelven a venir de forma independiente a consultar de temas de sexualidad o de cualquier otro tema, durante toda la adolescencia van a los centros de salud a indicación "porque sus padres creen que tienen un problema de salud" no van por ellos mismos." – ES2
Punto fuerte 5	"Te obliga a innovar, a formarte, a explorar otras habilidades de comunicación, de manejo de grupos, te obliga a ponerte al día. Y luego es que el contacto con gente siempre te enriquece, y dices "fíjate tú que bonito este lo que ha dicho " y luego nosotros los talleres los evaluamos, y decimos pues en el taller este fíjate tú que me pasó esto, y te cuestionas muchas cosas, te hacen revisar cuestiones tuyas." – ES3
Punto débil 1	"¿Y cuándo te referías antes que el PFJ va en tierra de nadie a qué te referías? A que la implicación que tenía antes el SAS y la consejería de educación era muy estrecha, era muy bien coordinada y donde los sanitarios tenían un papel muy relevante. Después le dieron un giro a partir de hace unos 3 años, donde ya quisieron que el instituto fuera el principal promotor y que nosotros estar de apoyo y ellos hacer las intervenciones. (...) Y no sé en nuestros IES cómo se llevará, con los IES con los que estábamos trabajando no estaban de acuerdo en que esa línea se siguiera porque el personal docente ya estaba saturado y no querían hacer nada diferente porque se tenían que formar, etc." – ES4
Punto débil 2	"Dentro del centro no lo ven como algo prioritario, me da a mí la impresión. Y que yo sentía que no estaba integrado en un programa de forma joven, que aunque el IES está adscrito, me da a mí la impresión de que lo dejan a que haya una serie de intervenciones y ya. " – ES2
Punto débil 3	"Pues al coger la plaza el compañero que llevaba el programa había cogido plaza en otro sitio, y entonces me dijeron "pues como lo llevaba este chico, pues te toca a ti". (...) "No hay ningún proceso de selección porque tampoco había muchos candidatos." – ES1

Punto débil 4	"El problema es que no hay apoyo, el problema es que tienes que sacar tu tiempo de quitárselo de otras actividades." – ES4
Punto débil 5	"Y creo que la enfermera del CS tendrá mucho trabajo, pero nos vendría mejor más horas. E incluso empezar con grupos de alumnos más pequeñitos (sexualidad)." – ED6
Punto débil 6	"Para mi los puntos débiles, es que todavía la sociedad no ve la sexualidad como parte fundamental del individuo, es como si fuese ahí un cajón que lo abres y lo cierras. El problema existe todavía en los padres, imagínate que tenemos ahora el pin parental, que lo dice todo. Que los padres todavía no aceptan que la sexualidad se nace y se muere con ella. Y que ciertos profesores también. Entonces te puedes encontrar con que haya colegios que no quieren actividades que se trate la sexualidad, y que eso viene caído del cielo y tú te lo apañas como puedas. Mi punto débil entonces en el programa y en todo, de hecho, todavía en la consulta de medicina no se pregunta por nada sexual. El punto débil es que no se ve como algo fundamental en la vida del individuo, es el punto débil en todas las facetas." – ES4
Estrategia de mejora 1	"Eso se puede hacer si la administración se implica, porque no toda l agente tiene esa motivación, pero si la administración te proporciona los medios es mucho más fácil. Entonces la implicación de las instituciones es fundamental, si no se implican el programa no funciona." – ES4
Estrategia de mejora 2	"Para mi tendrían que ser más continuadas y personal dedicado más exclusivamente. No puedes ir sacando tiempo de los rincones. Tiene que ser una actividad que tenga un espacio, un tiempo y unos profesionales para que tenga buena repercusión. Sino se queda un poco coja. " – ES4 "Porque nosotros nos vamos haciendo mayores, y los niños conectan muy bien con nuestros resis, porque por edad los ven más parecidos, funciona muy bien el binomio estudiante-residente." – ES3
Estrategia de mejora 3	"Yo me lo estaba proponiendo de repartirnos los centros y decir, pues empezamos en primero que le vamos a dar higiene de dientes, en segundo alimentación saludable, higiene, pero luego los más grandecitos sexualidad, bullying, y hacerlo programado y todos los años, que al final después de toda la etapa de primaria que todos los niños le hayamos dado una temática que hayamos visto interesantes. Yo creo que podríamos hacer unas cosas maravillosas. (...) Pues lo primero que hubiera un ratio de personal sanitario del centro por tanto centros educativos, (...) Pero como estoy yo sola." – ES1
Estrategia de mejora 4	"Al principio empezábamos en 4º de la eso y 1º de Bachillerato, pero nos fuimos dando cuenta tanto nosotros como los orientadores/responsables de los centros, que teníamos que adelantarlos un poquito, que a veces llegaban un poco tarde los talleres." – ES3
Estrategia de mejora 5	"Entonces yo creo que forma joven tiene que hacer un planteamiento para trabajar con lo que son los padres, no sé cómo, si a través de video conferencias, o charlas que se monten en el centro por las tardes, o por las mañanas que aquí hay sitio para hacer formación. Yo creo que sí, ahí deberíamos centrarnos también." – ED6

Empatía y conflictos de roles de género en practicantes BDSM.

Empathy and gender role conflicts in BDSM practitioners.

Boglione Coppié JA¹, Verche E²

1- Licenciada en Psicología en la Universidad del Salvador de Buenos Aires y Graduada en Psicología en la Universidad Europea de Madrid. Centro de trabajo: Universidad Rey Juan Carlos.

2- Licenciado en Psicología en la Universidad de la Laguna de Tenerife. Doctor en Psicología por la Universidad La Laguna de Tenerife. Centro de trabajo: Universidad Europea de Madrid.

Correspondencia

Juliana Aylén Boglione Coppié
Avenida de Atenas, s/n.
28922-Alcorcón
Madrid (España)
Correo electrónico: julianaboglione@gmail.com

Fecha de recepción: 21 de octubre de 2021. **Fecha de aceptación:** 1 de diciembre de 2021

Resumen

Generalmente, se ha entendido al BDSM como una práctica asociada a la psicopatología. Estudios recientes sugieren que los practicantes BDSM presentan un buen ajuste psicológico. La investigación realizada estableció la relación entre las prácticas BDSM, la empatía y los conflictos de roles de género utilizando las adaptaciones al español del IRI y del GRCS-SF en población BDSM y no BDSM. El estudio es de tipo ex post facto prospectivo simple y contó con la participación de 180 personas. Del total de la muestra, 90 mantenían prácticas sexuales de tipo BDSM, y los restantes 90 no mantenían relaciones sexuales de este tipo. Los resultados sugirieron que no existían diferencias significativas en los niveles de empatía ($t(178)=0,996$; $p=0,321$) y conflictos de roles de género ($t(178)=-0,705$; $p=0,482$) entre practicantes y no practicantes BDSM. Sin embargo, se encontró que las personas que asumían un rol predominantemente sumiso presentaban niveles de empatía más elevados que los que asumían un rol predominantemente dominante ($F(2)=6,042$; $p=0,003$). Los resultados del presente estudio se mantienen en la línea teórica que entiende al BDSM más como una experiencia de ocio recreativa que como una manifestación de la psicopatología.

Palabras clave: BDSM, empatía, conflictos de roles de género.

Abstract

Generally, BDSM has been understood as a practice associated with psychopathology. Recent studies suggest that BDSM practitioners have a good psychological adjustment. The research carried out established the relationship between BDSM practices, empathy and gender role

conflicts using the Spanish adaptations of the IRI and GRCS-SF in BDSM and non-BDSM populations. The study is a simple prospective ex post facto type and involved 180 people. Of the total sample, 90 engaged in BDSM-type sexual practices, and the remaining 90 did not engage in sexual intercourse of this type. The results suggested that there were no significant differences in the levels of empathy ($t(178) = 0.996$; $p = 0.321$) and gender role conflicts ($t(178) = -0.705$; $p = 0.482$) between BDSM practitioners and non-practitioners. However, it was found that people who assumed a predominantly submissive role had higher levels of empathy than those who assumed a predominantly dominant role ($F(2) = 6.042$; $p = 0.003$). The results of the present study are maintained in the theoretical line that understands BDSM more as a recreational leisure experience than as a manifestation of psychopathology.

Key words: BDSM, empathy, gender role conflicts.

Todos los autores aceptan la versión enviada. No existen conflictos de intereses. El trabajo no ha tenido financiación ni pública ni privada.

INTRODUCCIÓN

El BDSM es un acrónimo que se refiere a las prácticas eróticas de Bondage y Disciplina (BD), Dominación y Sumisión (DS), Sadismo y Masoquismo (SM) (Fedoroff, 2008). El BDSM incluye muchos tipos de prácticas sexuales o juegos de rol, como la esclavitud, la restricción física, el castigo y el intercambio de poder (Alison et al., 2001). Dentro de la práctica BDSM los practicantes pueden representar diferentes roles; el rol dominante, es decir, la persona que ejerce el control en la escena sexual; el rol sumiso, es decir, la persona que cede el control; o ambos roles, dependiendo de la situación, a los que se les suele denominar *switches* (Wismeijer y van Assen, 2013).

Los primeros trabajos acerca del BDSM fueron estudios de casos clínicos que buscaban encontrar las causas subyacentes de esta práctica sexual (Ellis, 1901; Freud, 1905; Krafft-Ebing, 1903). Este enfoque patologizante del BDSM caracterizó gran parte del trabajo sobre esta práctica sexual hasta mediados del siglo XX, período en el que se lo abordó desde un modelo de desviación y como un “problema” médico y/o psiquiátrico a tratar (Beckmann, 2001, 2009; Kleinplatz y Moser, 2006; Newmahr, 2008). Richters et al. (2008) exponen que entender al BDSM como una práctica relacionada a lo psicopatológico llevó a la elaboración de tres supuestos: 1) La persona que lleva a cabo prácticas BDSM busca en

las relaciones sexuales caracteres de experiencias anteriores de abuso sexual. 2) En el BDSM subyace una anomalía psicológica, y las personas que mantienen esta práctica son inadaptadas. 3) Las personas BDSM presentan deficiencias a nivel sexual y precisan estímulos fuertes lograr la excitación.

Revisiones académicas recientes señalan que el BDSM no se puede explicar por la psicopatología (Powls y Davies, 2012; Weinberg, 2006), y que sus practicantes tienen las mismas tasas de enfermedad mental y ajuste psicológico que los no practicantes (Cross y Matheson, 2006). Actualmente, diversos autores han concluido que el BDSM puede entenderse mejor como una experiencia de ocio recreativa que como una manifestación de la psicopatología (Newmahr, 2010; Williams et al., 2016). Simula (2019) expone que, actualmente, el campo de estudios de BDSM, a pesar de sus divergencias, se mantiene unido por tres áreas principales de acuerdo: 1) El BDSM es, por definición, consensual y, por lo tanto, distinto del abuso y la violencia. 2) La participación en el BDSM no es, en sí misma, indicativa de patología. 3) El BDSM es un fenómeno social complejo, que merece un estudio académico serio.

El presente trabajo propone estudiar la relación existente entre el BDSM, la empatía y los conflictos de roles de género (CRG). Para lograr llevar a cabo este estudio se estableció el siguiente objetivo general:

Conocer las diferencias entre BDSM, empatía y CRG en hombres y mujeres cuyas edades estén comprendidas entre los 21 y 52 años.

En cuanto a las hipótesis, se establecieron las siguientes: 1) Las personas que practican BDSM presentarán puntuaciones más elevadas en empatía. 2) No existirán diferencias en los CRG entre los practicantes BDSM y los no practicantes. 3) No existirán diferencias en empatía entre los hombres y mujeres BDSM. 4) Los hombres BDSM presentarán CRG más elevados que las mujeres. 5) Los practicantes BDSM de rol predominantemente dominante tendrán puntuaciones más elevadas en empatía que los practicantes BDSM de rol predominantemente sumiso y *switch*. 6) No existirán diferencias en los CRG entre los practicantes BDSM según el rol asumido en esta práctica sexual.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación es de tipo *ex post facto* prospectivo simple y se realizó en la Universidad Europea de Madrid vía on-line. El tipo de muestra es no probabilística y estuvo conformada por 180 personas. Del total de la muestra, 90 mantenían prácticas sexuales de tipo BDSM, y los restantes 90 no mantenían relaciones sexuales de este tipo. Dentro del primer grupo, 30 asumían un rol predominantemente dominante, 30 un rol predominantemente sumiso, y 30 eran *switches*. El método de selección de los participantes fue por conveniencia.

Las técnicas utilizadas en este estudio fueron: Cuestionario autoadministrable ad-hoc de BDSM; Adaptación al español del Interpersonal Reactivity Index (IRI) (Pérez-Albéniz et al., 2003) y Adaptación al español del Gender Role Conflict Scale Short Form (GRCS-SF) (García-Sánchez et al., 2017).

Con el fin de estudiar los datos se empleó una prueba *t* de medias independientes para comparar las personas BDSM y las personas no BDSM. También se utilizó una prueba *t* de medias independientes para comparar los resultados entre hombres y mujeres BDSM, y se empleó la prueba ANOVA para comparar los grupos de personas BDSM según asumían

un rol predominantemente sumiso, dominante o *switch*.

RESULTADOS

Al analizar los resultados de la Prueba *t* de medias independientes teniendo en cuenta la población BDSM y no BDSM se ha encontrado que no existen diferencias significativas en las puntuaciones globales del IRI ($t(178)=0,996; p=0,321$) y del GRCS-SF ($t(178)=-0,705; p=0,482$).

Al analizar los resultados de la Prueba *t* de medias independientes entre hombres y mujeres BDSM no se encontraron diferencias significativas en la puntuación global del IRI ($t(88)=-1,768; p=0,080$). Sin embargo, al tener en cuenta las puntuaciones globales del GRCS-SF, se evidencian diferencias significativas ($t(88)=2,020; p=0,046$).

La prueba ANOVA realizada para poder comparar las puntuaciones entre los grupos de personas BDSM reveló que existen diferencias significativas en la puntuación total del IRI ($F(2)=6,042; p=0,003$) entre los grupos, las cuales se corresponden al grupo dominante ($M=90,733; DT=14,246$) y al grupo sumiso ($M=101,133; DT=11,979$), ($p(-3,203)=0,005$). Al compararse las puntuaciones globales del GRCS-SF entre las personas BDSM con un rol predominantemente sumiso, dominante y *switch*, se encontró que no existen diferencias significativas ($F(2)=0,056; p=0,946$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos encontrados indican que no existen diferencias significativas en las puntuaciones globales de empatía y de CRG entre los practicantes y no practicantes BDSM. Los mencionados resultados son coincidentes con los encontrados por Hébert y Weaver (2014) y los hallados por Martín, Smith y Quirk (2015).

A partir de lo expuesto, se refuta la primera hipótesis que indicaba “Las personas que practican BDSM presentarán puntuaciones más elevadas en empatía”, y se corrobora la segunda hipótesis que señalaba “No existirán diferencias en los CRG entre los practicantes BDSM y los no practicantes”.

El hecho de que no existan diferencias en las puntuaciones globales del IRI y del GRCS-SF entre el grupo BDSM y el grupo control permite comprender que el grupo BDSM está compuesto por personas que presentan características similares a las personas no BDSM. Por lo tanto, se podría señalar que estos resultados se mantienen en la línea teórica que indica que el BDSM se debe entender más como una experiencia de ocio recreativa que como una manifestación de la psicopatología (Newmahr, 2010; Williams et al., 2016).

En esta investigación también se ha procurado establecer las diferencias en empatía y CRG entre los hombres y mujeres BDSM. Los resultados indican que no existen diferencias significativas en las puntuaciones globales del IRI, por lo tanto, se corrobora la tercera hipótesis que indicaba “No existirán diferencias en empatía entre los hombres y mujeres BDSM”. Del mismo modo, también se corrobora la cuarta hipótesis que exponía “Los hombres BDSM presentarán CRG más elevados que las mujeres” ya que los hombres BDSM presentaron puntuaciones globales en el GRCS-SF más elevadas que las mujeres BDSM. El hecho de que el grupo de hombres BDSM presente una puntuación global del GRCS-SF más elevada es esperable, debido a que es una escala que se ha diseñado originalmente para evaluar los problemas generados por el rol de género masculino (O’Neil et al. 1986).

