

desexologia.com

Junio 2022

Vol. 11 Nº1

EDITORIAL / EDITORIAL

Promoción de la salud sexual-reproductiva: desmontando el modelo Matrioska

Promotion of sexual-reproductive health: disassembling the Matrioska model

Matrioska

MA. Obiol Saiz

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLES

Alteraciones en la sexualidad de mujeres intervenidas de cistectomía radical

Sexual dysfunctions in women after radical cystectomy

A. Mellado Castellero, MB. Sánchez Alcántara, C. San Martín Blanco, AR. Jurado López

Estudio sobre la sexualidad de hombres gays totalmente receptivos: una aproximación a sus procesos de excitación e inhibición sexual

Study on the sexuality of exclusively receptive gay men: an approach to their sexual arousal and inhibition processes

X. Zubieta-Méndez, G. Pons-Salvador

Sexualidad, género y patologías mentales

Sexuality, gender and mental pathologies

JM. Bertolín-Guillén

REVISIONES EN SEXOLOGÍA / REVIEWS ON SEXOLOGY

¿Qué es el síndrome de Rokitansky?

What is Rokitansky syndrome?

C. Reyero Fernández, R. Lizarbe Iranzo, M. Vicens Vidal, L. Moles García, A. Martín Jiménez

PROTOCOLOS / PROTOCOLS

Terapia global desde un punto de vista sexológico de la dispareunia relacionada con el síndrome genitourinario de la menopausia.

Protocolo basado en un taller práctico

Global therapy from a sexological point of view of dyspareunia related to the genitourinary syndrome of menopause. Protocol based on a practical workshop

LE. Gutiérrez García, AR. Jurado López

Pautas para la evaluación policial de la credibilidad de menores víctimas de delitos de violencia sexual. Herramientas psicológicas para la detección del engaño

Guidelines for the police assessment of the credibility of sexual offenders victims. Psychological tools for the detection of deceit

M. Del Amo Vázquez, M. Pérez Conchillo

Reseñas de libros / Book reviews

Agenda / Events

Normas de publicación / Authors guidelines

Boletín de suscripción / Subscription form

ISSN 2174-4068

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

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



Asociación Española de Especialistas en Sexología (AES)



Academia Española de Sexología y Medicina Sexual (AESMES)



Instituto ESPILL de Psicología, Sexología y Medicina Sexual



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



Universidad Nacional
de Educación a Distancia



Asociación Mundial
de Sexología



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)
Antonio Casaubón Alcaráz (Granada)

María Lameiras Fernández (Ourense)
Andrés López de la Llave (Madrid)

Comité editorial

Marta Arasanz Roche (Barcelona)
José Díaz Morfa (Madrid)
Félix López Sánchez (Salamanca)
José Luis Arrondo Arrondo (Navarra)
Carmen Pérez-Llantada Rueda (Madrid)
Manuel Más García (Tenerife)
José Bustamante Bellmunt (Alicante)
Ignacio Moncada Iribarren (Madrid)
Rafael García Álvarez (Rep. Dominicana)
Felipe Navarro Cremades (Alicante)
Marcelino Gómez Balaguer (Valencia)
Antonio Martín Morales (Málaga)
Manuel Lucas Matheu (Almería)
Ana Puigvert Martínez (Barcelona)
Antonio Sánchez Ramos (Toledo)
Froilán Sánchez Sánchez (Valencia)
Rafael Prieto Castro (Córdoba)
Carolina Villalba (Uruguay)
Rosa María Montaña (Valladolid)
Silverio Saenz Sesma (Zaragoza)
Koldo Seco (Bilbao)
Francisco Javier Giménez Rio (Granada)
Jaqueline Brendler (Brasil)
Dinorah Machin (Uruguay)
Ligia Vera Gamboa (México)
María Honrrubia Pérez (España)
Guillermo González Antón (España)

Rosemary Coates (Australia)
Rubén Hernández Serrano (Venezuela)
Cristina Tania Fridman (Argentina)
Eusebio Rubio Aurioles (México)
Antonio Pacheco Palha (Oporto, Portugal)
Teresita Blanco Lanzillotti (Uruguay)
Beverly Whipple (New Jersey, EE.UU.)
Eli Coleman (Minnesota, EE.UU.)
José Cáceres Carrasco (Navarra)
Francisco Donat Colomer (Valencia)
Olatz Gómez Llorens (Valencia)
Ángel Luis Montejo González (Salamanca)
Ramón González Corrales (Ciudad Real)
Gemma Pons Salvador (Valencia)
M. José Tijeras Úbeda (Almería)
Inmaculada Bayo (Barcelona)
Isbelia Segnini (Venezuela)
Kevan Wyle (UK)
Carlos De La Cruz (Madrid)
Natalia Rubio (Madrid)
Concepción San Luis Costas (Madrid)
Luz Jaimes (Venezuela)
María de Los Ángeles Nuñez (Ecuador)
Cristina González Martínez (España)
Francisco Javier del Rio Olvera (España)
Francisca Molero Rodríguez (España)

ÍNDICE

VOL 11. NÚMERO 1. JUNIO 2022

Editorial / Editorial

Promoción de la salud sexual-reproductiva: desmontando el modelo Matrioska

Promotion of sexual-reproductive health: disassembling the Matrioska model

Matrioska

MA. Obiol Saiz 6

Artículos científicos originales / Original scientific articles

Alteraciones en la sexualidad de mujeres intervenidas de cistectomía radical

Sexual dysfunctions in women after radical cystectomy

A. Mellado Castillero, MB. Sánchez Alcántara, C. San Martín Blanco, AR. Jurado López 10

Estudio sobre la sexualidad de hombres gays totalmente receptivos: una aproximación a sus procesos de excitación e inhibición sexual

Study on the sexuality of exclusively receptive gay men: an approach to their sexual arousal and inhibition processes

X. Zubieta-Méndez, G. Pons-Salvador 20

Sexualidad, género y patologías mentales

Sexuality, gender and mental pathologies

JM. Bertolín-Guillén 31

Revisiones en sexología / Reviews on sexology

¿Qué es el síndrome de Rokitansky?

What is Rokitansky syndrome?

C. Reyero Fernández, R. Lizarbe Iranzo, M. Vicens Vidal, L. Moles García, A. Martín Jiménez 38

Protocolos / Protocols

Terapia global desde un punto de vista sexológico de la dispareunia relacionada con el síndrome genitourinario de la menopausia. Protocolo basado en un taller práctico

Global therapy from a sexological point of view of dyspareunia related to the genitourinary syndrome of menopause. Protocol based on a practical workshop

LE. Gutiérrez García, AR. Jurado López 47

Pautas para la evaluación policial de la credibilidad de menores víctimas de delitos de violencia sexual. Herramientas psicológicas para la detección del engaño	
Guidelines for the police assessment of the credibility of sexual offenders victims.	
Psychological tools for the detection of deceit	
<i>M. Del Amo Vázquez, M. Pérez Conchillo</i>	52
Reseñas de libros / Book reviews	71
Agenda / Events	74
Normas de publicación / Authors guidelines	75
Boletín de suscripción / Subscription form	94

EDITORIAL

Promoción de la salud sexual-reproductiva: desmontando el modelo Matrioska

Promotion of sexual-reproductive health: disassembling th Matrioska model

Obiol Sail MA

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Facultativa especialista de área. Centro de Salud Sexual y Reproductiva "Fuente San Luis", Departamento Valencia Doctor Peset.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual-reproductiva es mucho más que la ausencia de enfermedad, es el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la capacidad reproductiva de la persona y su sexualidad, todo ello en un entorno libre de coerción, discriminación y violencia.