En este estudio también se han indagado las diferencias en empatía Y CRG entre las personas BDSM según su rol predominante en dicha práctica sexual. Mediante un análisis de ANOVA se ha encontrado que existen diferencias significativas en las puntuaciones globales del IRI entre el grupo dominante y sumiso. Los resultados indican que el grupo sumiso presenta niveles globales de empatía más elevados que el dominante. Los mencionados resultados no coinciden con los hallazgos de Hébert y Weaver (2014). Se podría conjeturar que el grupo sumiso presenta niveles más elevados de empatía debido a que son personas que experimentan dolor físico y/o emocional de manera más reiterada. Por lo tanto, es probable que les

resulte más sencillo que otros empatizar con el malestar ajeno, ya que mantienen latentes los sentimientos y sensaciones asociadas al sufrimiento. Esta conjetura sería contraria a la establecida por Luo y Zhang (2017), quienes sugirieron que desempeñar un papel sumiso durante la práctica de BDSM puede debilitar las respuestas empáticas de las mujeres al sufrimiento de los demás.

A partir de las diferencias encontradas en los niveles de empatía entre los grupos de sumisos y de dominantes, se refutaría la quinta hipótesis que indicaba “Los practicantes BDSM de rol predominantemente dominante tendrán puntuaciones más elevadas en empatía que los practicantes BDSM de rol predominantemente sumiso y switch”.

En cuanto a la puntuación global del GRCS-SF, cabe mencionar que no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos de sumisos, dominantes y switches. Por lo tanto, se corroboraría la sexta hipótesis que exponía “No existirán diferencias en los CRG entre los practicantes BDSM según el rol asumido en esta práctica sexual”. A partir de la revisión bibliográfica realizada, no se han encontrado otros estudios que hayan utilizado el GRCS-SF para comparar los grupos BDSM de sumisos, dominantes y switches. Sin embargo, una primera aproximación que podemos trazar para comprender estos resultados es que no se han encontrado diferencias significativas en el GRCS-SF en el grupo BDSM ni en ninguno de sus grupos debido a que los practicantes del BDSM encuentran en esta práctica un espacio en el que pueden interpretar roles distintos de los que llevan a cabo en su vida cotidiana. Esta alternativa de interpretar, jugar y explorar nuevos roles podría funcionar como un componente que permite flexibilizar los roles asumidos en el día a día.

Respecto a las limitaciones del estudio, cabe mencionar que las muestras de los diversos grupos divididos según los roles ejercidos en el BDSM son pequeñas, por lo tanto, las conclusiones arribadas respecto a estos grupos deben considerarse con cierto resguardo. Por otro lado, es posible que haya habido un sesgo de participación, ya que

probablemente haya habido personas que no contestaran a las preguntas por temor a quedar expuestos respecto a sus intereses sexuales. Del mismo modo, es probable que la muestra no represente a las personas BDSM que no se sientan cómodas con dicho interés sexual.

Sería oportuno que la investigación futura estudiara la población BDSM abriendo un espacio donde los practicantes BDSM que puedan exponer cómo viven su sexualidad y cómo entienden que el BDSM afecta a otras dimensiones de sus vidas. Del mismo modo, también sería conveniente que las investigaciones presenten una muestra más significativa de cada grupo estudiado dentro del BDSM.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos los participantes que se ofrecieron de manera voluntaria y desinteresada a colaborar en la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alison, L., Santtila, P., Sandnabba, N. K., y Nordling, N. (2001). Sadomasochistically oriented behavior: diversity in practice and meaning. *Archives Sexual Behavior* 30, 1–12.
<https://doi.org/10.1023/A:1026438422383>

Beckmann, A. (2001). Deconstructing myths: The social construction of ‘sadomasochism’ versus ‘subjugated knowledges’ of practitioners of consensual ‘SM’. *Journal of Criminal Justice and Popular Culture*, 8(2), 66–95.

Beckmann, A. (2009). The social construction of sexuality and perversion: Deconstructing sadomasochism. *Palgrave Macmillan*.
<https://doi.org/10.1057/9780230244924>

Cross, P. A., y Matheson, K. (2006). Understanding Sadomasochism. *Journal of Homosexuality*, 50(2-3), 133–166.
https://doi.org/10.1300/j082v50n02_07

Ellis, H. (1901). *Studies in the psychology of sex*. Random House.

Fedoroff, J. P. (2008). Sadism, Sadomasochism, Sex, and Violence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(10), 637–646.

<https://doi.org/10.1177/070674370805301003>

Freud, S. (1905). *Three essays on the theory of sexuality*. NBasic Books.

García-Sánchez, R., Almendros, C., Gámez-Guadix, M., Martín, M. J., Aramayona, B., y Martínez, J. M. (2017). Assessment of Conflicts Associated with a Traditional Masculine Gender Role in Spanish College Men and Women. *Sex Roles*, 78(1-2), 81–93. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0765-8>

Hébert, A., y Weaver, A. (2014). An examination of personality characteristics associated with BDSM orientations. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(2), 106-1015.

Kleinplatz, P. J., y Moser, C. (2006). *Sadomasochism: powerful pleasures*. Harrington Park Press.

Krafft-Ebing, R. (1903). *Psychopathia sexualis*. Stein and Day.

Luo, S., y Zhang, X. (2017). Empathy in female submissive BDSM practitioners. *Neuropsychologia*.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.01.027>

Martin, S. M., Smith, F., y Quirk, S. W. (2015). Discriminating Coercive from Sadomasochistic Sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 45(5), 1173–1183.
<https://doi.org/10.1007/s10508-015-0595-0>

Newmahr, S. (2008). Becoming a sadomasochist: Integrating self and other in ethnographic analysis. *Journal of Contemporary Ethnography*, 37(5), 619–643.
<https://doi.org/10.1177/0891241607310626>

Newmahr, S. (2010). Rethinking kink: Sadomasochism as serious leisure. *Qualitative Sociology*, 33(3), 313-331.
<https://doi.org/10.1007/s11133-010-9158-9>

O’Neil, J. M., Helms, B. J., Gable, R. K., Davis, L., y Wrightsman, L. (1986). Gender Role Conflict Scale: College men’s fear of femininity. *Sex Roles*, 14, 335–350.
<https://doi.org/10.1007/BF00287583>

Pérez-Albéniz, A., Paúl, J., Etxeberria, J. Montes, M.P. y Torr, E. (2003) Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15, 267-272.

Powls, J., y Davies, J. (2012). A Descriptive Review of Research Relating to

Sadomasochism: Considerations for Clinical Practice. *Deviant Behavior*, 33(3), 223–234. <https://doi.org/10.1080/01639625.2011.573391>

Richters, J., De Visser, R., Rissel, C., Grulich, A., y Smith, A. (2008). Demographic and Psychosocial Features of Participants in Bondage and Discipline, “Sadomasochism” or Dominance and Submission (BDSM): Data from a National Survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1660–1668. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00795.x>

Simula, B. L. (2019). Pleasure, power, and pain: A review of the literature on the experiences of BDSM participants. *Sociology Compass*, <https://doi.org/10.1111/soc4.12668>

Weinberg, T. (2006). Sadomasochism and the social sciences: A review of the

sociological and social psychological literature. *Journal of Homosexuality*, 50(2/3), 17–40.

https://doi.org/10.1300/J082v50n02_02

Williams, D., Prior, E. E., Alvarado, T., Thomas, J. N., y Christensen, M. C. (2016). Is Bondage and Discipline, Dominance and Submission, and Sadomasochism Recreational Leisure? A Descriptive Exploratory Investigation. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1091–1094.

<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.001>

Wismeijer, A. A. J., y van Assen, M. A. L. M. (2013). Psychological Characteristics of BDSM Practitioners. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 1943–1952. <https://doi.org/10.1111/jsm.12192>

Puntos básicos y esquema general del estudio

Lo que sabemos sobre el tema

Actualmente, el campo de estudios de BDSM, a pesar de sus divergencias, se mantiene unido por tres áreas principales de acuerdo (Simula, 2019):

1. El BDSM es, por definición, consensual y, por lo tanto, distinto del abuso y la violencia.
2. La participación en el BDSM no es, en sí misma, indicativa de patología.
3. El BDSM es un fenómeno social complejo, que merece un estudio académico serio.

Las aportaciones de este estudio

El grupo BDSM está compuesto por personas que presentan características similares a las personas no BDSM. Por lo tanto, se podría señalar que este estudio se mantiene en la línea teórica que indica que el BDSM se debe entender más como una experiencia de ocio recreativa que como una manifestación de la psicopatología (Newmahr, 2010; Williams et al., 2016).

Este estudio invita a proseguir la investigación acerca de las características psicológicas de la población BDSM, ya que son escasos los estudios que han abordado dicha temática.

Tablas y anexo

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas de la población BDSM y no BDSM.

	Grupo	Medias	DT
IRI-Global	Control	96,578	12,462
	Estudio	94,667	13,270
GRCS-SF-Global	Control	44,589	11,439
	Estudio	45,867	12,842

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas entre hombres y mujeres BDSM.

	Grupo	Medias	DT
IRI- Global	Hombre	92,222	13,130
	Mujer	97,111	13,098
GRCS-SF-Global*	Hombre	48,556	13,967
	Mujer	43,178	11,124

*Nota. Diferencias significativas ($p \leq 0,05$).

Anexo: Prueba Ad-Hoc

Edad:

Nacionalidad:

Señale el nivel superior de estudios alcanzado:

- ☐ Estudios primarios no finalizados
- ☐ Estudios primarios finalizados
- ☐ Estudios secundarios no finalizados
- ☐ Estudios secundarios finalizados
- ☐ Estudios universitarios no finalizados
- ☐ Estudios universitarios finalizados

Género:

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ No binario
- ☐ Prefiero no decirlo

Orientación sexual:

- ☐ Heterosexual
- ☐ Homosexual
- ☐ Bisexual
- ☐ Asexual
- ☐ Otro (completar)

¿Ha mantenido relaciones sexuales alguna vez?

- ☐ Sí
- ☐ No (En caso de marcar esta respuesta pase a la siguiente sección)

¿Mantiene relaciones sexuales de tipo BDSM (Bondage y Disciplina (BD), Dominación y Sumisión (DS), Sadismo y Masoquismo (SM))?

- ☐ Sí
- ☐ No (En caso de marcar esta respuesta pase a la siguiente sección)

¿Qué rol suele asumir en las relaciones sexuales de tipo BDSM?

- ☐ Dominante/Dominatriz
- ☐ Sumiso/Sumisa
- ☐ *Switch* (asumo tanto el rol de dominante/dominatriz como el de sumiso/sumisa)

¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales de tipo BDSM?

- ☐ En todas mis relaciones sexuales
- ☐ En casi todas mis relaciones sexuales
- ☐ En algunas de mis relaciones sexuales
- ☐ En casi ninguna de mis relaciones sexuales

¿Hace cuanto tiempo mantiene relaciones sexuales de tipo BDSM?

- ☐ Hace menos de año
- ☐ Entre 1 a 2 años
- ☐ Entre 3 a 5 años
- ☐ Hace más de 6 años

¿Con cuantas personas ha mantenido relaciones sexuales de tipo BDSM?

- ☐ 1 persona
- ☐ 2 o 3 personas
- ☐ De 4 a 7 personas

Más de 8 personas

¿Tiene una incidencia real la actividad formativa en relación a los conocimientos y actitudes hacia la masturbación de personas con discapacidad intelectual?

Does the training activity have a real impact in relation to the knowledge and attitudes towards masturbations on people with intellectual disabilities?

Fernández Suriñach J¹

1- Doctor en Psicología, salud y calidad de vida. Fundació MAP (Ripoll). Girona. España

Correspondencia

Jordi Fernández Suriñach
Calle Dalí, 6-8, Poligon els pintors
17500-Girona. España
Correo electrónico: jordi.fernandez@fundaciomap.com

Fecha de recepción: 19 de noviembre de 2021. **Fecha de aceptación:** 12 de diciembre de 2021

Resumen

La normalización de la sexualidad y de los derechos sexuales de las personas con discapacidad intelectual, desde siempre olvidada, se ha modificado radicalmente en los últimos tiempos con la creación e implementación de iniciativas destinadas a la mejora de sus conocimientos y actitudes sexuales y afectivas. Muchas entidades destinan parte de su tiempo a la educación sexual y afectiva de las personas con discapacidad intelectual que atienden. Estos programas educativos, tienden a no mostrar los resultados obtenidos, ni los beneficios que comportan a las personas asistentes.

El objetivo de este trabajo ha sido mostrar los cambios obtenidos en los conocimientos, en el interés para la adquisición de nuevos y en las actitudes hacia la masturbación de personas con discapacidad intelectual que asisten a un Servicio de Terapia Ocupacional después del paso por un programa psicoeducativo, creado y adaptado a sus características con la finalidad de garantizar la comprensión de las temáticas tratadas. Para la obtención de los resultados se utilizó una adaptación del EcenSexual-DI (McCabe i Cummins, 1996). El instrumento fue administrado a 56 personas (32 hombres y 24 mujeres) con un grado de discapacidad $\Rightarrow$ 65%, una edad media de 48.86 años (min = 23; max = 78) y una desviación estándar de 13.14.

A través del análisis de la variancia ANOVA (grupo*momento) se muestra un cambio en el interés de adquisición de nuevos conocimientos y en las actitudes negativas iniciales. Las pruebas Wilcoxon ($z = -3.12$, $p = 0.002$) indican un incremento de la periodicidad masturbatoria semanal.

Palabras clave: sexualidad, discapacidad, educación, conocimientos, actitudes, programa.

Abstract

The normalization of the sexuality and sexual rights of people with intellectual disabilities, always forgotten, has changed radically in recent times with the creation and implementation of initiatives focused on improving their knowledge and sexual and emotional attitudes. Many organizations devote part of their time to the sexual and emotional education of people with intellectual disabilities they care for. These educational programs tend not to show the results obtained, nor the benefits they bring to the people attending.

The aim of this work has been to show the changes obtained in knowledge, in the interest in acquiring new ones and in the attitudes towards the masturbation of people intellectual disabilities who attend an Occupational Therapy Service after the step for an educational program, created and adapted to their individual characteristics in order to guarantee the understanding of the topics covered. An adaptation of the EcenSexual-DI scale was used to obtain the results (McCabe & Cummins, 1996). The instrument was administered to a total of 56 people (32 men and 24 women) with a degree of disability $\Rightarrow$ 65%, a mean age of 48.86 years (min = 23; max = 78) and a standard deviation of 13.14.

The analysis of the ANOVA variance (group * moment) shows a change in the interest in acquiring new knowledge and in the initial negative attitudes. Wilcoxon tests ($z = -3.12$, $p = 0.002$) indicate an increase in weekly masturbatory frequency.

Key words: sexuality, disability, education, knowledge, attitudes, program.

No se recibió financiación de ninguna fuente. No existen conflictos de intereses

INTRODUCCIÓN

La sexualidad de las personas con discapacidad intelectual no ha sido históricamente objeto de estudio en la comunidad científica por diferentes motivos. Uno de los más importantes ha sido la falta de programas educativos de calidad que garanticen una comprensión real y precisa de las diferentes temáticas trabajadas. Desde siempre, las personas con discapacidad intelectual han carecido de una educación sexual y afectiva de calidad adaptada a sus características individuales y personales. Esto es debido a que la educación sexual impartida a estos colectivos era escasa y mayoritariamente centrada en no despertar en ellos la necesidad sexual y en controlar sus manifestaciones de forma represiva (Navarro, Torrico y López, 2010). Muchos programas educativos se han dedicado a explicar exclusivamente las infecciones de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos, principalmente desde una vertiente restrictiva de la sexualidad, sin incidir en muchas de las otras opciones que esta engloba. Entre estas temáticas no

tratadas encontramos la masturbación. Esta dificultad, mostrada en la falta de educación sexual y afectiva, junto con las limitaciones que conlleva la propia discapacidad, la sobreprotección familiar, el no reconocimiento de su intimidad sexual y que su núcleo de interacción se establece con sus familiares y profesionales, dificulta el abordaje de la afectividad y la sexualidad (Navarro et al., 2010). Debemos tener presente que la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual sigue impregnada de mitos, estereotipos y prejuicios que, a pesar de estar cada vez menos presentes en el imaginario colectivo, influyen directamente en la educación y los modelos de referencia que reciben y observan. Según De Dios y García (2007), mitos como que “la masturbación es una enfermedad de la persona y es por dicho motivo una práctica no recomendable” o la “atribución de deseos perversos, debido a su sexualidad reprimida”, dificultan su abordaje educativo y han perpetuado algunas actitudes negativas que impiden y/o limitan la libre expresión de su sexualidad, al mismo tiempo que han estado consideradas como personas

no aptas para mantener relaciones sexuales y afectivas o para vivir en pareja (Díaz, Gil, Ballester, Morell y Molero, 2014). Teniendo presente que la educación sexual es un derecho universal y con el fin de asegurar que las personas con discapacidad intelectual lo tengan garantizado, existe la obligación moral y profesional de ofrecer una educación real, basada en sus demandas y capacidades, que permita a las personas con discapacidad intelectual formarse como personas de pleno derecho, capacitándolas para disfrutar de su sexualidad y favoreciendo una educación sana, cuidada y fundamentada en potenciar la calidad de vida del colectivo.

Según opinan Gil, Ballester, Caballero y Escalera (2019) el objetivo de los programas educativos es mejorar la salud a través de una acción conjunta integrada por tres componentes: “contribuir al desarrollo de habilidades y estrategias dirigidas al cuidado de uno mismo”, “dar información básica que mejore el conocimiento de sí mismos, los límites entre lo público y lo privado, pautas para iniciar y finalizar relaciones interpersonales que incluyan interacción sexual y mecanismos de protección frente al abuso sexual y la violencia de género” y, finalmente, “potenciar el desarrollo de actitudes saludables hacia la vivencia y expresión de la sexualidad”. El programa educativo creado y utilizado para el presente estudio se centra en estas variables, al mismo tiempo que recoge las temáticas que otros expertos creen necesarias en todo programa de educación sexual para personas con discapacidad intelectual y, finalmente, incorpora las demandas de las propias personas destinatarias del programa educativo, intentando, de esta forma, no obviar temáticas importantes para su desarrollo sexual y afectivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ubicación de la investigación: La investigación se llevó a cabo en el Servicio de Terapia ocupacional de la **Fundació MAP** de Ripoll.

Material: Para el diseño de la intervención y la recogida de la información se utilizó una adaptación de la *Sexual Knowledge, Experiences, Feelings and Needs Scale*

(McCabe, 1999; McCabe, Cummins y Deeks, 1999; McCabe y Cummins, 1996) conocida como EcenSexual-DI. Una de las adaptaciones fue la conversión del rango de respuesta pasando de respuesta dicotómica (Sí/No) a una escala tipo Likert con un rango de puntuaciones de 0 a 10. Se pasó de tres entrevistas individuales que tenía el formato original a una evaluación individual, realizada al finalizar cada una de las 10 sesiones formativas, creyendo obtener una mayor sensibilidad de instrumento para detectar el cambio.

A nivel formativo se creó un programa educativo adaptado específicamente a las características de la población destinataria, que constaba de diez sesiones formativas, una de las cuales dedicada a la masturbación.

Procedimiento: La investigación se desarrolló en tres etapas: evaluación pre-test, aplicación del programa formativo, evaluación post-test y análisis de los datos obtenidos.

Sujetos a estudio: La muestra estuvo formada por 56 personas, 36 del grupo de intervención (22 hombres y 14 mujeres) y 20 del grupo control (10 hombres y 10 mujeres). En el curso de la intervención, se excluyeron dos personas más al no poder obtener datos post formación por abandono del programa formativo. Se recogen datos pre y post a 20 personas que no realizan la formación. Los 36 restantes participan en el programa psicoeducativo y aportan datos antes y después del mismo. En la asignación del grupo intervención no se siguió ningún criterio de similitud intergrupar ni criterios de homogeneidad en relación al género. Durante la realización de las diferentes actividades se registró la asistencia de los participantes.

Análisis de datos: Se utilizó el paquete estadístico SPSS en la versión 20.0 para Windows. Las pruebas realizadas fueron el análisis de la varianza (ANOVA) y, en relación a las pruebas no paramétricas, McNemar y Wilcoxon. Para poder crear la adaptación del cuestionario de recogida de datos se utilizó la aplicación Google Forms en su versión online.

RESULTADOS

Muchos de los participantes mostraban al inicio un desconocimiento prácticamente total de la masturbación, con un 55.36 % de los participantes que informaban no realizar nunca esta práctica sexual. Indicando muy poco interés en adquirir nuevos conocimientos en relación a dicha temática, con una valoración de 5. Un conocimiento fomentado, en muchas ocasiones por mitos y falsas historias. En relación a las actitudes, un 60.07 % de los participantes valora la masturbación por debajo del 5. Cabe destacar que un 46,42% de los participantes indican una valoración de 0.

Después del programa formativo se incrementa en 3 puntos el interés de adquirir nuevos conocimientos en relación a la masturbación. Se modifican todas las actitudes relacionadas con la temática, doblando los resultados obtenidos en datos pre formación. Cabe destacar la valoración de considerarse como personas sexualmente activos, con una valoración prácticamente de 9. La misma tendencia se observa en la valoración superior al 9 en relación a valorar de forma positiva que la gente se masturbe, un dato que en resultados pre formación recibía una valoración de 4.36.

DISCUSIÓN

Discusión de los resultados antes de la aplicación del programa psicoeducativo

Es interesante destacar la poca asiduidad de esta práctica que comunican los participantes en el estudio que presentamos antes de la actividad formativa y a su vez el elevado interés de incrementar conocimientos al respecto. Creemos que este hecho se debe a que muchos los participantes la practican, pero no la informan porque no reconocen el nombre que se utiliza para preguntarles. Estos hechos se reflejan también en los datos presentados en el estudio de Gil, Morell, Ballester y Díaz (2017), donde nos indican que la masturbación es la práctica sexual más predominante en personas con discapacidad intelectual, pero que es conocida como concepto únicamente por el 32.14% de los participantes en el estudio y en el presentado por Gil, Díaz, Ceccato, Ballester y Giménez

(2014), realizado con 39 mujeres con discapacidad intelectual, con una edad comprendida entre los 27 y los 52 años que residen en pisos tutelados, centros residenciales o unidades familiares donde únicamente el 37.3% de participantes practica con cierta frecuencia esta actividad sexual. A pesar del interés mostrado se observa, en general, una visión negativa de los participantes en nuestro estudio hacia la masturbación (con valoraciones oscilantes entre 4 y 5) coincidente con datos aportados por Morentin, Rodríguez, Arias y Aguado (2006), donde aparecen, de nuevo, sentimientos negativos, mitos, conceptos equivocados y miedos que derivan en una visión negativa de esta práctica sexual.

Discusión de los resultados después del paso por el programa psicoeducativo

Una de las temáticas que mayor cambio obtiene es la masturbación. Posiblemente no en el hecho de realizar más asiduamente esta práctica, sino en la predisposición de hablar de ella al tener los conocimientos adecuados. El elevado número de participantes que se masturba al menos una vez a la semana (con un incremento de 8 participantes si se compara con los datos pre formación) es similar al obtenido en el estudio de Díaz et al. (2014), donde el 78.8% de los 78 participantes se había masturbado en algún momento de su vida, pero discrepa del estudio presentado por Beytut, Conk, Isler y Tas (2009), donde se indica que únicamente el 37.3% del total de las 60 mujeres con discapacidad intelectual mayores de 18 años practica asiduamente la masturbación. La frecuencia más elevada de realización de esta práctica indicada por los participantes, la franja comprendida entre 2 y 4 veces a la semana es muy similar al obtenido por Díaz et al. (2014), donde la temporalidad más indicada era entre 1 y 3 veces por semana. Se observa en datos post formación un interés claro de adquisición de nuevas informaciones relacionadas con la masturbación. Creemos, y no deja de ser una suposición, que el hecho de hablar de uno de los tabús más grandes con los que han de convivir, y recibir información de calidad y real, probablemente

incremente la demanda de adquirir más información.

CONCLUSIONES

Se constata la necesidad del programa formativo ya que, antes de recibirlo, más de dos terceras partes de los participantes comunican que nadie les ha informado sobre cuestiones sexuales y muestran carencias en los conocimientos sobre esta temática, al mismo tiempo que muestran un interés para saber más. Igualmente, más de la mitad de los participantes muestran actitudes negativas hacia la masturbación.

El programa ha sido eficaz para incrementar significativamente los conocimientos sexuales de los participantes como también para modificar notablemente sus actitudes negativas hacia la masturbación de forma que se incrementa la aceptación de dicha práctica sexual.

Es importante destacar que la masturbación sigue siendo a día de hoy una temática de difícil abordaje tanto para los profesionales, las familias o entidades tutelares como para las propias personas afectadas, por tanto, vistos los resultados, creemos conveniente continuar realizando este tipo de actividades formativas entre las personas con discapacidad intelectual, para mejorar sus conocimientos, favorecer que puedan expresar sus preferencias y actividades sexuales y afectivas sin miedo a la censura y, en definitiva, ayudar-los a gozar una sexualidad y una afectividad sana, de calidad y con garantías, para evitar situaciones de riesgo y mejorar su día a día.

BIBLIOGRAFÍA

Beytut, D., Conk, Z., Isler, A., y Tas, F. (2009). A Study on Sexuality with the Parents of Adolescents with Intellectual Disability. *Sexuality and Disability*, 27(4), 229-237. DOI: 10.1007/s11195-009-9130-3

De Dios, R., y García, L. (2007). *Discapacidad intelectual y sexualidad: Programa de educación sexual en centros de atención a personas adultas*. Gobierno del Principado de Asturias: Documentos de Política Social. Serie Documentos Técnicos n.º 19.

Díaz, I. M., Gil, M. D., Ballester, R., Morell, V., y Molero, R. J. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *Revista INFAD de Psicología*, 3(1), 415-422.

Gil, M. D., Ballester, R., Caballero, L., y Escalera, C. (2019). *Programa SALUDIVERSEX. Programa de educación afectivo-sexual para adultos con diversidad funcional intelectual*. Madrid: Editorial Pirámide.

Gil Llario, M. D., Díaz Rodríguez, I., Ceccato, R., Ballester Arnal, R., y Giménez García, C. (2014). Conocimientos, actitudes hacia la orientación sexual, comportamientos de riesgo y abusos sexuales en mujeres con discapacidad intelectual. *Revista INFAD de Psicología*, 2(1), 397-405. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v2.455>

Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R., y Díaz-Rodríguez, I. (2017). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(1), 72-80. <https://doi.org/10.1111/jir.12455>

McCabe, M. P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability*, 17(2), 157-170.

McCabe, M. P., y Cummins, R. A. (1996). The sexual knowledge, experience, feelings and needs of people with mild intellectual disability. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 31(1), 13-21.

McCabe, M. P., Cummins, R. A., y Deeks, A. A. (1999). Construction and psychometric properties of sexuality scales: sex knowledge, experience, and needs scales for people with intellectual disabilities (SexKen-ID), people with physical disabilities (SexKen-PD), and the general population (SexKen-GP). *Research in Developmental Disabilities*, 20(4), 241-254. [https://doi.org/10.1016/s0891-4222\(99\)00007-4](https://doi.org/10.1016/s0891-4222(99)00007-4).

Morentin, R., Rodríguez, J. R., Arias, B., y Aguado, A. L. (2006). Pautas para el desarrollo de programas eficaces de

educación afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 37(1), 41-58.

Navarro, Y., Torrico, M. E., y López, M. J. (2010). Programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual. *Educacion y diversidad. Education and diversity: Revista inter-*

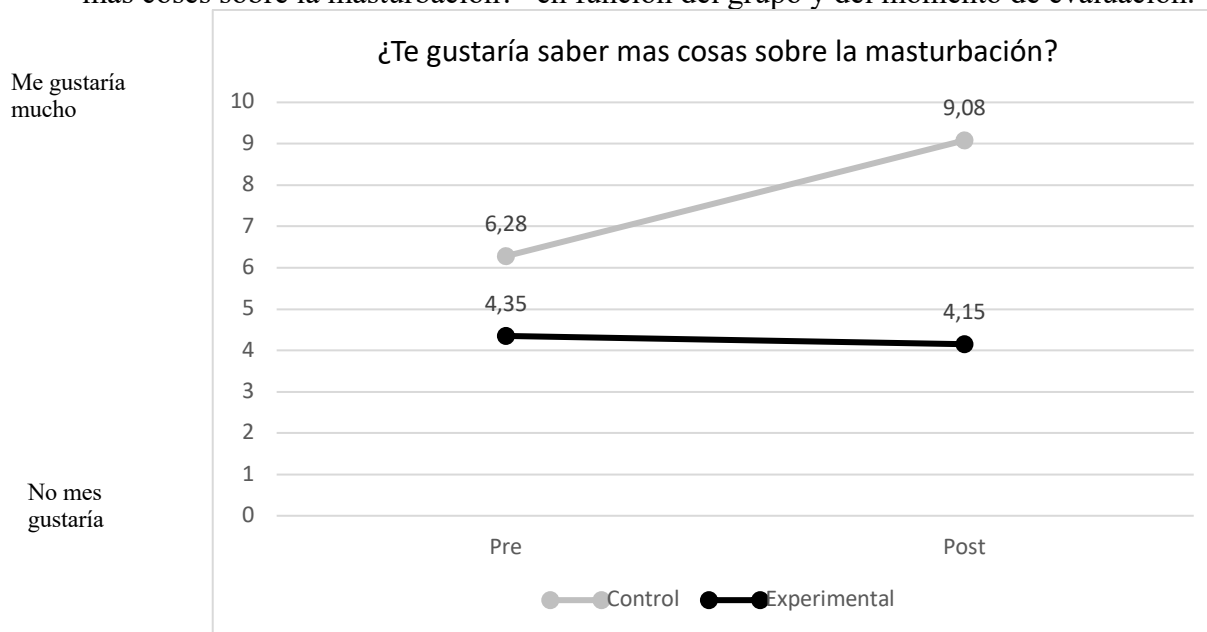
universitaria de investigación sobre discapacidad e interculturalidad, 4(2), 75-92.

Torices, I., y Ávila, G. (2007). *Orientación sexual para personas con discapacidad. Aspectos generales y específicos*. Sevilla: Editorial MAD Eduforma.

TABLAS Y FIGURAS

Figura 1

Representación gráfica de las puntuaciones medias en relación a la pregunta “¿Te gustaría saber más cosas sobre la masturbación?” en función del grupo y del momento de evaluación.



En la figura 1 podemos observar que el efecto de interacción es significativo en el sentido que los participantes del grupo de intervención incrementan notablemente la puntuación en esta pregunta y en el grupo de control se reducen ligeramente. También son significativos los efectos del momento y del grupo.

En las figuras 2, 3 y 4 observamos que el efecto de interacción es significativo en el sentido que los participantes del grupo de intervención incrementan notablemente la puntuación en dicha pregunta, mientras que en el grupo de control el incremento es mínimo. También es significativo el efecto del momento.

Figura 2

Representación gráfica de las puntuaciones medias en relación a la pregunta “¿Qué te parece que la gente se masturbe?” en función del grupo y del momento de evaluación.