La promoción de la salud sexual-reproductiva se puede comparar a una matrioska. La matrioska o muñeca rusa simboliza los múltiples niveles que tiene la promoción de la salud sexual-reproductiva. La matrioska o muñeca rusa alberga en su interior otra muñeca mas pequeña y esta a su vez esta alberga otra muñeca más pequeña aún. Traslademos este modelo a la promoción de la salud sexual y reproductiva, la muñeca mas grande seria la promoción de la salud sexual-reproductiva a nivel global y la muñeca mas pequeña seria la promoción de la salud sexual-reproductiva de un individuo en concreto.

Empecemos con la promoción de la salud sexual-reproductiva a nivel global. Este año se cumplen 25 años de la Declaración de los Derechos Sexuales. La finalidad de un derecho es poder ser ejercido y respetado, si no se queda en una declaración de buenas intenciones. Todos los que trabajamos en salud sexual-reproductiva defendemos estos derechos, sabemos que no se cumplen en todos los países, pero, seguimos trabajando para que

mañana estemos mas cerca de conseguirlo. Alrededor de la salud sexual-reproductiva orbitan aspectos sociales, económicos y culturales que la modulan de tal manera que una opción considerada saludable en un determinado contexto podría no serlo en otro. Por ello, defender los derechos sexuales implica que todas las personas tenemos los mismos derechos sin ningún tipo de discriminación de sexo, genero, orientación sexual, raza, nacionalidad, religión o estatus socio-económico. Los derechos sexuales mejoran la vida de las personas y contribuyen a crear sociedades mas justas. Todos ganamos con los derechos sexuales.

Continuando el símil de la matrioska descendemos del nivel global a un nivel mas concreto, a nivel nacional. En España actualmente esta en vigencia la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Esta ley es conocida coloquialmente como la ley Aído o la ley del aborto. Con esta ley la despenalización del aborto ya no se basa en supuestos, se trata de una ley de plazos. Una ley de plazos es mas garantista para la mujer y para el feto que una ley de supuestos. En resumen, hasta la semana 14ª de gestación la mujer puede interrumpir legalmente el embarazo sin necesidad de justificarse. La inmensa mayoría de interrupciones voluntarias del embarazo se realizan entre las 5ª-9ª semanas de gestación. Para interrumpir un embarazo mas allá de la semana 14ª es necesario aducir una causa medica materna o fetal respaldada por dos ginecólogos. Finalmente, para interrumpir una gestación mas allá de la 22ª semana de gestación es preceptivo pasar por un comité clínico.

Pero esta ley es mucho más, hay un capitulo dedicado a la importancia de la educación sanitaria integral con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva. También incluye la información

CORRESPONDENCIA:

Marian Obiol Saiz

Centro de Salud "Fuente San Luis"
Calle Arabista Ambrosio Huici, 30
46013-Valencia
obiolma@gmail.com

y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.

Por ultimo, la ley incluye la financiación de anticonceptivos de ultima generación, pero la realidad es que la financiación publica de DIU e implante anticonceptivos no esta garantizada en todas las comunidades autónomas.

Para terminar, mencionar que a nivel autonómico se han desarrollado legislación y diferentes planes de acción para promocionar y mejorar la salud sexual-reproductiva de la población.

Continuamos con nuestra matrioska y nos detenemos en la promoción de la salud sexual-reproductiva en el ámbito familiar. En este nivel nos replanteamos el concepto de familia, si existe un solo modelo de familia o hay diferentes modelos, como son o quizás como deberían de ser las relaciones entre los adultos de esta familia. Una mala relación de pareja puede repercutir en el ambiente familiar. Cuando los progenitores tienen dinámicas de maltrato o abuso sexual en la pareja, los hijos/as aprenden este modelo de relación de pareja y pueden normalizar la aceptación y realización de estas conductas violentas. Incentivar la educación sexual en el seno de la familia tiene múltiples beneficios favorece un clima de confianza y respeto dentro de la familia, evita el embarazo no deseado e ITS en la adolescencia y promueve el establecimiento de relaciones de parejas basadas en el respeto, el cuidado y la responsabilidad mutua. La mejor educación sexual se basa en la coherencia de los valores transmitidos en la escuela y en la familia.

A un nivel mas profundo, como sanitarios podemos incentivar la salud sexual-reproductiva en una persona en concreto. Es importante recordar la importancia de un plan de salud sexual-reproductiva ajustada a las necesidades propias y específicas de cada persona. Un plan de salud sexual-reproductiva incluye asesoramiento anticonceptivo, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), y fomento de relaciones sexuales sanas basadas en el respeto y la igualdad. Este plan de salud no es homogéneo, tiene múltiples matices en función de variables biológicas como el sexo y la edad, variables culturales y socio-económicas. El asesoramiento anticonceptivo se puede realizar desde diferentes enfoques, por efectividad, por estar o no financiados, o por preferencias del prescriptor. En mi opinión como ginecóloga, el asesoramiento más efectivo y más respetuoso con la mujer es el asesoramiento anticonceptivo basado en la entrevista motivacional y la toma compartida de decisiones. El profesional sanitario proporciona la información para que la mujer elija cual es el método que más se ajusta a sus necesidades y preferencias. Este año el colegio de obstetras y ginecólogos americanos ha cambiado el

modelo de asesoramiento anticonceptivo. Hasta ahora el asesoramiento anticonceptivo se basaba en la efectividad de los anticonceptivos y por tanto aconsejaba el uso de DIU e implante como primera elección. Ahora el enfoque ha cambiado y se centra en la usuaria, sus necesidades y sus preferencias, Se traslada el foco del prescriptor a la paciente.

Ni todas las mujeres tienen las mismas necesidades anticonceptiva ni una mujer tiene las mismas necesidades anticonceptivas a lo largo de su vida. Por tanto, el asesoramiento anticonceptivo tiene que ser flexible y susceptible a cambios. A continuación, muestro dos modelos de promoción de la salud sexual-reproductiva: en la mujer adolescente y en la mujer con trastorno mental grave (TMG)

La mujer adolescente tiene derecho a una educación sexual y a un acceso al sistema sanitario que le permita tomar decisiones sobre su salud. En España, la edad mínima de consentimiento sexual es a los dieciséis años. Por ley, si un adulto tiene relaciones sexuales con un menor de 16 años, aunque sean consentidas, se expone a ser condenado por el delito de abuso sexual y a una pena entre dos y doce años de cárcel. Quedaría exento de este delito si la persona tiene una edad próxima a la de la víctima y con un grado de desarrollo o madurez similares.

Este planteamiento no es compartido por sociedades científicas relacionadas con la medicina de la adolescencia ya que el 50% de los adolescentes inician las relaciones sexuales entre los 14-15 años. Por tanto, criminaliza y dificulta el acceso a la anticoncepción a las mujeres menores de dieciséis años. Algunos ginecólogos consideran controvertido la prescripción de anticonceptivos a una mujer menor de dieciséis años o atenderla sin la presencia de su madre/padre.

Si la mujer de dieciséis años tiene derecho a acudir a su medico y solicitar método anticonceptivo sin necesidad del consentimiento paterno excepto si elige DIU o el implante por ser considerados procedimientos invasivos. La mujer adolescente menor de edad también necesita el consentimiento de ambos tutores si quiere interrumpir un embarazo.