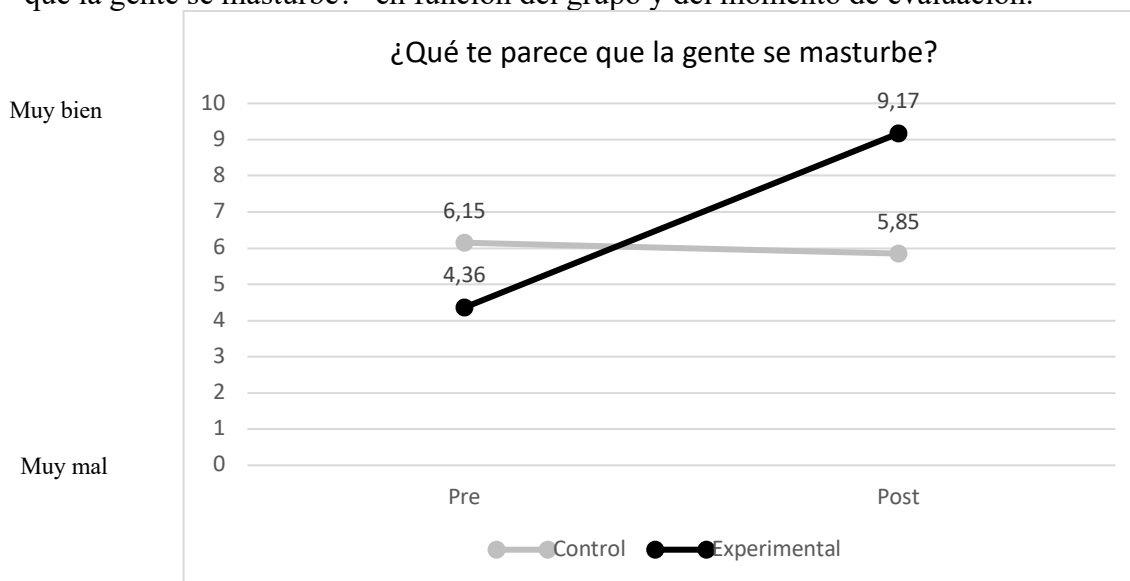


Figura 3

Representación gráfica de las puntuaciones medias en relación a la pregunta “¿Cómo te sientes cuando haces estas cosas (masturbación)?” en función del grupo y del momento de evaluación.

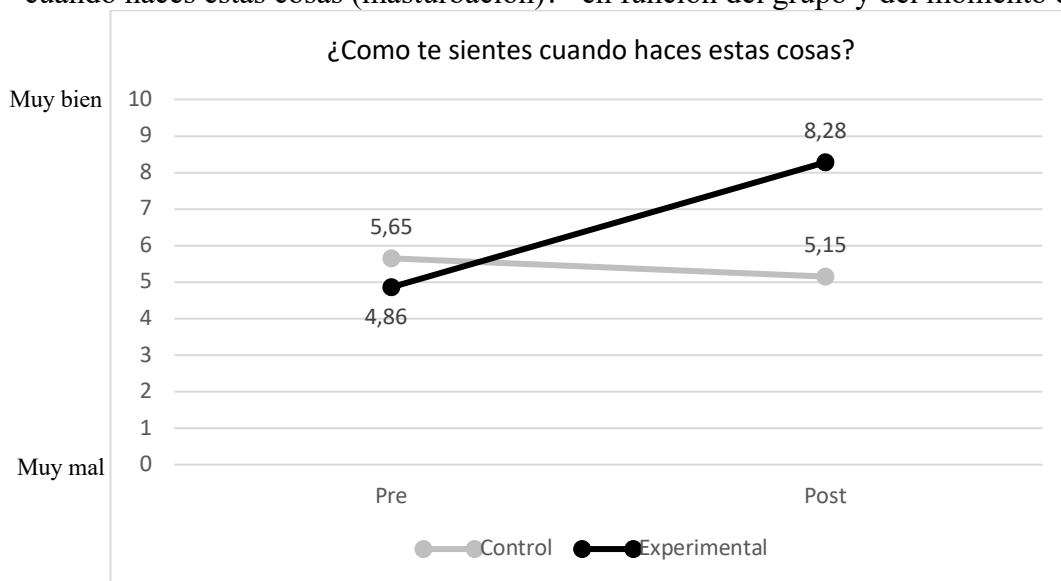
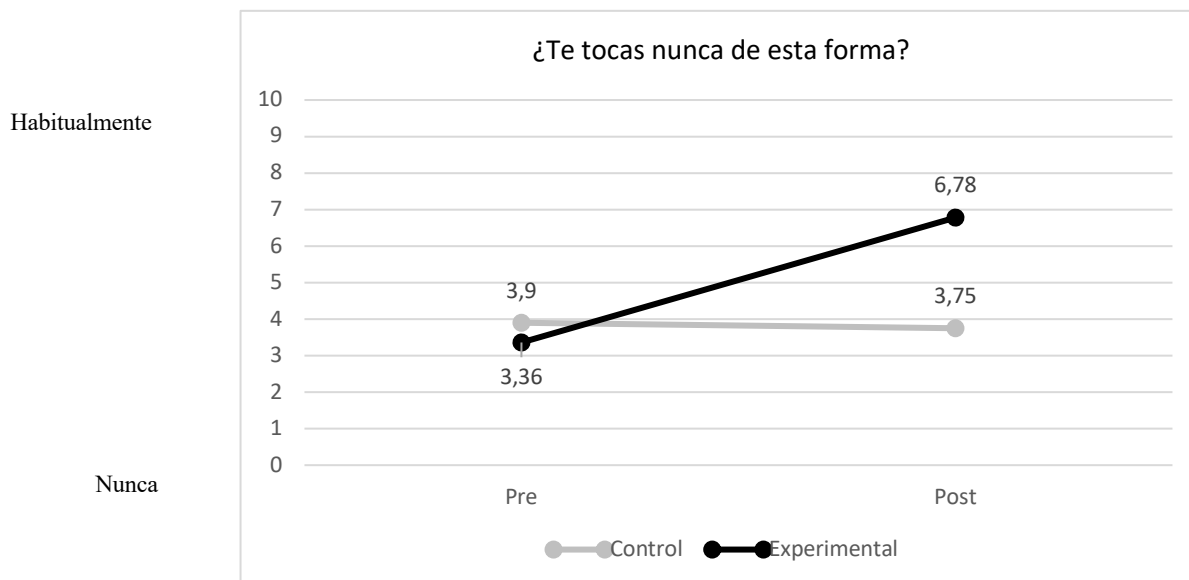


Figura 4

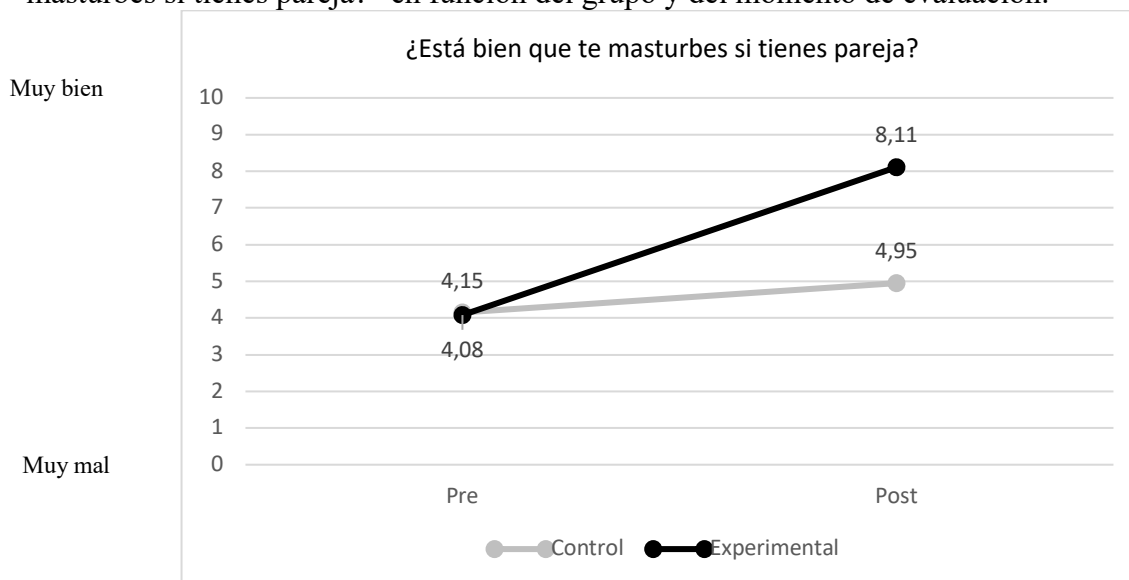
Representación gráfica de las puntuaciones medias en relación a la pregunta “¿Te tocas nunca de esta forma?” en función del grupo y del momento de evaluación



En la figura 5 observamos el mismo comportamiento. El efecto de interacción es significativo en el sentido que los participantes del grupo de intervención incrementan notablemente la puntuación en estas preguntas, mientras que en el grupo de control solo se observa un pequeño aumento. Es significativo también el efecto del momento.

Figura 5

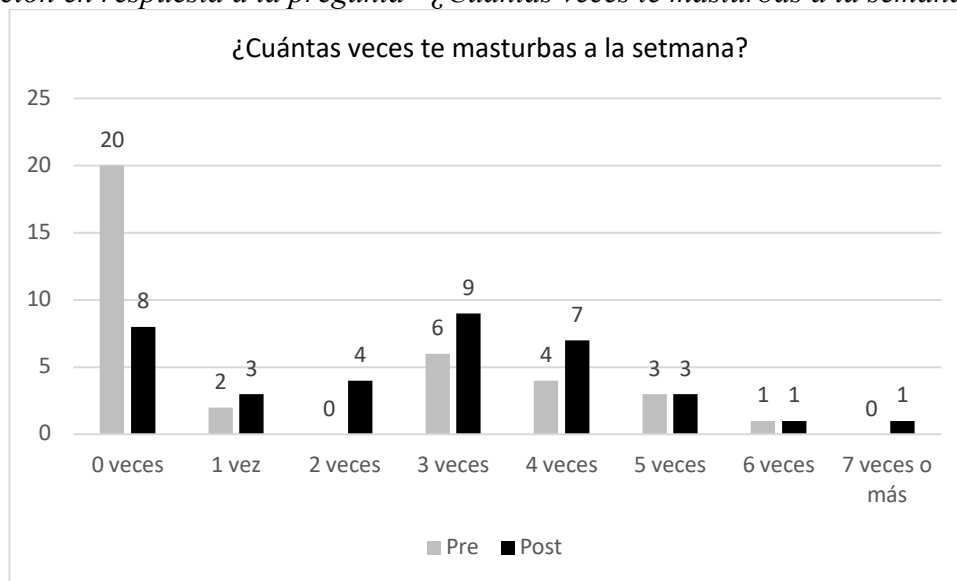
Representación gráfica de las puntuaciones medias en relación a la pregunta “¿Está bien que te masturbes si tienes pareja?” en función del grupo y del momento de evaluación.



En la tabla 1 se presentan las respuestas a la pregunta “¿Cuántas veces te masturbas a la semana?” según el grupo y el momento de evaluación. En el grupo de intervención se observa una reducción del 33.4 % del total de personas que no se masturban; Esta reducción es de 12 personas. Se incrementan en un 2.7 % la opción 1 vez, en un 11.1 % la opción 2 veces, representando a 4 personas del total; también las opciones 3 y 4 veces, con un incremento del 8.3 %, que, a efectos prácticos, significan 3 personas. El resto de opciones se mantienen igual. Los datos nos muestran una significación estadística (Wilcoxon: $z = -3,12$; $p = 0,002$). En el grupo control se observa un incremento de un 15 % del total de personas que se masturban 2 veces a la semana y una disminución del 5 % de las personas que no lo hacen nunca; en este caso, pero, los datos nos indican que no hay significación estadística (Wilcoxon: $z = -0,21$; $p = 0,83$).

Tabla 1

Respuestas totales y porcentaje de respuestas del grupo de intervención en los dos momentos de evaluación en respuesta a la pregunta “¿Cuántas veces te masturbas a la semana?”.



La disfunción sexual femenina antes, durante el embarazo y después del parto.

Female sexual dysfunction before and during pregnancy, and after childbirth.

Polanco Reyes L¹, Escobedo Baquedano DA², Canto Cetina T², Ballote Zapata M³,
Pinto Escalante D², García Escalante MG⁴.

1-Médico cirujano. Especialista en Sexología Educativa. Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán. México.

2- Médico cirujano. Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán. México.

3- Química. Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán. México.

4- Bióloga. Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán. México.

Correspondencia

Lucila Polanco Reyes
Universidad Autónoma de Yucatán
Calle 122 # 280
Mérida. Yucatán (México)
CP 97238
Correo electrónico: preyes@correo.uady.mx

Fecha de recepción: 14 de diciembre de 2021. **Fecha de aceptación:** 22 de diciembre de 2021

Resumen

Objetivo: Conocer la frecuencia de disfunción sexual previa al embarazo, durante éste y en el puerperio en mujeres que acuden al Centro de salud de Ekmul, Yucatán, México.

Diseño: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.

Emplazamiento: Llevado a cabo en mujeres que acudieron a consulta médica posparto al Centro de Salud Rural de la comunidad de Ekmul, Yucatán, México.

Participantes: Participaron 31 mujeres, de 15 a 39 años, que aceptaron la entrevista durante su consulta de control de niño sano y puerperio.

Mediciones principales: A través de un cuestionario elaborado ex profeso, se entrevistó a las mujeres que cursaban entre 20 días y 6 meses de posparto, y que tuvieran pareja sexual, para determinar el estatus de su puerperio, resolución del embarazo, momento de reinicio de relaciones sexuales, motivación principal del reinicio y las características de su respuesta sexual antes, durante y después del embarazo y parto.

Resultados: El 58.06 % de las mujeres reinició actividad sexual entre los 43 a 90 días posparto. Aunque el 80.64 % manifestó experimentar satisfacción sexual casi siempre antes del embarazo; ésta disminuyó hasta un 32.26 % durante el mismo y continuó disminuida algunas semanas en el posparto con un 38.71 %. Ninguna reporta disfunciones sexuales en el 2º trimestre del embarazo, no así en el primero, incluso en el 3º donde se presentó en el 9.6% de las mujeres.

Conclusiones: El deseo sexual hipoactivo y la disfunción en la excitación mejoraron durante el embarazo y el postparto. El orgasmo se presenta casi siempre en el 64.52 % de la población encuestada, aunque disminuyó durante el embarazo, aumentando nuevamente en el postparto en el 77.42. La dispareunia, rara antes del embarazo, se empezó a presentar en un 29.03 % en el postparto, sobre todo cuando tuvieron resolución vaginal. No hay reporte de disfunción con lactancia materna en el 74 % que continuaban amamantando.

Existe imagen corporal deteriorada en un 50 % de ellas por su aspecto y la lactancia, pero esto no impidió del todo el erotismo y la satisfacción sexual de los encuentros, aun cuando la penetración fuera dolorosa en algunas, por cambios en el periné.

Palabras clave: Disfunción sexual, Embarazo, postparto.

Abstract

Objective: To identify the frequency of sexual dysfunction prior to pregnancy, during pregnancy and during the puerperium in women attending the health center of Ekmul, Yucatan, Mexico.

Design: Descriptive, cross-sectional, retrospective study.

Setting: Conducted on women attending postpartum medical consultation at the Rural Health Center in the community of Ekmul, Yucatan, Mexico.

Participants: 31 women aged 15 to 39 years, who agreed to be interviewed during their well-child and postpartum visits.

Main measurements: Using a specially designed questionnaire, women who were between 20 days and 6 months postpartum and who had a sexual partner were interviewed to determine the status of their postpartum period, resolution of the pregnancy, time of resumption of sexual relations, main motivation for resumption, and the characteristics of their sexual response before, during and after pregnancy and childbirth.

Results: 58.06 % of the women resumed sexual activity between 43 and 90 days postpartum. Although 80.64 % reported experiencing sexual satisfaction almost always before pregnancy, this decreased to 32.26% during pregnancy and continued in a low percentage for a few weeks postpartum with 38.71%. None reported sexual dysfunction in the first and second trimesters of pregnancy, but in the third trimester it was present in 9.6% of the women.

Conclusions: Hypoactive sexual desire and arousal dysfunction improved during pregnancy and postpartum. Orgasm is almost always present in 64.52% of the surveyed population, although it decreased during pregnancy, it increased again in the postpartum in 77.42%. Dyspareunia, rare before pregnancy, began to occur in 29.03 % postpartum, especially when they had vaginal resolution. There is no report of dysfunction with breastfeeding in 74% who continued nursing.

There is a deteriorated body image in 50% of them due to their appearance and breastfeeding, but it did not completely prevent the eroticism and sexual satisfaction of the encounters, even if penetration was painful in some of them, due to changes in the perineum.

Key words: Sexual dysfunction, Puerperium, Pregnancy, Sexual response.

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

INTRODUCCIÓN

Ha sido documentado que, durante el embarazo, el deseo sexual y la frecuencia coital varían de acuerdo al período de

gestación, además de las condiciones propias de cada mujer (1).

Esto es, porque en muchas mujeres, la atención en el posparto y embarazo se enfoca

en la maternidad y el recién nacido dejando a un lado a la mujer como individuo (2).

Hablando del re inicio de actividad sexual, posterior al embarazo, en México se respeta la “cuarentena”, período similar al de seis semanas (puerperio- 15 a 30 días de posparto) hallado por Wiliamson y Yee et al (3,4).

En cuanto a la respuesta sexual, son bien conocidas sus fases, pero los cambios o la mayoría de las respuestas psicológicas ocurridos durante la misma son más difíciles de clasificar, en tanto que son vividas de forma personal en base a las experiencias y dependiendo de la integridad del hipotálamo, sistema límbico, el tálamo y otros órganos involucrados.(5-8) Esta respuesta sexual sufre cambios dramáticos (9) comunmente durante el embarazo y el puerperio (10), mismo que incluye cambios mamarios por la lactancia, por lo que se debe diagnosticar uno normal de otro patológico (11).

Así, por ejemplo, durante el embarazo y la lactancia materna exclusiva, la libido puede disminuir debido al cansancio o a los bajos niveles de estrógenos y a los altos niveles de prolactina y de oxitocina, manteniendo la atención de la madre orientada hacia el recién nacido (12-14).

Otros autores no han encontrado relación entre la función sexual y la lactancia materna (15,16).

Un estudio realizado en la Habana no encontró variación significativa de la libido durante el embarazo, e incluso reporta un incremento durante el segundo trimestre (14,17). No así otros que revelan que, entre el 58 y el 65.9 % de las embarazadas presenta disminución del deseo sexual y el 71 % de ellas disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales (17,18).

Para reiniciar contacto sexual, un obstáculo sería la dispareunia debida a la cicatrización de la episiotomía (19,20) y el temor a experimentar dolor en zona de la herida operatoria en el caso de una cesárea o miedo a un nuevo embarazo (21).

Otras causas de disfunción femenina serían que, tanto en el embarazo como el puerperio (necesario para facilitar la

recuperación de los órganos sexuales además de prevenir infecciones (20,22,23,24).

incluso estos cambios podrían estar influenciados por la sexualidad previa al embarazo (25).

En promedio al mes y medio del parto, una tercera parte de las mujeres reanudan sus relaciones sexuales parcialmente y a los 3 meses lo hacen prácticamente todas (26-27).

En un estudio realizado por Holanda JB, el 33.5%, 76.0% y 43.5% tenían disfunción sexual antes del embarazo, durante y después del parto, respectivamente. Los factores asociados fueron la religión, las horas de trabajo, antecedentes de disfunción y tipo de parto (28).

Otro estudio relacionado con la libido reporta que ésta aumentó durante el embarazo, pero los orgasmos se experimentaron con menos frecuencia. El parto vaginal y la episiotomía no fueron predictores significativos de sexo postnatal (29).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal, que incluyó a todas las mujeres puérperas que acudieron a consultar al Centro de Salud Rural de Ekmul, Yucatán durante el bimestre junio - julio de 2019.

De una población muestra de 38 mujeres entre 15 y 39 años en etapa de postparto, se aceptaron y fueron incluidas 31 que tenían entre 20 días y 6 meses de haber parido, y que tenían una relación de pareja desde antes del embarazo.

a) A todas las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión se les aplicó una entrevista semiestructurada, con 38 preguntas que incluyeron: indicadores sociodemográficos, antecedentes gineco obstétricos previos y un guion de entrevista sobre su vida sexual antes, durante el embarazo y actualmente durante su puerperio.

RESULTADOS

Del total de la población estudiada (n= 31) el 58 % (18) reinició relaciones sexuales entre los 43 y los 90 días de puerperio.

El 35.48 % refiere cambios en la frecuencia de relaciones sexuales y el 3.23 % en cuanto al orgasmo.

Del 80.64 % que se sentía satisfecha sexualmente previo al embarazo, este porcentaje disminuyó durante el mismo al 38.71% y solo el 20 % se considera satisfecha después del parto.

La apatía sexual se vivió durante el embarazo en un 35.42% (20 mujeres) y en las mujeres que sentían algún interés en el sexo (20 mujeres), este porcentaje subió hasta un 64.52%, sin embargo, el porcentaje de mujeres que lo refieren en calidad de siempre, el porcentaje se mantuvo igual con un 25.81 % (n=8).

Antes del embarazo 12 no presentaban alteraciones de excitación y este número aumentó a 16, mostrando mejoría en 4 mujeres durante el mismo, sin embargo, disminuyó de nuevo en el postparto a 14 (45.16 %); mientras que del 61.28 % (n19) que manifestó algún problema éste disminuyó hasta el 48.39 % (n=15) durante el embarazo, llegando nuevamente a 51.61 % (n=16) en el postparto. Todo esto hablaría de cierta mejoría en la actividad sexual posparto.

Antes del embarazo un 25.80% (n=8) refirió tener disfunción orgásmica, la cual persistió durante el mismo (25.80%) mejorando ahora en el post parto pues son sólo el 16.13% (n=3). Las mujeres con parto vaginal son las que persisten con anorgasmia.

Respecto a la dispareunia, antes del embarazo la sufría el 16.63% y en el reinicio de relaciones sexuales postparto se presentó algunas ocasiones en el 29.03%, el 19.35% de éstas tuvo parto vaginal.

DISCUSIÓN

Significado y aplicación práctica de los resultados.

Existen publicaciones que reportan cambios en la respuesta sexual durante el embarazo, relacionados con el deseo y la frecuencia coital y mencionan que éstos varían de acuerdo al período de gestación, además de las condiciones propias de cada mujer (1) y que asimismo, en estos períodos la atención se enfoca en la maternidad y el recién nacido, dejando a un lado a la mujer como individuo (2). Otros estudios refieren

que el embarazo y la lactancia materna exclusiva, son factores que propician que la libido pueda disminuir por cansancio o bajos niveles de estrógenos y altos niveles de prolactina y oxitocina (12,13,14).

En este estudio las disfunciones en deseo sexual y excitación mejoraron en un buen porcentaje de mujeres durante el embarazo y el postparto. El orgasmo que se presentaba en el 64.52 % de la población femenina, aunque disminuyó durante el embarazo, aumentó nuevamente en el postparto hasta un 77.42% y no hay reporte de disfunción por lactancia materna, aun cuando el 74 % de las mujeres continuaban amamantando al momento de la entrevista.

Consideraciones sobre posibles limitaciones o inconsistencias de la metodología y las razones por las que los resultados pueden ser válidos.

Una de las principales debilidades del estudio pudo darse con la inconsistencia en el cumplimiento de la cita de algunas madres al control de niño sano o por puerperio, situación que retrasaba la aplicación puntual de las entrevistas.

Sin embargo, una vez subsanados estos percances y logrado vencer el tabú de la naturaleza de la entrevista, logramos en equipo mixto de entrevistadores masculinos y femeninos conocer la fisiología sexual y respuesta sexual en las relaciones durante el posparto en las mujeres estudiadas. Hubo completa colaboración de las mismas, una vez explicada la naturalidad con que debe hablarse de la respuesta sexual en pareja.

Relación con publicaciones científicas

Las mujeres de este estudio reiniciaron relaciones sexuales después del parto entre los 43 a 90 días en un 58.06 %, lo cual concuerda con un estudio que menciona que aproximadamente el 80 % de las parejas reinició relaciones sexuales los primeros 90 días y solo el 19% lo hizo en el primer mes posparto (22).

Asimismo, la frecuencia coital posparto en este estudio coincide con otro realizado en Colima, México, pues en más del 50 % (n18) de las mujeres es de 2 relaciones por semana, semejante a lo que era antes de este embarazo (30).

Otras investigaciones realizadas, una en Chile y otra en Perú coinciden con nuestros resultados en cuanto a las creencias del tiempo requerido para el reinicio de contacto sexual posparto para evitar infecciones del tracto sexual (31); en los 3, la mayoría reinició actividad sexual al final del puerperio (32).

Las 3 poblaciones (México Chile y Perú) coinciden en que el período ideal de reinicio es después de 40 días del parto (33).

Esta investigación concuerda asimismo con dos estudios, uno de ellos mexicano, en el cual el 91.6 % de las mujeres observó cambios en su vida sexual incluso en el orgasmo después del embarazo y parto, comparados con un 86.4 % de mujeres españolas (34)

Antes del embarazo las mujeres de este estudio obtenían el orgasmo siempre y casi siempre en un 64.52%, disminuyendo actualmente a un 29.03 %, sin embargo, aquellas que referían haberlo experimentado en un 77.42% durante el posparto concuerdan con mujeres españolas (75.3%) que lo experimentaban antes del embarazo, y se redujo a un 57 % durante el mismo (35).

BIBLIOGRAFÍA

1.-Rejane-Salim N, Rosa-Gualda DM. La sexualidad en el puerperio: la experiencia de un grupo de mujeres. *Rev Esc enferm USP*. 2010; 44(4):888-895.

2.-Rejane- N, Matos-Araujo N, Rosa-Gualda DM. Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010; 18(4):732-739.

hallado por Wiliamson en el 2008 30 y Yee et al en el 2013(3,4) 3.-Williamson MJ, McVeigh C, Baafi M, An Australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midwifery*. 2008;24(1): 99-107.

4.- Yee LM, Kaimal AJ, Nakagawa S, Houston K, Kuppermann M. Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2013;58(6): 654-661.

5.- Franco E. Neurofisiología de la respuesta sexual humana. Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia –

UNAD. Publicación electrónica [revisado en abril del 2018]. Disponible en: <http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/9462/1/80011-3.%20Respuesta%20Sexual%20Femenina%20y%20Masculina.pdf>

6.- Guía didáctica para la promoción de la salud en la sexualidad de personas con discapacidad. Publicación electrónica [revisado en abril del 2018]. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/50280832/neurofisiologa-a-de-la-respuesta-sexual-humana-geishad>

7.- Martínez G LF. Terapista Gestalt. Publicación electrónica. [revisado en abril del 2018]. Disponible en: <http://terapiagestaltsi.com/2012/06/12/fases-de-la-respuesta-sexual-humana-del-deseo-a-la-excitacion-y-la-resolucion/>

8.- Gorguet-PI IC. Comportamiento sexual humano. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2008.

9.-Sepúlveda. Comportamiento sexual, corteza cerebral, sistema límbico. Sepúlveda cerebro interno (sistema límbico-hipocampo amígdala, septum, giro cingulado-, hipotálamo, núcleo estriado) y sexualidad. Centro de formación integral. Revisado en abril 2018. Disponible en: <http://formacion-integral.com.ar/website/?p=525>

10.-Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom L. Williams Obstetricia. 23ª edición. McGraw-Hill; 2011).

11.- Bajo-Arenas JM, Melchor JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia. Madrid: SEGO; 2007.)

12.-Pérez-López FR, Goicoechea J, Martínez-Casamayor MF. Comportamiento sexual de la embarazada. *Progr. Obstet. Ginecol*. 1987;30(6):363-7.

13.- Rodríguez-León M, Ramón-Arbués E. Characteristics and evolution of pregnant women's sexual pattern. *Enferm. glob*. [Internet]. 2013 Oct [citado 2018 Abr 20]; 12 (32): 362-370. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400022&lng=es.

14.- García-Mirás R, González-Sánchez A, Llibre Guerra JJ, García-Arjona Loyna,

Perera-Boza O. Comportamiento de la conducta sexual durante el embarazo en un grupo de puérperas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2015; 41(1): 39-49.

15.- Chayachinda C, Titapant V, Ungkanungdech A. Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in Thai primiparous women with episiotomy. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015; 12(5):1275-82.

16.- Laganà AS et al. Evaluation of recovery and quality of sexual activity in women during postpartum in relation to the different mode of delivery: a retrospective analysis. *Minerva Ginecol*. 2015;67(4):315-20.)

17.-Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2000; 107: 964-968.)

18.-Levin A. Cambios en la actividad sexual durante la gestación (Tesis). Buenos Aires Argentina: Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud; 2012. 58 p.)

dispareunia debida a la cicatrización de la episiotomía

19.-Silva NLS, Oliveira SMJV, Silva FMB, Santos JO. Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. *Rev. enferm. UERJ*. 2013;21(2):216-20.

20.-Cruz-Maroto E. Incidencia y prevalencia del dolor perineal post parto vaginal. *Reduca, Enfermería, Fisioterapia y Podología*. 2009;1(2): 369-382.)

21.- Grudzinkas JG, Atkinson L. Sexual function during the puerperium. *Archives of Sexual Behavior*. 1984;13(1):85-91.)

22.- Sánchez S, Casado M. Vida Sexual en el postparto. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Publicación electrónica. [Revisado en abril 2018] Disponible en: http://www.icmer.org/documentos/lactancia/s_ex_en_postparto.pdf

23.- Angulo-Seijas CM. Factores físicos y psicosociales asociados con el reinicio de la actividad coital en primíparas adolescentes del Hospital Belén de Trujillo (Tesis).

Trujillo Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, Escuela de Postgrado; 2015. 39 p.

24.- Díaz S. (s/f a). El periodo post-parto. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Publicación electrónica. [revisado en abril 2018] disponible en: http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/P_OST-PARTO.pdf

25.-Perkins RP. Sexuality in pregnancy: what determines behavior? *Obstet Gynecol*. 1982;59:189-98.

26.-Enciclopedia de la sexualidad. España: Océano 1996; Vol. 3,333-342

27.-Williamson MJ, McVeigh C, Baafi M, An Australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midwifery*. 2008;24(1): 99-107.

28.-Holanda JB, Abuchaim ES, Coca KP, Abrão AC. Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(6):573-8.

29.- Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2009; 54(2):98-103.

30.-Moral de la Rubia J. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas Época II. Vol. XVII. Núm. 33, Colima, verano 2011, pp. 45-76)

31.-Correa- Díaz LD, Sepúlveda- Cofré DA. Factores biopsicosociales que influyen en el retorno a la actividad sexual de mujeres en el período postparto pertenecientes al CESFAM Castro Alto, durante el segundo semestre del 2013 (Tesis). Valdivia Chile: Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia y Puericultura; 2013. 87 p

32.- Molero F. La sexualidad en el embarazo y puerperio. Publicación electrónica. [Revisado en abril 2018] Disponible en: <http://www.aeem.es/noticias/103>.

33.- Castro, E., Muñoz, S., Plaza, G., Rodríguez, M. y Sepúlveda, L. (2006). Prácticas y creencias tradicionales en torno al puerperio, Municipio de Popayán, 2005. *Revista Infancia, adolescencia y familia*. 1(1), 141-152. Obtenido el 02/11/18, desde

http://www.revistaiaf.abacolombia.org.co/es/pdf/v1n1/v1n1_7.pdf

34.- Soria Becerril BC. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio (Tesis). Almería España: Universidad de Almería, Facultad de Ciencias de la Salud; 2012. 71 p.