Por ultimo, recordar que la edad per se no contraindica el uso de ningún anticonceptivo. Pero, en la mujer adolescente, resulta capital la promoción del uso del preservativo como complemento al método anticonceptivo utilizado por la mujer. Promocionar el uso del preservativo protege a la mujer de infecciones de transmisión sexual y favorece las relaciones de pareja basadas en el cuidado y la responsabilidad mutua.

Cambiamos de registro y nos fijamos en la mujer con trastorno mental grave (TMG). Esta mujer tiene mayor riesgo de embarazo no deseado, interrupciones

voluntarias de embarazo, infecciones transmisión sexual y en general, peores resultados obstétricos. Además, tiene mayor riesgo de ser víctima de violencia de género siendo este riesgo proporcional a la gravedad de su trastorno mental. La mujer con TMG se siente juzgada por su entorno, le cuesta expresar que es víctima de violencia de género, en cambio es más probable que confíe en los profesionales sanitarios. Esta mujer es más vulnerable recibiendo presión de su entorno familiar para usar método anticonceptivo como una medida de control y pérdida de autonomía de la mujer. Los profesionales sanitarios no debemos olvidar que nuestra paciente es la mujer y no su entorno.

En mi experiencia con la mujer con TMG, tras un asesoramiento anticonceptivo basado en sus necesidades y preferencias, se objetiva un aumento en el uso de métodos anticonceptivos de larga duración como DIU e implante. Las mujeres con TMG víctimas de violencia de género eligen con mayor frecuencia DIU e implante que las mujeres con TMG que no sufren violencia de género. En resumen, en la atención sanitaria de la mujer con TMG la promoción de la salud sexual-reproductiva y la prevención de la violencia de género deben ser consideradas prioritarias en el plan de cuidados.

Y hasta aquí llega el modelo matrioska, un modelo en el que los políticos elaboran leyes y los profesionales sanitarios realizamos asesoramiento anticonceptivo y otras acciones para promocionar la salud sexual-reproductiva de las personas. Pero este modelo se rompe porque la realidad es mucho más compleja, vivimos un mundo en que Internet y las redes sociales distorsionan las relaciones interpersonales. Las mujeres más jóvenes

están influenciadas por las redes sociales y estas redes son una especie de salvaje oeste. La OMS ha acuñado el término de infodemia como el exceso de información acerca de un tema, mucha de la cual son bulos o rumores que dificultan que las personas encuentren fuentes y orientación fiables cuando lo necesiten.

Por ello es perentorio que los profesionales sanitarios también estemos en las redes sociales y podamos defender a nuestros usuarios de fakes o planteamientos peligrosos o poco rigurosos que puedan afectar a su salud sexual y reproductiva.

Concluyo, la promoción de la salud sexual-reproductiva es más que un asunto puramente sanitario, mejora la vida de las personas y favorece que las sociedades sean más justas.

Esta revista inicia una nueva etapa con ilusión, esperando incorporar a profesionales sanitarios ajenos a la sexología ya que consideramos que la promoción de la salud sexual-reproductiva es tarea de todos los profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
2. Patient-Centered Contraceptive Counseling. ACOG. Committee Statement N 1. February 2022.
3. Lozano M, Obiol MA, Peiró J, Ifimi A, Ramada JM. Professional counseling in women with serious mental illness: achieving a shift toward a more effective contraceptive method. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2020 Feb 12:1-7.

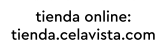
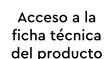
Escozor
Ardor
Sensación de dolor
Inflamación

¡LANZAMIENTO!



3 moléculas naturales: umbeliferona, β -arbutina
y N-acetil cisteína (NAC)

Cistitis postcoital: toma única
Otras cistitis no complicadas: (1-0-1) durante
3 días



ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

Alteraciones en la sexualidad de mujeres intervenidas de cistectomía radical

Sexual dysfunctions in women after radical cystectomy

Mellado Castellero A (1), Sánchez Alcántara MB (1), San Martín Blanco C (2), Jurado López AR (3)

1. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

2. CIPSA – Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud. Santander. España.

3. HC Marbella International Hospital. Marbella. España.

RESUMEN

Introducción: Múltiples estudios respaldan la evidencia de los efectos negativos en la sexualidad de las pacientes intervenidas de cistectomía radical (CR). Estos estudios se basan en cohortes pequeñas y con características heterogéneas por lo que la extrapolación de resultados es dificultosa.

Objetivo: Demostrar las disfunciones sexuales más frecuentes observadas en una cohorte de mujeres intervenidas de CR y comparar los resultados obtenidos con la literatura científica.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal sobre un grupo de pacientes intervenidas de CR en nuestro centro. Se estudia la función sexual mediante el Cuestionario de la Función Sexual de la Mujer en su segunda edición (FSM-2) y la contestación de una pregunta extra.

Resultados: De 30 pacientes iniciales sólo 5 completaron el estudio. La edad media fue de 60 años y la cohorte presentó un valor medio en el FSM-2 de 6 (2-13). EL 60% fue intervenida por enfermedad maligna.

De media, la entrevista fue realizada a los 38 meses de la cirugía.

Un 40% de la cohorte presentó disfunción severa del deseo, excitación y de la lubricación. Un 20% presentaba disfunción severa de la penetración vaginal por presencia de dolor. Otro 20% mostraba disfunción severa del orgasmo. El 60% de las pacientes exhibía ansiedad anticipatoria ante el encuentro sexual con una disminución de la iniciativa sexual. El 100% de las pacientes refirieron empeoramiento de su función sexual tras la cirugía.

Conclusiones: La CR constituye conlleva una morbilidad sexual importante siendo necesario el desarrollo de mejores protocolos de actuación y estudios al respecto.

Palabras clave: sexualidad, mujeres, cirugía, cistectomía radical.

ABSTRACT

Introduction: Many studies evidence the negative effects in the sexuality of patients who underwent to a radical cystectomy (RC). Nevertheless, the studies are based in small groups with heterogeneous features being difficult an extrapolation of their results.

Objective: To demonstrate the most frequent sexuality dysfunctions in a group of women after the RC and compare it with the scientific literature.

Methods and material: Transversal study with a descriptive design about a cohort after the RC in our center. The sexual function it's study using the second

CORRESPONDENCIA:

Alejandro Mellado Castellero

Alejandro Mellado Castellero

Calle Marruecos, 20-4ºB

14004-Córdoba

alemelladocastillero@gmail.com

edition of the “Cuestionario de la Función Sexual de la Mujer” (FSM-2). The patients answered, besides, an extra question.

Results: From an initial cohort of 30 patients only 5 finished the study. They presented a median age of 60 years old and had an average score of 6 (2-13) in the FSM-2. The 60% was operated because the presence of a malignant disease. On average, the interview was performed after 38 months of the surgery.

A 40% was diagnosed of a severe dysfunction in the sexual desire, excitation and lubrication. A 20% presented severe dysfunction of vaginal penetration secondary to the pain. Another 20% presented severe dysfunction in the orgasm. The 60% exhibited premonitory anxiety to the possibility of a sexual activity with the consequent lower sexual initiative. The 100% of the patients commented a worse sexual performance after the surgery.

Conclusions: The RC constitutes a surgery that develop an important sexual morbidity. It's necessary to design better protocols and studies about this matter.

Keywords: sexuality, women, surgery, radical cystectomy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer urotelial de vejiga es la séptima neoplasia más común en varones a nivel mundial y la onceava en mujeres. En Europa, la tasa de incidencia por 100.000 habitantes es de 20 para hombres y 4.6 para mujeres [1,2,3]. A nivel mundial se estima un probable aumento en el futuro debido a la fuerte correlación de esta enfermedad con el hábito tabáquico [3]. En España es considerada la 4º neoplasia más frecuente en varones y la 5º en ambos sexos, siendo de los países con mayores tasas de incidencia dentro del espacio europeo [4,5].

Desde el punto de vista histológico nos interesa saber que el cáncer vesical se divide en enfermedad no músculo-invasiva (estadio Ta, T1 y Cis) y enfermedad músculo-invasiva (T2, T3, T4) a medida que progresa en la profundidad de la pared vesical. La cistectomía radical es el tratamiento estándar para el cáncer vesical músculo-infiltrante en la mayoría de los países europeos.

La calidad de vida del paciente, así como su esperanza de vida influirán en la elección del tratamiento primario, así como en el tipo de derivación urinaria que se realizará concomitantemente a dicha cistectomía radical [6]. La técnica clásica de la cistectomía radical en mujeres, además de la extirpación vesical en sí, incluye la extirpación de útero y parte de vagina [7]. La posterior reconstrucción del tránsito urinario puede hacerse mediante la creación de una neovejiga o el uso de un asa

de intestino y creación de un urostoma con la consecuente alteración de la imagen corporal secundaria. [8]

A nivel de la respuesta sexual femenina esta cirugía supone una noxa importante con posible repercusión a nivel de todas las fases de la respuesta sexual, así como para la autopercepción corporal de la persona y sus relaciones interpersonales posteriores [9-13].

Las alteraciones sexuales junto con el prolapso de los órganos pélvicos de la mujer son las grandes complicaciones secundarias a intervención entre las supervivientes de la enfermedad [15,16]. Aunque complicaciones conocidas han sido muy poco estudiadas, encontrando en la literatura gran cantidad de artículos con seguimiento de cohortes pequeñas y utilizando herramientas de estudio y cuestionarios diversos que no permiten su comparación [14, 16]. Es dentro de este contexto donde enmarcamos nuestro estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y transversal sobre las pacientes intervenidas mediante la técnica de cistectomía radical entre los años 2015-2020 en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Dichas pacientes serían candidatas a una entrevista presencial personalizada donde se les realizaría el “Cuestionario de Función Sexual de la Mujer” (FSM-2) [14]. Además del cuestionario, se les formuló una pregunta extra acerca de si percibieron que tras la cirugía hubo un cambio en su funcionamiento sexual previo.

Se seleccionaron un total de 30 historias de pacientes intervenidas mediante esta cirugía. De dicho número sólo 5 pudieron completar el estudio. Los datos de esas pacientes que sí completaron el estudio fueron recogidos en una base de datos anónima y se procedió al trabajo estadístico descriptivo de dichos datos mediante el programa SPSS.

Cuestionario FSM-2: interpretación y dominios

El cuestionario FSM-2 consiste en un cuestionario de 12+1 preguntas destinadas a objetivar la presencia de una disfunción sexual en algún punto de la respuesta sexual de la mujer. Como requisitos, utiliza el marco temporal de las últimas 4 semanas y sólo tiene en cuenta la actividad sexual realizada en pareja. [Anexo 1 y Anexo 2]

En cuanto a la interpretación de los dominios y los resultados de este cuestionario destacar que cada ítem o pregunta puntúa de 1 a 4, salvo los ítems 2,3,4,5,6 y 10 que pueden puntuar 0 (no ha habido actividad sexual en las últimas 4 semanas). [Anexo 3]

Detectan disfunción sexual y su gravedad los 6 primeros Dominios Evaluadores de Respuesta Sexual (DERS), en función de la puntuación alcanzada en cada uno de ellos. Además, los ítems 7,8,9 y 12, denominados los Dominios

Descriptivos de la Actividad Sexual (DDAS), describen aspectos de especial interés en la actividad sexual. [Anexo 4]]

Este cuestionario no detecta supuesta “disfunción sexual global” (no existe tal diagnóstico). La puntuación total ponderada, obtenida mediante la suma de las puntuaciones de los 6 DERS después de multiplicarlas por el factor de corrección, permite evaluar y comparar niveles de salud sexual en diferentes grupos poblacionales.

Al acabar de pasar dicho cuestionario a las pacientes se les realizó siguiente pregunta extra acerca de la percepción de su funcionamiento sexual que debían contestar para finalizar el estudio. [Anexo 5]

RESULTADOS

Descripción de la cohorte

De las 30 pacientes seleccionadas para la realización del estudio, sólo 5 terminaron completándolo. Las pérdidas se debieron a: 18 exitus, 2 pacientes que no quisieron participar en el estudio, 4 pacientes no tenían parejas de larga evolución ni relaciones sexuales esporádicas en el momento de la entrevista y una con problemas diádicos de larga evolución.

La edad media de las pacientes que sí completaron el estudio fue de 60 años. De media fueron intervenidas a la edad de 55 y en el lapso de tiempo de 2015-2020. El tiempo medio desde la cirugía hasta la realización de la entrevista fue de 38 meses.

En cuanto a la causa de la cirugía en el 60% (3) se les realizó la cistectomía por causa oncológica y en el 40% (2) restante se realizó por control sintomatológico por patología benigna.

Resultados obtenidos en cuestionario FSM-2

En lo que respecta a los resultados obtenidos en los distintos ítems del cuestionario podemos destacar una **puntuación media** de la cohorte de **6** con un **mínimo de 2** y **máximo de 13**.

Además, y teniendo en cuenta los conceptos de dominios evaluadores de respuesta sexual (DERS) y dominios descriptivos de actividad sexual (DDAS) propios del cuestionario FSM-2 e introducidos previamente, pasaremos a comentar los resultados obtenidos en el estudio.

Resultados del estudio

En cuanto a los resultados obtenidos, el **60%** de las pacientes **no presentaron actividad sexual en las 4 últimas semanas**.

Acorde a los resultados obtenidos tras la realización del FSM-2 a la cohorte, un **40%** de las pacientes fueron catalogadas con **disfunción severa del deseo, excitación**

y de la lubricación. Un **20%** presentaba **disfunción severa de la penetración vaginal por presencia de dolor**. Otro **20%** mostraba **disfunción severa del orgasmo**.

El 60% de las pacientes exhibía ansiedad anticipatoria habitual ante la posibilidad de un encuentro sexual con una disminución de la iniciativa sexual.

A través de la contestación de la pregunta extra el **100%** de las pacientes refirieron haber notado un claro **empeoramiento de su función sexual tras la cirugía**.

DISCUSIÓN

Como hemos visto la neoplasia vesical es una patología frecuente entre la población europea que suele debutar en estados más avanzados en mujeres con las consecuentes implicaciones en el tratamiento quirúrgico y en el pronóstico [6].

En cuanto a los hallazgos encontrados en la literatura, observamos que una de las principales herramientas usadas para valorar la función sexual de las pacientes es a través del “*Índice de Función Sexual Femenina*” (FSFI) [17-20]. En este punto, en nuestro estudio hemos usado el “*Cuestionario de la Función Sexual de la Mujer*” (FSM-2). Un cuestionario de origen español, validado y similar en estructura e ítems a estudiar en el FSFI [14].

En lo que respecta al diseño del estudio, los artículos encontrados optaban por un diseño prospectivo y por la realización de una entrevista con la realización del cuestionario FSFI, antes y después de la cirugía, lo que permite una mejor filiación del impacto de la cirugía en la esfera sexual [18,19]. Otros, sin embargo, optaban por un diseño transversal similar al realizado en nuestra cohorte [20].