35.- Piñero Navero S, Alarcos Merinio G, Arenas Orta MT, Jiménez Iglesias V, Ortega Ballesteros EM, Ramiro Figueroa MJ. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. NURE Inv. (Revista en Internet) 2011(fecha de acceso 28-febrero-2019); 8(50):11 p.

Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE50_original_modifisex.pdf

36.-Morof D, Barret G. Postnatal Depression and Sexual Health After Childbirth. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Published by Elsevier. vol. 102, no. 6. London. December 2003. Pages 1318-1325.

37.-Kirsten Von. Sexuality during pregnancy and after childbirthAmetacontent analysis of 59 studies. Journal of Psychosomatic Research Volume 47. Germany. July 1999. Pages 27-49.

38.-Byrd JE1, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. J Fam Pract. 1998; 47(4): 305-8.

39.-Brenda de la Luz Hernández.Reporte especial, Sexo. Publicación electrónica. Publicado en octubre 2018.Disponible en https://www.huffingtonpost.com.mx/2018/10/02/anorgasmia-femenina-o-la-incapacidad-para-experimentar-un-orgasmo_a_23547841/

Puntos básicos

Un factor predisponente para la disfunción sexual femenina puede ser la doble moral social, pues se valora que las mujeres se resistan a las relaciones sexuales y que no sientan ni expresen deseos, mientras que al varón se le festejan o vitorean las manifestaciones sexuales (6).

Mientras unos estudios no encuentran variación significativa de la libido durante el embarazo, otros incluso reportan un incremento durante el segundo trimestre. (14,17). No así otros que revelan que, entre el 58 y el 65.9 % de las embarazadas presenta disminución del deseo sexual y el 71 % de ellas disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales (17).

Lo que aporta este estudio

De las 14 mujeres que refieren insatisfacción sexual, ésta se dio a partir del primer trimestre y ninguna la reporta en el 2º aunque, vuelve a referirse ésta en el 9.6 % (3 mujeres) durante el tercer trimestre.

Aunque existen estudios que mencionan al nivel hormonal durante la lactancia como uno de los factores que puede dar origen a problemas en el deseo sexual (36,37), esto no concuerda con nuestros hallazgos, pues la baja frecuencia de deseo al mes y 4 meses postparto en un estudio (38) no sucedió en esta investigación, esto es, aun cuando el 74% continuaba amamantado al momento de la entrevista, el 54.84 % reinició relaciones sexuales por deseo sexual, incluso 3 antes del día 42 posparto.

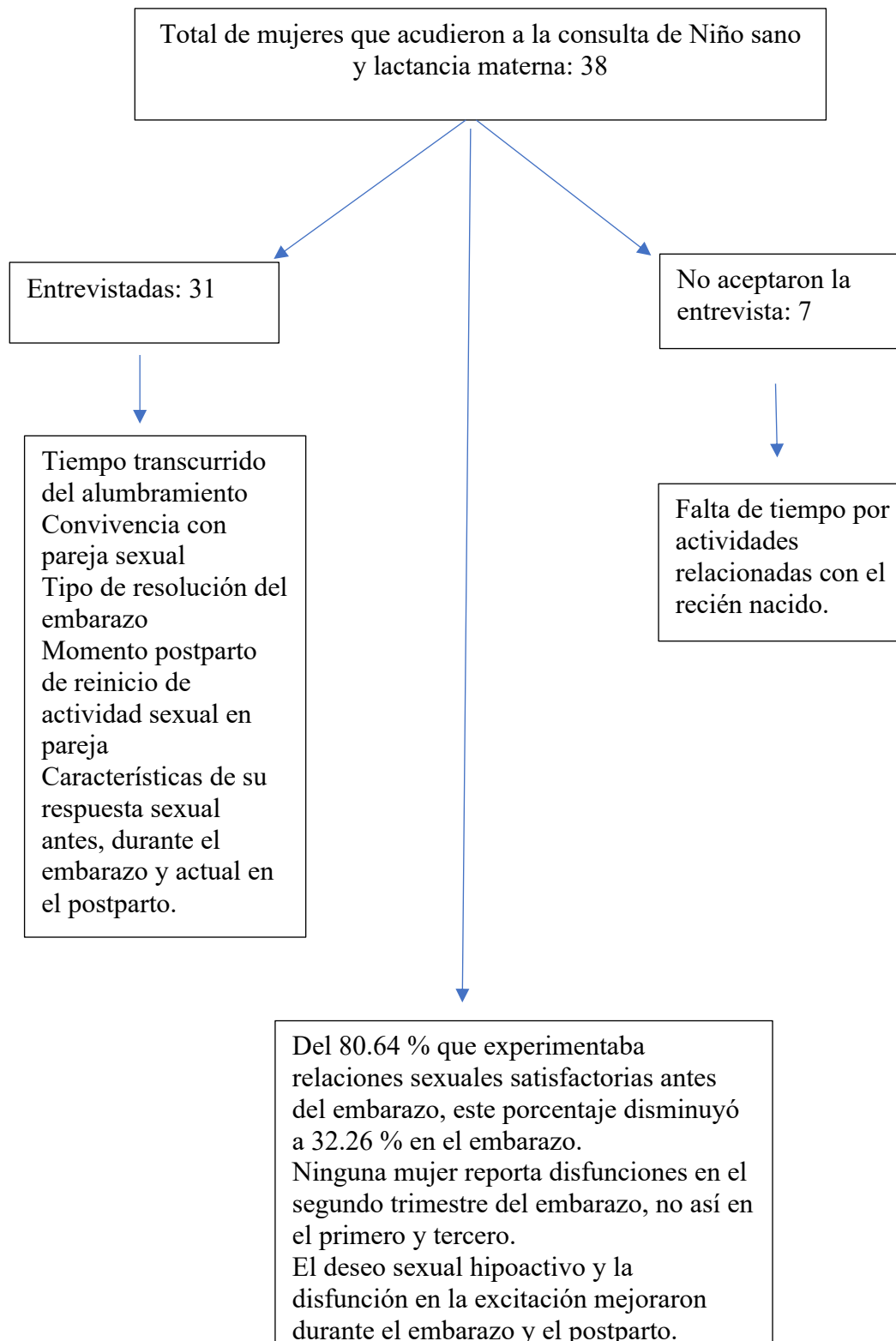
Respecto a la apatía sexual, de las 13 mujeres que refirieron sentir dificultad para excitarse, ninguna volvió a sentirla en el postparto. Esto último parece significar que el embarazo ha mejorado la respuesta sexual de estas mujeres en este punto. Esta observación también la refiere García Mirás et al. en su estudio (Habana 2008), en el cual encontraron que el 89 % de las mujeres entrevistadas planteó que las relaciones sexuales durante el embarazo habían sido gratificantes y el 92 % consideró que las relaciones sexuales debían mantenerse durante el mismo.

Nuestros porcentajes de mujeres orgásmicas (77.42%) no concuerdan con la mayoría de los estudios que reportan anorgasmia del 60% (39).

El 45.16% (n=14) de las encuestadas se encontraba muy satisfecha con su actividad sexual antes del embarazo, sin embargo, el porcentaje disminuye durante el mismo y se mantiene en el postparto en un 25.81%. Rodríguez León y Ramón Arbués la refieren en su estudio con un 93.24 % de satisfacción antes del embarazo y que disminuye hasta el 63.35 % en el embarazo (19).

De las 14 mujeres que refieren insatisfacción sexual, ésta se dio a partir del primer trimestre, ninguna la reporta en el 2º y vuelve a referirse en el 9.6 % (3 mujeres) durante el tercer trimestre; hallazgos similares a estudios realizados por Timaná y Levin (18) donde la insatisfacción aparece predominantemente en el primer trimestre del embarazo

Esquema general del estudio



¿Cómo cambia tu sexualidad tras la prostatectomía radical?

How does your sexuality change after radical prostatectomy?

Sánchez Alcántara MB¹, Mellado Castellero A¹, Jurado López AR², San Martín Blanco C³, Prieto Castro R¹, Anglada Jurado FJ¹.

1- Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

2- HC Marbella International Hospital. Marbella. España.

3- CIPSA, Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud. Santander. España.

Correspondencia

María Belén Sánchez Alcántara

Avenida Ronda de los Tejares, 19, portal 3, 1º-5.

14005-Córdoba. España.

Correo electrónico: belen_0410@hotmail.es

Fecha de recepción: 14 de diciembre de 2021. **Fecha de aceptación:** 21 de diciembre de 2021

Resumen

Introducción: La prostatectomía radical (PR) es uno de los tratamientos usados para el cáncer de próstata, el más frecuente entre los hombres. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto sobre la sexualidad en pacientes operados de PR.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal durante el año 2020 sobre la sexualidad en los pacientes operados de PR en el Hospital Reina Sofía de Córdoba durante el 2017, mediante una entrevista personal usando un cuestionario propio.

Resultados: Se entrevistaron 49 pacientes. Tras la cirugía, el porcentaje de disfunción eréctil severa pasó de un 4% a un 67%. La rehabilitación peneana fue realizada por el 53% de los pacientes, mejorando su función eréctil en un 73% de los casos. El orgasmo se percibía igual en un 53.1%. Los porcentajes de anorgasmia, disorgasmia y climacturia fueron del 16.3%, 12% y 34%, respectivamente. En cuanto a la aneyaculación, un 27% refería haberle afectado psicológicamente. Un 69.4% experimentó reducción del tamaño del pene y un 4% refirió incurvación del mismo. La libido se mantuvo en un 61.2%. Un 24.5% sufrió ansiedad o afectación de su autoestima. La satisfacción sexual general fue buena en un 63.3% de los pacientes y en un 56.8% de sus parejas. Un 81.8% de las parejas redujeron el número de encuentros sexuales.

Discusión y conclusión: La PR puede causar una amplia gama de problemas sexuales, hay que tener en cuenta no solo los problemas de función eréctil, también las alteraciones orgásmicas, el deseo sexual, la autoestima, la corporalidad, etc.

Palabras clave: sexualidad, prostatectomía, cáncer de próstata.

Abstract

Introduction: Radical prostatectomy (RP) is one of the treatments used for prostate cancer, the most frequent among the male population. The objective of the study was to evaluate the impact on sexuality in patients undergoing RP.

Material and methods: During 2020, a cross-sectional study was conducted on sexuality in patients who underwent RP at the Reina Sofía Hospital in Córdoba during 2017, through a personal interview using an own questionnaire.

Results: 49 patients were interviewed. After surgery, the percentage of severe erectile dysfunction went from 4.1% to 67.3%. Penile rehabilitation was performed by 53% of the patients, improving their erectile function in 73% of the cases. Orgasm was preserved by 53.1%. The percentages of anorgasmia, disorgasmia and climacturia were 16.3%, 12% and 34%, respectively. Regarding anejaculation, 27% reported having affected them psychologically. 69.4% experienced a reduction in penis size and 4% reported curvature of the penis. Libido remained at 61.2%. 24.5% suffered anxiety or impairment of their self-esteem. Overall sexual satisfaction was good in 63.3% of the patients and in 56.8% of their partners. 81.8% of couples reduced the number of sexual encounters.

Discussion and conclusion: RP can cause a wide range of sexual problems, not only erectile function problems must be taken into account, but also orgasmic disorders, sexual desire, self-esteem, corporality, etc.

Key words: sexuality, prostatectomy, prostate cancer.

Todos los autores aceptan la versión enviada. El estudio no tiene financiación externa ni conflicto de intereses.

INTRODUCCIÓN

La cirugía mediante prostatectomía radical (PR) es una de las opciones terapéuticas para tratar este tumor. Esta cirugía puede provocar incontinencia urinaria y disfunción sexual, además los pacientes sometidos a PR no presentan eyaculación (anejaculación). Tradicionalmente, estos problemas se han estudiado por separado, y el problema sexual que ha recibido más atención ha sido la disfunción eréctil (DE).

La disfunción eréctil tras la PR es multifactorial. La lesión de los nervios induce factores proapoptóticos y profibróticos en los cuerpos cavernosos. De ahí la importancia de la rehabilitación peneana con las erecciones para favorecer la oxigenación del pene y evitar la fibrosis. La rehabilitación peneana consiste en fomentar las erecciones unas 2-3 veces por semana de manera programada.

Sin embargo, los problemas asociados con el orgasmo, entre ellos la disorgasmia, (definida como una sensación dolorosa al llegar al orgasmo), la incontinencia urinaria durante la actividad sexual y el orgasmo

(denominada climacturia), los cambios sensoriales en el pene, la aneyaculación y la deformidad del pene son efectos secundarios comunes en la PR y no se tratan habitualmente en la consulta.

El objetivo del estudio es evaluar el impacto sobre la sexualidad en los pacientes operados de PR, más allá de la DE, obteniendo un mayor conocimiento y comprensión de la salud sexual en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal durante el año 2020 sobre la sexualidad en una cohorte de pacientes operados de PR en el Hospital Reina Sofía de Córdoba durante el año 2017. Se excluyeron aquellos pacientes que también recibieron radioterapia u hormonoterapia, o aquellos que fueron derivados de otro centro.

El estudio tuvo un enfoque cualitativo usando como método de evaluación una entrevista sexológica usando un cuestionario propio, bajo el consentimiento informado de los pacientes. El estudio comenzó en julio de

2020 y en un periodo de 6 meses se realizaron todas las entrevistas.

La entrevista se realizó de manera individual con la compañía de su pareja, si era posible; y de manera presencial en consulta o por vía telefónica (debido a las dificultades por la situación de pandemia del Covid-19). Aproximadamente la mitad de los pacientes fueron entrevistados por vía telefónica. En la entrevista se preguntaban sobre varios aspectos – edad, orientación sexual, pareja actual, grado de DE percibida por el paciente, antes y después de la cirugía, realización de rehabilitación peneana, calidad orgásmica, presencia de disorgasmia y climacturia, experiencia en cuanto a la aneyaculación, cambios morfológicos en el pene, aspectos psicológicos como ansiedad de rendimiento o calidad de vida, satisfacción general y de la pareja, reducción de encuentros sexuales tras la cirugía, información recibida previa a la intervención y opinión sobre la entrevista – realizando una evaluación sexológica completa. *Anexo 1*

Los datos recogidos se analizaron en un ordenador con el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

En total se entrevistaron a 49 pacientes, la media de edad en el momento de la entrevista fue de 64 años, con un mínimo de 51 años, siendo un paciente de 74 años el mayor al que se le entrevistó. El tiempo medio que pasó desde la cirugía a la entrevista fueron unos 3 años (39 meses).

De los 49 varones, solo uno de ellos era homosexual (2%), el resto eran pacientes heterosexuales (98%). Y la mayoría tenían pareja sexual estable en el momento de la entrevista (89,8%) un total de 44.

En cuanto a la **DE**, tras la cirugía el porcentaje de DE severa pasó de un 4.1% (previo a la cirugía) a un 67.3 %. Un 18.4 % presentaban disfunción DE moderada, y solo dos pacientes (4.1%) mantuvieron su función eréctil intacta. La **rehabilitación peneana** fue realizada en un 53.1% de los pacientes, un total de 26 pacientes. De los pacientes que realizaron la rehabilitación peneana, 18 lo hicieron con inyecciones de alprostadil (69.2%) 4 pacientes con alprostadil en crema en tratamiento único o combinado con

inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5) (15.4%) y 4 pacientes con IPDE5 (15.4%). Con la rehabilitación peneana las erecciones fueron de buena calidad en un 73.1 % de los pacientes, una erección que les permitía penetrar en pareja aunque de menos calidad en un 23.1% de los pacientes. Y un paciente (3.8%), que refirió erección de mala calidad con leve tumescencia.