En cuanto a la media de la puntuación obtenida por nuestras pacientes, destacar que se encuentran dentro de los valores observados por otros investigadores en sus estudios [20]. Otros, sin embargo, observaban una puntuación mayor en sus cuestionarios. Unas cohortes más grandes de pacientes podrían ser una de las posibles explicaciones para esta discrepancia [18,19]. Aun así, destacar que los valores mínimos y máximos de dichos cuestionarios se asemejan a los de nuestro estudio, aunque los cuestionarios usados no sean el mismo.

Aunque nuestro estudio presentase una población pequeña de pacientes, los resultados obtenidos en cuanto a las disfunciones sexuales objetivadas son similares a los obtenidos en la literatura actual. Disfunciones en el deseo, la excitación, la lubricación, en el orgasmo y una disminución en la frecuencia de los encuentros sexuales son las algunas de las consecuencias observadas a este nivel [17-20].

Por otro lado, se ha visto que la indicación de cirugía; ya sea por causa benigna o maligna, no provoca diferencias

significativas en los resultados obtenidos en las encuestas de función sexual realizadas a estas pacientes [21]. La cirugía es, por tanto, uno de los factores con mayor peso a la hora de producción de estas disfunciones sexuales encontradas en las distintas cohortes de pacientes a lo largo de la literatura científica. Algunos autores alegan incluso que una técnica que respete los haces neurovasculares pélvicos durante la cirugía podría tener menor impacto negativo en la esfera sexual de la paciente [22]. Aún así, dichos estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas con los resultados obtenidos con la técnica clásica.

Algunos otros estudios hablan de la importancia del tipo de derivación urinaria realizada en las posibles alteraciones de la función sexual, ya que la derivación uretero-ileal con formación de un urostoma provoca un cambio en la percepción del propio cuerpo de la persona [23]. Hecho que provocaría una importante alteración en la autopercepción corporal del paciente.

Limitaciones del estudio

En cuanto a la crítica objetiva de nuestro estudio podemos decir que presenta las siguientes limitaciones:

- Un tamaño muestral pequeño.
- Estudio descriptivo con características transversales.
- Uso de un cuestionario para valorar la función sexual femenina diferente al usado en el resto de estudios analizados.

Dichas limitaciones obligan a aceptar e interpretar con cautela los resultados obtenidos aún a pesar de que los mismos coincidan con otros observados en la literatura científica actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. 2019;144(8):1941-53.
2. Burger M, Catto JW, Dalbagni G, Grossman HB, Herr H, Karakiewicz P, et al. Epidemiology and risk factors of urothelial bladder cancer. *European urology*. 2013;63(2):234-41.
3. IARC, Cancer Today. Estimated number of new cases in 2020, worldwide, both sexes, all ages. 2021 [access date March 2021].
4. Minana B, Cozar JM, Palou J, Unda Urzaiz M, Medina-Lopez RA, Subira Rios J, et al. Bladder cancer in Spain 2011: population based study. *The Journal of urology*. 2014;191(2):323-8.
5. Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quiros JR, Rojas D, et al. Cancer incidence in Spain, 2015. *Clinical & translational oncology: official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*. 2017;19(7):799-825.
6. J.A. Witjes, H.M. Bruins, R. Cathomas, E. Compérat, N.C. Cowan, J.A. Efstathiou, R. Fietkau, G. Gakis, V. Hernández, A. Lorch, M.I. Milowsky, M.J. Ribal, G.N. Thalmann, A.G. van der Heijden, E. Veskimäe. *EAU Guidelines of Muscle-invasive and metastatic bladder cancer*. Edn 2022. ISBN 978-94-92671-13-4
7. Stein JP, Skinner DG. Radical Cystectomy. *BJU* 2004;94:197-221
8. McDougal WS. Use of intestinal segments and urinary diversion. En Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ. *Campbell's Urology*. VIII ed. Saunders. 2002:106
9. Masters W, Johnson V. *Respuesta Sexual Humana*. Madrid: Interamericana, 1981.
10. Kaplan H. *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza editorial; 2002
11. Basson R. The Female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000 Jan-Mar;26(1): 51-65.
12. Ferenidou F, Kirana PS, Fokas K, Hatzichristou D, Athanasiadis L. Sexual response models: toward a more flexible pattern of women's sexuality. *J Sex Med*. 2016 Sep; 13(9): 1369-76
13. Más M. Fisiología de la respuesta sexual femenina. En: Cruz N et al. *Tratado de Andrología y Medicina Sexual*. Tomo II. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.p.811-17.
14. Sánchez-Sánchez F, Ferrer-Casanova C, Ponce-Buj B, Sipán-Sarrión Y, Jurado-López AR, San Martín-Blanco C, Tijeras-Úbeda MJ, Ferrández Infante A. Diseño y validación de la segunda edición del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer, FSM-2. *Semergen*. 2020; 46(5):324-330.
15. Voigt M, Hemal K, Matthews C. Influence of Simple and Radical Cystectomy on Sexual Function and Pelvic Organ Prolapse in Female Patients: A Scoping Review of the Literature. *Sex Med Rev*. 2019 Jul;7(3):408-415. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.03.005.
16. Smith AB, Crowell K, Woods ME, Wallen EM, Pruthi RS, Nielsen ME, Lee CT. Functional Outcomes Following Radical Cystectomy in Women with Bladder Cancer: A Systematic Review. *Eur Urol Focus*. 2017 Feb;3(1):136-143. doi: 10.1016/j.euf.2016.05.005.
17. Zahran MH, Fahmy O, El-Hefnawy AS, Ali-El-Dein B. Female sexual dysfunction post radical cystectomy and urinary diversion.

- Climacteric. 2016 Dec;19(6):546-550. doi: 10.1080/13697137.2016.1225714.
18. El-Bahnasawy MS, Osman Y, El-Hefnawy A, Hafez A, Abdel-Latif M, Mosbah A, Ali-Eldin B, Shaaban AA. Radical cystectomy and urinary diversion in women: impact on sexual function. Scand J Urol Nephrol. 2011 Nov;45(5):332-8. doi: 10.3109/00365599.2011.585621.
 19. Zippe CD, Raina R, Shah AD, Massanyi EZ, Agarwal A, Ulchaker J, Jones S, Klein E. Female sexual dysfunction after radical cystectomy: a new outcome measure. Urology. 2004 Jun;63(6):1153-7. doi: 10.1016/j.urology.2003.12.034
 20. Booth BB, Rasmussen A, Jensen JB. Evaluating sexual function in women after radical cystectomy as treatment for bladder cancer. Scand J Urol. 2015 Dec;49(6):463-467. doi: 10.3109/21681805.2015.1055589.
 21. Elzevier HW, Nieuwkamer BB, Pelger RC, Lycklama à Nijeholt AA. Female sexual function and activity following cystectomy and continent urinary tract diversion for benign indications: a clinical pilot study and review of literature. J Sex Med. 2007 Mar;4(2):406-16. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00257
 22. Bhatt A, Nandipati K, Dhar N, Ulchaker J, Jones S, Rackley R, Zippe C. Neurovascular preservation in orthotopic cystectomy: impact on female sexual function. Urology. 2006 Apr;67(4):742-5. doi: 10.1016/j.urology.2005.10.015.
 23. Nordström GM, Nyman CR. Male and female sexual function and activity following ileal conduit urinary diversion. Br J Urol. 1992 Jul;70(1):33-9. doi: 10.1111/j.1464-410x.1992.tb15660.x.