El **orgasmo** se veía conservado y se percibía igual en más de la mitad de los pacientes (53.1%). De hecho, dos de ellos referían orgasmos más placenteros (4.1% del total). Un 26.5% referían disminución de la intensidad del orgasmo. Los 8 pacientes restantes (16.3%) no tuvo ningún orgasmo tras la cirugía, aunque 5 de ellos no lo había intentado. *Anexo 2*

El porcentaje de **disorgasmia** en el estudio fue del 12%. La mayoría de los pacientes (88%) no presentaron disorgasmia. De los 5 pacientes que refieren disorgasmia, solo 1 de ellos la definió como un dolor insoportable que no le permitía continuar con la estimulación y por tanto llegar al orgasmo. El resto de pacientes la definió como una leve molestia o escozor. *Anexo 3*

La **climacturia**, se presentó en un 34% de los pacientes que consiguieron llegar al orgasmo. Sería un 28.6% del porcentaje total de pacientes. Todos ellos la definían como leve (escape de algunas gotas, o escasa cantidad), sin afectarle en sus relaciones sexuales, y mejorando con el tiempo. *Anexo 4*

En la mayoría de los pacientes (73%) la **aneyaculación** no presenta un problema para ellos. *Anexo 5*

En cuanto a los **cambios morfológicos en el pene**, un 69.4% experimentó reducción del tamaño del pene y un 4% (2 pacientes) refirieron incurvación del mismo. Uno de estos dos refería ambos (incurvación+dolor). *Anexo 6*

La **libido** parece que se mantenía en más de la mitad de los pacientes (61.2%). Un 28.6% experimentó una ligera disminución de la libido. Y un 10.2% (5 pacientes) afirmaban una disminución importante del apetito sexual. *Anexo 7*

Dentro de los **aspectos psicológicos**, un 24.5% sufrió ansiedad de rendimiento o

afectación de su autoestima, siendo muy evidente en dos de ellos, precisando tratamiento psiquiátrico y psicológico para afrontar la nueva situación. Además hasta un 28.6 % de los pacientes refieren que su calidad de vida ha disminuido.

Podemos decir que la **satisfacción sexual** general en los pacientes era buena solo en un 63.3% de los pacientes. El resto la definían como regular (26.5%) o mala (10.2%). En cuanto a la satisfacción sexual de sus parejas solo el 56.8% se consideran satisfechas sexualmente. El resto consideraban su satisfacción sexual como regular (34.1%) o mala (9.1%). *Anexo 8*

Un 81.8% de los pacientes afirmaron una reducción en el **número de encuentros sexuales** con sus parejas. De hecho 8 de estos pacientes refirieron que nunca más volvieron a mantener relaciones con sus parejas (18.2% del total). El mismo porcentaje de pacientes (18.2%) afirmaron mantener el mismo número de encuentros sexuales. *Anexo 9*

Aunque la gran mayoría aseguraron haber recibido toda la **información** previa a la cirugía; un total de 6 pacientes (12.2%) refirieron que no fueron informados de todos los efectos secundarios de la intervención (DE, aneyaculación, disorgasmia, climacturia, reducción del tamaño, rehabilitación peneana...).

Finalmente, a la pregunta “¿Cree usted que debería proporcionarse un apoyo o seguimiento sexológico, o al menos realizar una entrevista sexológica a pacientes operados de PR?” todos ellos contestaron que sí, aunque un 18.4% de los pacientes afirmaban que ellos, personalmente, no lo necesitaban.

DISCUSIÓN

Es importante tener en cuenta la complejidad de interpretar las historias personales y detalladas de estos casi 50 pacientes, pues se entrevista sobre un tema íntimo y aún considerado tabú por gran parte de la población y de los y las profesionales.

Realizando una revisión bibliográfica sobre pacientes intervenidos de PR, los índices de **DE** varían entre 14 % y el 97.5 %. Otros estudios lo acotan entre un 25 y 85%. Parece un intervalo demasiado amplio para

una misma técnica quirúrgica. Actualmente, la mayoría de los autores está de acuerdo en que la conservación de los fascículos neurovasculares mejora la conservación de la respuesta eréctil. El porcentaje de pacientes con DE en nuestro estudio fue superior a la media; probablemente porque no se realizó la conservación de haces neurovasculares en muchos pacientes.

La **rehabilitación peneana** fue realizada en prácticamente la mitad de los pacientes, una cifra baja para los beneficios que ésta aporta: mejoría de la función eréctil y prevención de la fibrosis de los cuerpos cavernosos y los cambios morfológicos del pene. El método más frecuente con el que se realizó la rehabilitación peneana fue con inyecciones intracavernosas de alprostadil. Dentro de los pacientes que sí realizaron la rehabilitación, algunos recuperaron la erección y consiguieron desescalar el tratamiento, pero muchos abandonaron el tratamiento por dolor o por desabastecimiento de las inyecciones sin conseguir erecciones de calidad.

Muchas de las causas por las que no se realizó la rehabilitación peneana o se abandonó antes de tiempo, podrían prevenirse en gran medida: con un mejor asesoramiento médico e individualizando el método de rehabilitación peneana (con dispositivos de vacío, por ejemplo, que no se usaron en nuestro centro, o con combinación de IPDE5 y cremas de alprostadil).

La **sensación orgásmica** fue diferente en casi la mitad de los pacientes, muchos de ellos referían que era distinto pero difícil de describir con palabras, muchos coincidían en que era menos placentero y más corto, aunque algún paciente también refirió mayor placer. Cabe destacar que muchos pacientes usaban la palabra orgasmo y eyaculación como sinónimos, sin distinguir el significado de cada una de ellas, teniendo en la entrevista que hacer énfasis en la sensación placentera para que los pacientes entendieran que estábamos hablando de orgasmo.

La tasa de anorgasmia en nuestros pacientes fue baja (16.3%) en comparación con otros estudios que llegan a situarla en torno a un 5-40%. Además, dentro de estos 8

pacientes que presentaron anorgasmia, 5 de ellos ni siquiera habían intentado estimularse, por lo que el porcentaje de anorgasmia real es más bajo (6.1%). Es importante tener en cuenta que hubo pacientes que tras la cirugía no llegaron a estimularse por desconocimiento, por confundir conceptos como erección, eyaculación y orgasmo. Algunos referían que sin erección no sabían que podían masturbarse o si podría ser malo. De ahí la importancia del asesoramiento sexual por parte del profesional sanitario que atiende a estos pacientes.

El orgasmo también podía ser percibido como una sensación dolorosa y desagradable; el porcentaje de **disorgasmia** en estos pacientes se sitúa alrededor del 7-18%, similar a nuestro estudio. Aunque no es un porcentaje muy elevado, es un síntoma a tener en cuenta en estos pacientes.

Según la bibliografía, la **climacturia** mejora con el tiempo y el entrenamiento del suelo pélvico, sin embargo, es un síntoma importante ya que ocurre en el 20-40% de los pacientes operados de PR, similar a las cifras de climacturia de nuestro estudio.

La **aneyaculación** como perspectiva reproductiva no fue importante para ellos, por la edad media de los pacientes. Solo uno de ellos comentó que tenía actualmente una pareja más joven que sí quería tener hijos, pero tampoco lo planteó como un problema. Sin embargo, casi un tercio de los pacientes referían que le había afectado psicológicamente este tema, decían que “ya no era lo mismo”. Por tanto, este punto hay que tenerlo en cuenta en las entrevistas con los pacientes.

Los cambios **morfológicos en el pene** tras la cirugía son evidentes, y aunque algún paciente hace referencia a la mejoría con el tiempo, el impacto emocional que supone en muchos de ellos es importante. Según el estudio “Prevalence and predicting factors for commonly neglected sexual side effects to radical prostatectomies: results from a cross-sectional questionnaire-based study” de Frey A, Sønksen, Jakobsen y Fode, alrededor del 50% de los pacientes experimentan reducción del tamaño del pene, aunque en nuestro estudio la tasa fue superior, con un porcentaje

del 70%, aproximadamente. El porcentaje de incurvación peneana es menor y en ocasiones está relacionado con el uso de las inyecciones de alprostadil.

La imagen corporal es el dibujo mental que tenemos de nuestra propia apariencia. Cuando hay un cambio en la imagen corporal de modo rápido y dramático la persona se siente anormal y sexualmente menos atractiva, ya que se ha visto afectada su corporalidad. De hecho, en estos pacientes se ha objetivado una disminución de la **libido**. En nuestro estudio, prácticamente un 40% de los pacientes reconocían una disminución del apetito sexual, con tasas similares a otros estudios.

La recuperación sexual tras la PR debe centrarse no solo en la función eréctil del pene, sino también en una vida sexual satisfactoria y saludable para los pacientes y sus parejas. Según este estudio, algo más de ¼ parte de los pacientes entrevistados opinaban que su **satisfacción sexual** no era buena y en cuanto a la insatisfacción sexual de sus parejas llegaba casi al 50%, una cifra similar comparada con el estudio “F. Erectile dysfunction and sexual health after radical prostatectomy: impact of sexual motivation” que realizó R Messaoudi. No obstante, hay que aclarar que este último dato fue recogido en ocasiones de manera indirecta por los pacientes, ya que no siempre se podía preguntar de manera personal a las parejas (si la entrevista era telefónica o si no podían acompañar al paciente a la consulta).

En el estudio se descubrió que casi un 20% de los pacientes habían abandonado completamente su actividad sexual, otros intentaban recrear la vida sexual que tenían antes de la cirugía; aunque en general, la mayoría afirmaban haber **reducido el número de encuentros sexuales** con sus parejas. Este porcentaje ronda el 80% de los pacientes, similar al estudio de R Messaoudi. No se puede negar la importancia de la penetración en las relaciones sexuales, pero no debe suponer una obligación; con este estudio podemos demostrar cuán fuertes son las normas sobre sexualidad que tenemos en la actualidad, con un modelo coitocéntrico y falocentrista.

Antes de la cirugía, se debe **informar** a los pacientes de los efectos secundarios mencionados anteriormente. En nuestro estudio, se vio que un 12% de los pacientes no fue informado de todos los efectos secundarios de la intervención surgiendo sentimientos de ambivalencia y arrepentimiento sobre la operación.

La última pregunta del cuestionario era sobre la opinión que tenían los pacientes de la entrevista y si ellos creían que es necesario una evaluación y/o seguimiento sexológico en pacientes operados de PR. Aproximadamente un 20% de los pacientes afirmaban que ellos, personalmente, no necesitaban una ayuda sexológica, no obstante, reconocían que podía ser necesario en otros pacientes. El resto de pacientes sí consideraban necesaria una evaluación y/o seguimiento sexológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Monroy-Gálvez A, Ríos-Cruzal D, Jiménez-López LA, Martínez-de Jesús FR. Calidad de vida sexual posterior a prostatectomía radical. *Revista Mexicana de Urología*. 2014; 74(3):169-75
- Parra López ML, Lozano Blasco JM, Osman García I, et al. Climacturia after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. *RevIntAndrol*. 2020 Mar 5; 49-52
- Jimbo M, Alom M, et al. Prevalence and Predictors of Climacturia and Associated Patient/Partner Bother in Patients with History of Definitive Therapy for Prostate Cancer. *J Sex Med*. 2020 Jun; 17(6):1126-1132.
- Clavell-Hernández J, Martin C, Wang R. Disfunción orgásmica después de la prostatectomía radical: revisión de la literatura actual. *Sex Med Rev* 2018; 6: 124-134.
- Capogrosso P, Ventimiglia E, Cazzaniga W, et al. Orgasmic Dysfunction after Radical Prostatectomy. *World J Mens Health*. 2017 Apr; 35(1):1-13
- Fode M, Serefoglu EC, et al. Sexuality Following Radical Prostatectomy: Is Restoration of Erectile Function Enough? *Sex Med Rev*. 2017 Jan; 5(1):110-119
- Frey A, Sønksen J, Jakobsen H, Fode M. Prevalence and predicting factors for commonly neglected sexual side effects to radical prostatectomies: results from a cross-sectional questionnaire-based study. *Sex Med*. 2014 Sep; 11(9):2318-26
- Messaoudi R, Menard J, et al. Erectile dysfunction and sexual health after radical prostatectomy: impact of sexual motivation. *Int J Impot Res*. 2011; 23(2):81-6
- Fernández-Sola C, et al. Social Support in Patients with Sexual Dysfunction after Non-Nerve-Sparing Radical Prostatectomy: A Qualitative Study. *Am J Mens Health*. 2020 Mar-Apr; 14(2):1557988320906977.
- Naccarato AM, Reis LO, Zani EL, et al. Psicoterapia: una pieza que falta en el puzle de la rehabilitación de la disfunción eréctil tras prostatectomía radical. *Actas Urológicas Españolas* 2014; 38 (6): 385-390.
- Cataño JG, Morales CE. Evaluación de la calidad de vida asociada a la salud en los pacientes sometidos a prostatectomía radical abierta por carcinoma de próstata clínicamente localizado. *Urol.Colom*. 2009; 18 (3): 22-30
- Gomez-Veiga F, Cozar JM, Gunthner S, et al. Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Próstata como medida de la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata en España: aplicación a la actividad diaria. *Actas Urol Esp*. 2010; 34(8):686–693
- Máster Universitario en Sexología Médica 4º Promoción. Universidad Europea del Atlántico.

Puntos Básicos y esquema general del estudio

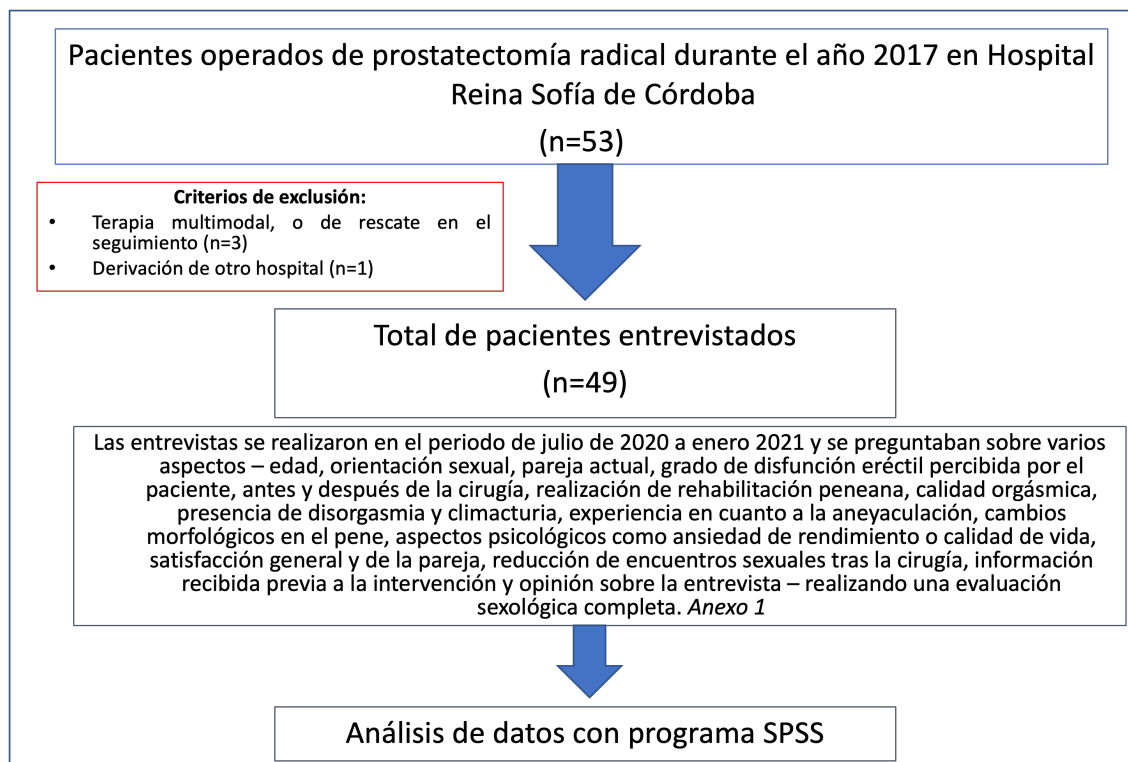
“Lo que sabemos sobre el tema”

- El cáncer de próstata es el tipo de cáncer más frecuente entre la población masculina, con unas tasas de supervivencia muy buenas, por lo que evaluar la calidad de vida y la salud sexual de estos pacientes tras su tratamiento es de vital importancia.
- Las principales complicaciones a largo plazo son la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil. Sin embargo, la esfera sexual del individuo se ve afectada en otros múltiples aspectos.