PUNTOS BÁSICOS DEL ESTUDIO

“Lo que sabemos sobre el tema”

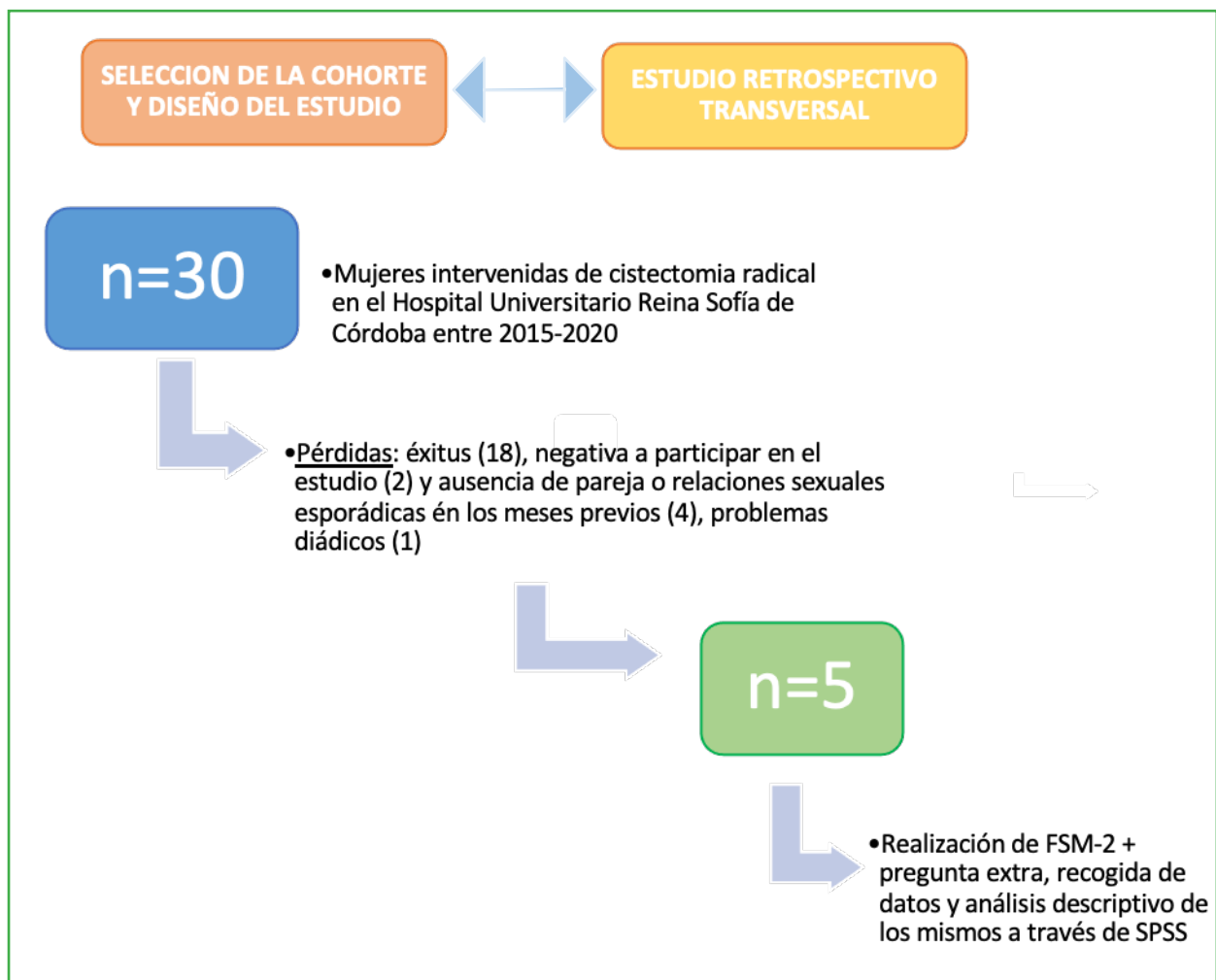
- La neoplasia vesical es una enfermedad frecuente en la población europea en la que se prevé un aumento de su incidencia.
- Cuando la enfermedad se convierte en músculo-invasiva el tratamiento de elección consiste en la cistectomía radical.
- Dicha cirugía, a nivel de las mujeres, se asocia a problemas del suelo pélvico y a disfunciones sexuales.

“Las aportaciones de este estudio”

- Las pacientes sometidas a cistectomía radical presentan elevadas tasas de disfunciones sexuales a nivel de todas las fases de su respuesta sexual así como mayores tasas de ansiedad anticipatoria y disminución de su iniciativa sexual.
- Son necesarios más estudios y estandarizar cuestionarios validados para un mejor conocimiento sobre el tema, además de mejorar las técnicas quirúrgicas e informar detalladamente a las pacientes acerca de los efectos negativos en su esfera sexual.
- Hay que contemplar un abordaje holístico de dichas pacientes, teniendo en cuenta las repercusiones en la calidad de vida, en la esfera sexual y en la propio- percepción del cuerpo tras esta cirugía.

ESQUEMA GENERAL DEL ESTUDIO TABLAS Y FIGURAS

Anexo 1 – Página 1 del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer, FSM-2



Anexo 2 – Página 2 del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer, FSM-2

Cuestionario de Función Sexual de la Mujer: FSM-2

Iniciales: _____ N° de Ref: _____ Edad: _____ años

- Este cuestionario evalúa la actividad sexual realizada en pareja, que puede ser mediante caricias, juegos sexuales, masturbación o relaciones sexuales con penetración.
- Las preguntas se refieren a las últimas 4 semanas. Lea las respuestas posibles y marque solo una.

1. SU INTERÉS O DESEO DE REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD SEXUAL HA SIDO:

- ☐ Muy bajo o nulo (1)
- ☐ Bajo (2)
- ☐ Normal (3)
- ☐ Alto o muy alto (4)

2. DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL, CUANDO LE HAN (O SE HA) TOCADO O ACARICIADO ¿HA SENTIDO EXCITACIÓN SEXUAL? Por ejemplo, sensación de "ponerse en marcha", deseo de "avanzar más" en la actividad sexual.

- ☐ Nunca o casi nunca (1)
- ☐ Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)
- ☐ La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)
- ☐ Casi siempre - Siempre (4)
- ☐ No ha habido actividad sexual (0)

3. CUANDO SE SINTIÓ EXCITADA SEXUALMENTE ¿NOTÓ SUFICIENTE HUMEDAD Y/O LUBRICACIÓN VAGINAL?

- ☐ Nunca o casi nunca (1)
- ☐ Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)
- ☐ La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)
- ☐ Casi siempre - Siempre (4)
- ☐ No ha habido actividad sexual (0)

4. DURANTE SU ACTIVIDAD SEXUAL, CUANDO LE HAN (O SE HA) TOCADO O ACARICIADO EN VAGINA Y/O ZONA GENITAL ¿HA SENTIDO DOLOR?

- ☐ Casi siempre-siempre (1)
- ☐ La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (2)
- ☐ Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (3)
- ☐ Nunca o casi nunca (4)
- ☐ No ha habido actividad sexual (0)

5. DURANTE SU ACTIVIDAD SEXUAL, LA PENETRACIÓN VAGINAL (DEL PENE, DEDO, OBJETO...) ¿PODÍA REALIZARSE CON FACILIDAD?

- ☐ Casi siempre-siempre (4)
- ☐ La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)
- ☐ Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)
- ☐ Nunca o casi nunca (1). Si eligió esta opción señale las causas (una o más):
 - a) Sentir dolor
 - b) Miedo a la penetración
 - c) Falta de interés para la penetración
 - d) Incapacidad para la penetración por parte de la pareja
 - e) Otras causas (indicar) _____
- ☐ No ha habido actividad sexual (0)

6. ¿HA NOTADO RETRASO O DIFICULTAD PARA ALCANZAR EL ORGASMO, CUANDO MANTUVO ACTIVIDAD SEXUAL, CON O SIN PENETRACIÓN?

- ☐ Casi siempre-siempre (1)
- ☐ La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (2)
- ☐ Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (3)
- ☐ Nunca o casi nunca (4)
- ☐ No ha habido actividad sexual (0)

7. ¿HA SENTIDO INQUIETUD O MIEDO ANTE LA IDEA O POSIBILIDAD DE TENER ACTIVIDAD SEXUAL?

- ☐ Mucha (1)
- ☐ Bastante (2)
- ☐ Algo (3)
- ☐ Nada (4)

8. ¿CUANTAS VECES HA SIDO USTED QUIEN HA DADO LOS PASOS INICIALES PARA PROVOCAR UN ENCUENTRO SEXUAL?

- ☐ Nunca o casi nunca (1)
- ☐ Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)
- ☐ La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)
- ☐ Casi siempre - Siempre (4)

9. ¿SE HA SENTIDO CONFIADA PARA COMUNICAR A SU PAREJA LO QUE LE GUSTA O DESAGRA DA EN SUS ENCUENTROS SEXUALES?

- ☐ Nunca o casi nunca (1)
- ☐ Algunas veces (hasta la mitad de las veces) (2)
- ☐ La mayoría de veces (más de la mitad de las veces) (3)
- ☐ Casi siempre - Siempre (4)

10. ¿CUANTAS VECES HA TENIDO ACTIVIDAD SEXUAL EN ESTAS 4 SEMANAS?

- ☐ 1-4 veces (1)
- ☐ De 5 a 8 veces (2)
- ☐ De 9 a 12 veces (3)
- ☐ Más de 12 veces (4)
- ☐ No ha habido actividad sexual (0). Si eligió esta respuesta indique el motivo (una o más respuestas):
 - a) Falta de deseo o interés
 - b) Inseguridad o miedo a no responder sexualmente de manera adecuada
 - c) Dolor o molestias durante la actividad sexual
 - d) Problemas sexuales de la pareja
 - e) Otros motivos (describir): _____

11. DURANTE ESTAS 4 SEMANAS SU NIVEL DE SATISFACCIÓN SEXUAL HA SIDO

- ☐ Muy bajo o nulo (1)
- ☐ Bajo (2)
- ☐ Normal (3)
- ☐ Alto o muy alto (4)

12. ¿LE HA SUCEDIDO ALGÚN ACONTECIMIENTO EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS QUE HAYA PODIDO INFLUIR EN SU VIDA SEXUAL?:

☐ SI ☐ NO Si ha respondido SÍ, por favor descríballo brevemente: _____

¿Cuánto cree que ha influido dicho acontecimiento en su vida sexual?:

☐ Mucho ☐ Algo ☐ Nada

Anexo 3 – Los Dominios Evaluadores de Respuesta Sexual (DERS) detectan disfunción sexual y su gravedad en función de la puntuación alcanzada en cada uno de ellos

Dominios evaluadores respuesta sexual (DERS)	Ítems	Rango puntuación	Disfunción severa	Disfunción moderada	Sin disfunción	Puntuación X Factor corrección
1-Deseo sexual	1	1-4	1	2	3-4	_ X 1=
2-Excitación*	2	0-4	1	2	3-4	_ X 1=
3-Lubricación*	3	0-4	1	2	3-4	_ X 1=
4-Dolor genital*	4	0-4	1	2	3-4	_ X 1=
5-Penetración vaginal*	5	0-4	1	2	3-4	_ X 1=
6-Orgasmo*	6	0-4	1	2	3-4	_ X 1=
5-Frecuencia de actividad sexual*	10	0-4	1 Baja	2 Media	3-4 Alta	_ X 1=
6-Satisfacción sexual	11	1-4	1 Nula/Muy baja	2 Baja	3-4 Normal/alta	_ X 1=
Puntuación total ponderada:						

*Dominios no evaluables si la puntuación a sus preguntas es 0 (no ha habido actividad sexual)

Anexo 4 – Dominios Descriptivos de la Actividad Sexual (DDAS), describen aspectos de especial interés en la actividad sexual

Dominios Descriptivos de la Actividad Sexual (DDAS)	Ítems	Rango puntuación	Ausencia	Ocasional	Habitual
1-Ansiedad anticipatoria	7	1-4	3-4	2	1
2-Iniciativa sexual	8	1-4	1	2	3-4
3-Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja	9	1-4	1	2	3-4
4-Acontecimientos recientes con influencia sobre la actividad sexual	12	SÍ NO	Si respuesta SÍ , influencia en actividad sexual: ☐ Mucho ☐ Algo ☐ Nada		

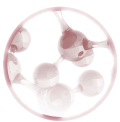
Anexo 5 – Pregunta extra acerca de percepción sobre funcionamiento sexual

"¿Ha notado si a raíz de la cirugía ha habido algún cambio en su funcionamiento sexual previo?. Si es así, ¿podría indicarnos en que manera?"

cumlaude
lab :



MUCUS



Ácido Hialurónico



Ácido Láctico Natural



Osmolalidad
<380 mOsm/Kg

Lubricación íntima
aún más tuya

Filancia + ingredientes hidratantes

ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

Estudio sobre la sexualidad de hombres gays totalmente receptivos: una aproximación a sus procesos de excitación e inhibición sexual

Study on the sexuality of exclusively receptive gay men: an approach to their arousal and inhibition processes

Zubieta-Méndez X (1), Pons-Salvador G (2)

1- Centro Psicológico y Sexológico Zubieta. Valencia. España.

2- Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. España.

RESUMEN

Objetivo: El estudio es una aproximación a la sexualidad y a los procesos de excitación e inhibición de hombres gay que se auto-etiquetan como totalmente receptivos.

Material y métodos: Los 100 participantes tenían más de 21 años y fueron reclutados creando en Internet un perfil para la investigación en una red social para gay. La información se obtuvo mediante una entrevista semiestructurada, utilizándose una metodología mixta (cualitativa-cuantitativa).

Resultados: Los resultados muestran que anticipar el sexo con un insertivo y practicar el sexo oral receptivo son dos de los motivos que más les excita. Lo que inhibe su excitación era cuando intentaban, pensaban o se les pedía asumir el rol insertivo. Muestran un interés especial por complacer al compañero sexual y por sentirse deseados. Un porcentaje elevado afirma estar convencido de su rol receptivo. Sin embargo, un 23% indica que cuando

intentaron ser insertivos no consiguieron erecciones, o no lo suficientemente firmes.

Conclusiones: El trabajo muestra el interés de considerar la auto-etiqueta sexual (receptivo, insertivo o versátil) a la hora de explorar aspectos relativos al comportamiento y salud sexual de los gays que se sienten identificados con estas etiquetas.

Palabras clave: hombres gay receptivos, bottom, auto-etiqueta sexual, excitación e inhibición sexual.

ABSTRACT

Objective: Arousal and inhibition processes of exclusively receptive gay men are examined.

Methods and material: 100 subjects, aged 21 years or older, who participated in this study, were contacted on a social network for gay men. The information was obtained through a semistructured interview, using a mixed methodology (qualitative-quantitative).