“Las aportaciones de este estudio”

- La cirugía afectó negativamente las funciones eréctiles y orgásmicas, pero también el deseo sexual, la autoestima y la corporalidad.
- Debemos explorar los conocimientos sobre sexualidad y función sexual de los pacientes; así como resaltar los posibles cambios en la función sexual tras la cirugía y la posibilidad de rehabilitación.

En un ámbito multidisciplinario sería útil designar un especialista en sexología entrenado en rehabilitación sexual.



Estudio descriptivo transversal durante el año 2020 sobre la sexualidad en una cohorte de pacientes operados de prostatectomía radical en el Hospital Reina Sofía de Córdoba durante el año 2017

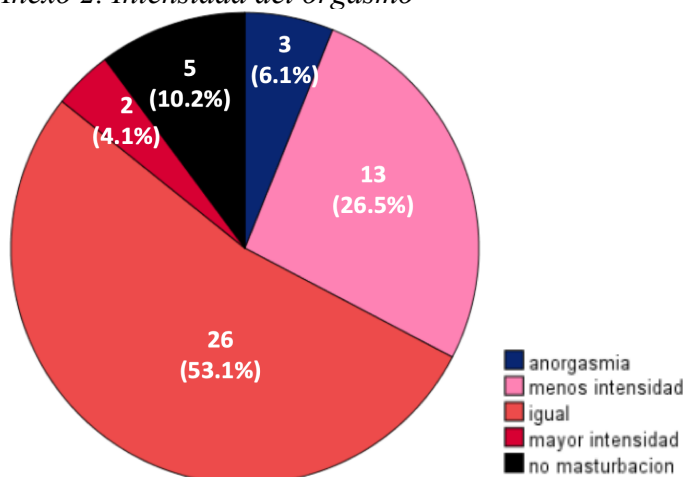
Tablas y figuras

Anexo 1. Evaluación sexológica

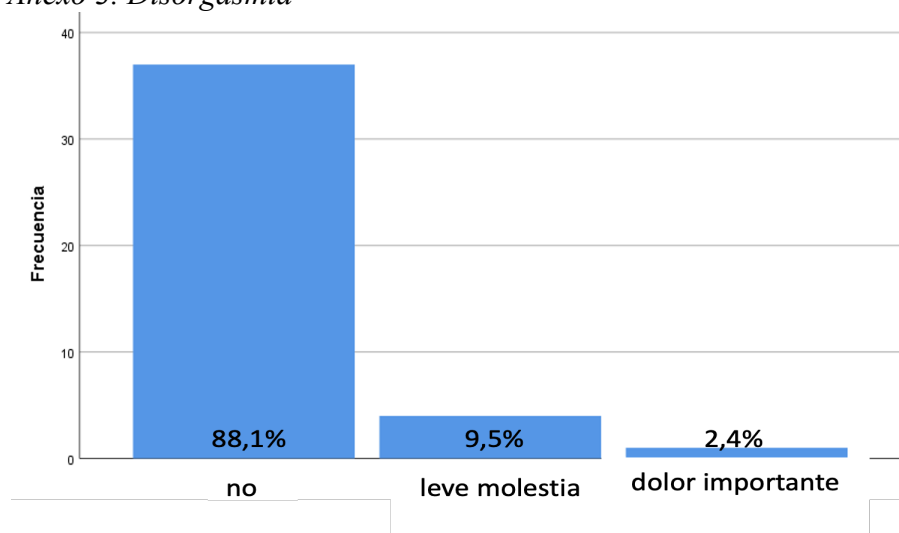
1. Fecha de la entrevista y fecha de la cirugía
2. Edad en el momento de la entrevista
3. Orientación sexual: heterosexual, homosexual u otros
4. Pareja sexual actual: sí o no
5. Disfunción eréctil (DE) previa a la cirugía según la Escala de Firmeza de la Erección:
 - a) DE severa (Nada de erección)
 - b) DE moderada (Leve tumescencia)
 - c) DE leve (Erección de menor calidad pero que permite penetrar en pareja)
 - d) Erección de buena calidad
6. Grado de disfunción eréctil tras la cirugía sin la toma de ninguna medicación
 - a) DE severa
 - b) DE media
 - c) DE leve
 - d) Erección de buena calidad
7. Realización de rehabilitación peneana, considerándose la rehabilitación peneana como la provocación de erecciones unas 2 o 3 veces por semana de manera programada para favorecer la oxigenación del pene y evitar la fibrosis: sí o no
8. Tratamiento que haya probado para la disfunción eréctil y /o rehabilitación peneana
 - a. Pastillas: inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5)
 - b. Cremas de alprostadil intrauretral
 - c. Tratamiento combinado con cremas de alprostadil e IPDE5
 - d. Inyecciones intracavernosas de alprostadil
 - e. Prótesis de pene
9. Grado de erección con el tratamiento
 - a. Nada de erección
 - b. Leve tumescencia
 - c. Erección que permite penetrar en pareja
 - d. Erección de buena calidad
10. Tratamiento que usa actualmente
 - a. Pastillas: IPDE5
 - b. Cremas de alprostadil intrauretral
 - c. Tratamiento combinado con cremas de alprostadil e IPDE5
 - d. Inyecciones intracavernosas de alprostadil
 - e. Prótesis de pene
11. Si no llegó a realizar rehabilitación peneana o actualmente no mantiene el mismo tratamiento: Motivos por los que tomó esa decisión
12. Alteraciones orgásmicas: anorgasmia, orgasmo de menor, igual o mayor intensidad
13. Disorgasmia, definida como dolor al llegar al orgasmo: sí o no y la intensidad del dolor
14. Climacturia, definida como incontinencia urinaria con el orgasmo: sí o no
15. Cambios morfológicos en el pene: reducción de tamaño y /o curvatura
16. Eyaculación: si le ha afectado en su sexualidad
17. Disminución de la libido: no, un poco, mucho
18. Ansiedad de rendimiento y/o afectación del autoestima por los cambios sufridos tras la cirugía: nada, poco o mucho
19. Satisfacción sexual general: buena, regular, mala
20. Satisfacción de la pareja: buena, regular, mala
21. Reducción del número de encuentros sexuales debido a la cirugía: no, un poco, mucho
22. Disminución de la calidad de vida tras la cirugía: sí o no

23. ¿Fue informado previamente de todos estos efectos secundarios?
24. ¿Cree que se debería proporcionar una evaluación y/o seguimiento sexológico a pacientes operados de prostatectomía radical?

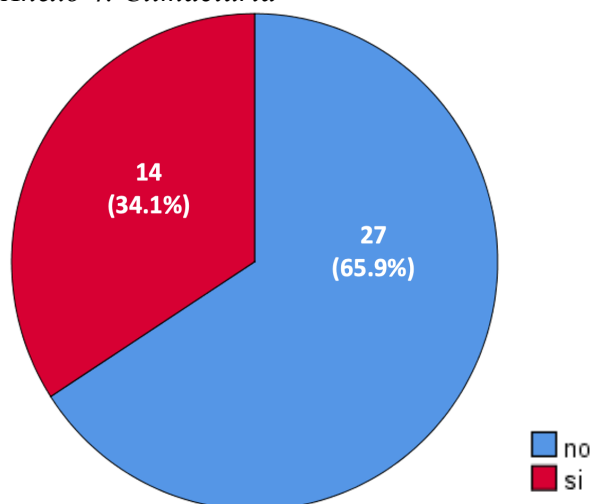
Anexo 2. Intensidad del orgasmo



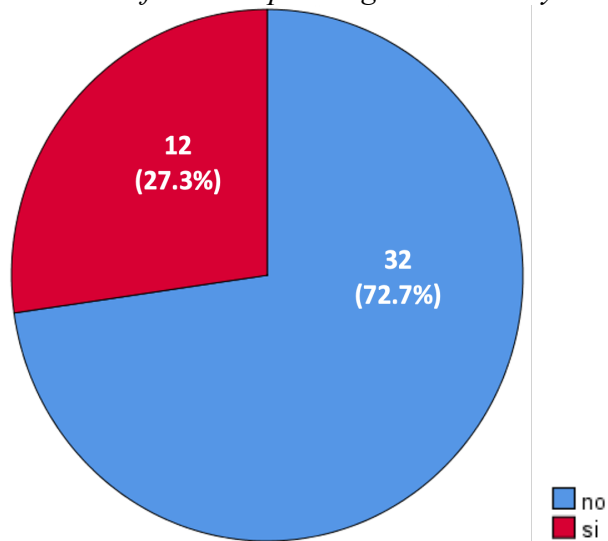
Anexo 3. Disorgasmia



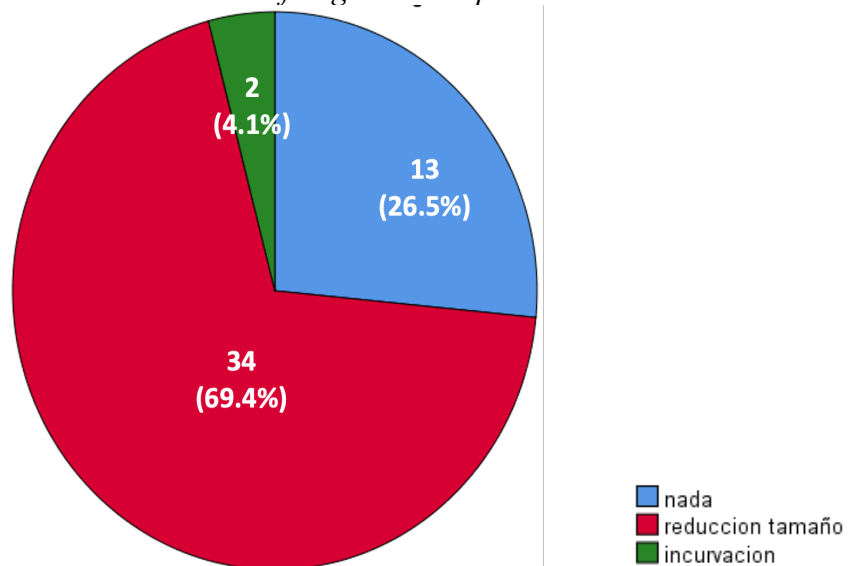
Anexo 4. Climacturia



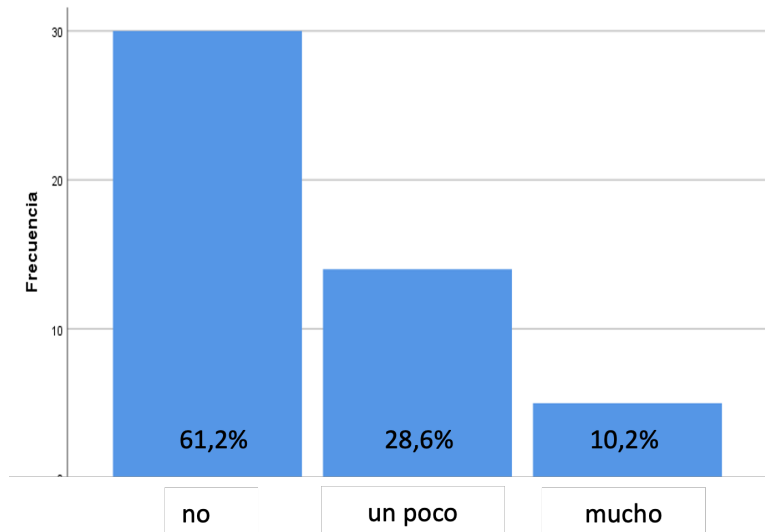
Anexo 5. Afectación psicológica de la aneyaculación



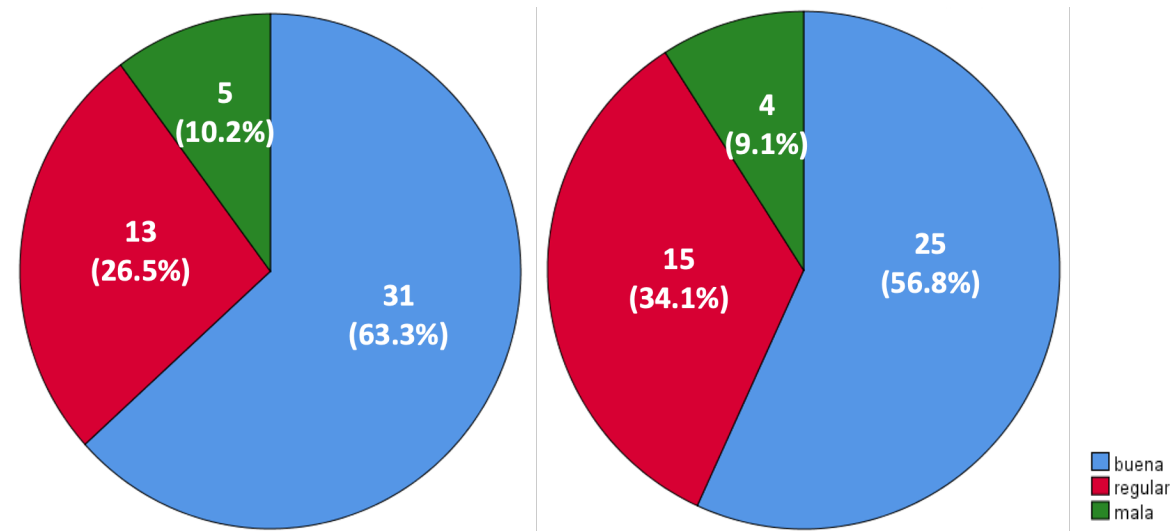
Anexo 6. Cambios morfológicos en el pene



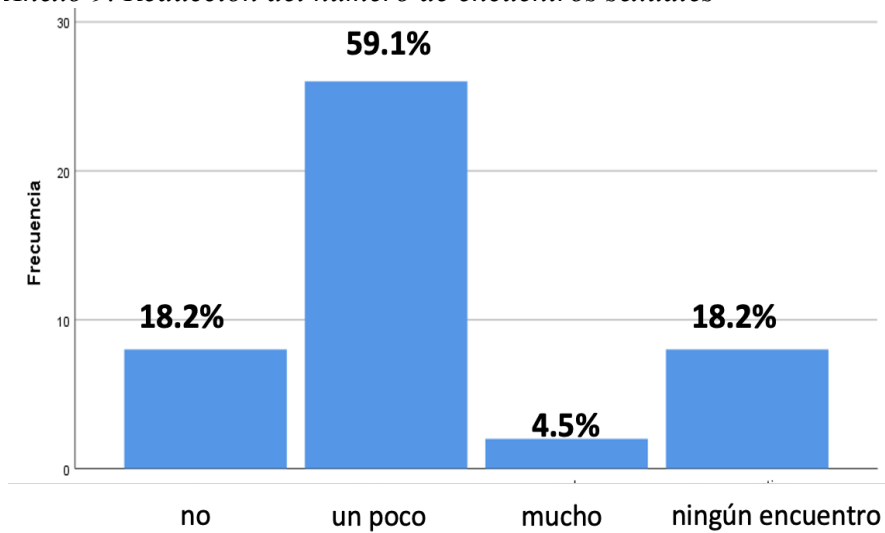
Anexo 7. Disminución de la libido



Anexo 8. Satisfacción sexual del paciente y la pareja



Anexo 9. Reducción del número de encuentros sexuales



AGENDA

Eventos / Events 2022

Junio / Julio

30-3

16th Congress of European Federation of Sexology (EFS)

Aalborg (Dinamarca)

<https://europeansexologycongress.org>

Septiembre

15-17

XVIII CBSH Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana

Curitiba-PR (Brasil)

<https://www.sbrash.org.br>

Noviembre

24-26

XXI Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual

XVI Congreso Español y Euroamericano de Sexología

Valencia (España)

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 Serpàs, 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

Aboud 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>