Results: The results show that anticipating sex with an insertive gay man and practicing oral sex receptively, are two of the practices that most excite them. Attempting, thinking about or being asked to take the insertive role can inhibit their excitement. Receptive gay men tend to find pleasure in pleasing the other man and also in feeling desired by him. A large percentage claim to be convinced of their receptive role. However, 23% reveal that when they had tried to be insertive, they were unable to get an erection, or that it was insufficient for penetration.

CORRESPONDENCIA:

Xud Zubieta Méndez
xudzubieta@gmail.com

Conclusions: The study shows the importance of sexual self-label consideration (receptive, insertive or versatile) when exploring aspects related to gay men's sexual health and behavior who identify with these labels.

Keywords: receptive gay men, bottom, sexual self-label, sexual arousal and inhibition.

INTRODUCTION

Sexual Self-Labeling

Currently, some studies about the sexual health of gay men take into account the subgroups established according to the label that many use to describe the role they play in anal intercourse. This self-identification is called 'sexual self-labeling' (Hart, Wolitsky, Purcell, Gómez and Halkitis 2003). In their sex practices, many gay men act in a versatile way; that is, during anal sex, they can be either insertive or receptive. Others tend to be only insertive meaning that during anal sex they penetrate the other man (men). These men are referred to and also self-label themselves as 'active' or 'top'. Receptive gay men are the ones who get penetrated and are also called 'passive' or 'bottom'. The studies that take into account the sexual self-labels used by gay men have shown interest in considering these subgroups to establish prevention programs for sexual behavior risk (Henderson 2017; Persson et al. 2016) or therapeutic approach in psychological or sexological treatment, for example.

In order to get closer to the study of gay men according to their sexual self-labeling some authors have attempted to detect the motives that lead gay men to identify themselves with one role or the other. The motives that stand out are the ones related to gender and sexual stereotypes. For example, different studies found that insertive gay men reported being more dominant, while receptive gay men claimed to be more submissive (Moskowitz, Rieger, and Roloff 2008). Other studies mention that the physical aspect, such as being taller or shorter, muscled or not, can lead to a situation in which, to begin with, a role or another is assumed (Johns, Pingel, Eisenberg, Santana and Bauermeister 2012), as having a larger penis is identified with being more masculine which would suggest that insertive gay men have bigger penises in general (Drummond and Filault 2007; Grov, Parson and Bimbi 2010). Some studies even show some race related sexual stereotypes. In western samples (Euro-Atlantic culture), black gay men adopt the insertive role (more frequently than statistically defendable) and, or are considered very masculine and aggressive (Bowleg 2004), while Asian men (in the west) are expected to be receptive and are frequently considered feminine and, or submissive (Han 2008).

Other studies have observed that versatile subjects where more prone to being receptive when they perceived the sexual partner as being more masculine and vice versa. Participants of these studies considered this to be a generalized tendency (choosing the role according to the grade of masculinity of the sexual partner). Besides, they pointed out that there is a number of emotional and contextual circumstances (having a stable partner, momentary mood, physical environment, etc.) that influence their sexual behavior (Carballo-Diéguez, Dolezal, Nieves, Díaz, Decena and Balan 2004). In fact, some indicate that with a romantic partner what would lead them to adopt one role or another is the preference of the sexual partner, underling both, the partner's pleasure and one's own pleasure (Johns et al. 2012). Therefore, in spite of the fact that there are many gays that identify themselves with a sexual self-label, some indicate that the gender stereotype does not always coincide with the sexual roles too rigidly (Johns et al. 2012) and even some do not acknowledge the stereotypical roles when they practice sex (Henderson 2017).

Flexibility in the Sexual Self-Label

It is reasonable to assume that if a man uses a 'sexual self-label' it is because he usually plays that role. That does not mean, as we have indicated, that at certain times he can play other roles or even that during his sexual life there have been switches in his role. In this sense, a longitudinal study (Pachankis, Battenwieser, Berstein and Bayles 2013), carried out in young gay men aged 18 to 25 revealed that over the 2 year period, some subjects showed changes in their sexual position identity that were reflected in changes in sexual behavior but not necessarily in their fantasies. These participants cited social stigma and gender stereotypes as important agents in the role identity change. Being 'top' or insertive meant appearing (if not being or feeling) more masculine. The participants also pointed to the gay community's conveyance of stereotypes that combine sexual position identity with traditional notions of gender and power. In short, anti-effeminacy attitudes are observed in many gay men (Taywaditep 2001, Barrientos et al 2016). In fact, some gay men consider that the sexual self-label is related to considering the existence of different degrees of homosexuality, assuming that the receptive gay men must be 'more gay' than the insertive gay men (Johns et al. 2012).

Thus, we see that the sexual self-label is not rigid because a number of gays switch their role according to circumstances or to the moment of the sexual interaction. However, some gay men stick to their role in all their sexual encounters. Given that most of them say that they can change their role, in the current study, we have a special interest in getting to know the gay men that

indicate that they always play the receptive role. We want to know if the fact that they always play the receptive role can lead them to feel more rejected by some of their sexual partners, or even lead them on occasions to take greater risks in sexual interaction.

On the other hand, in our clinical practice we have found some gay men that indicated that they always played the receptive role because they had erectile problems. That is why that, in the present work, we also enquired about the self-reported erectile response in this group of gay men. Our initial hypothesis is that the majority of exclusively receptive gay men accept this role out of simple preference (for whatever reasons: cultural, psychological or relational). But we also want to consider those cases, even if they represent a minority of exclusively receptive gay men, who may be having erectile problems, with the psychological implications that come out of that and whose needs are to be taken into account.

Erectile dysfunction.

In relation to erectile problems, some authors have pointed out that gay men can hide these problems being receptive in sexual encounters, or by focusing on their partner's experience (Sandfort and de Keizer 2001). Men with erectile dysfunction may feel that being the passive one protects them from the embarrassment of showing that they are not able to penetrate (Carballo-Diéguez et al. 2004).

Erectile dysfunction in gay men, according to some studies, is caused by the anticipatory performance anxiety (Paff 1985; Bancroft, Carnes, Janssen, Goodrich and Long 2005), as well as by the fear of intimacy or rejection. Drug and alcohol use is also mentioned. Other reasons cited less frequently are focusing intensely on the other person, obsessing about what others will think, and not paying enough attention to themselves (Paff 1985). Only 1% of erectile dysfunction was attributed to organic causes. However, even though these results are interesting, in all of these studies gay men are considered as one group, without considering their sexual self-label.

Regarding erectile response, this study takes into account some variables that can influence erection, such as age (Metz and McCarthy 2004). Other variables, such as the fact of being penetrated, weren't considered as they were not found to interfere in penis erection or in its maintenance (Morin 2008).

Study's Objective

All in all, we can observe that there are different roles in sexual encounters among gay men. Habitually, most gay men assume one role or the other, depending on a number of variables. Not all gay men use a sexual self-label, so it is possible that men that do are the ones who

stick to it more stably. In this sense, However, we believe that there is a variety of individual sexual characteristics, above all related to the sexual self-label, and these are not always reflected in the sexual role that subjects assume at a particular moment.

In the present study we want to focus on gay men who identify themselves as strictly receptive; that is, they always are the receptive ones in any sexual encounter. We would like to shed more light on the different sexual interests, motivations, emotions and behaviors of this particular sub-group, through discovers the subjective and genital arousal patterns and reasons for inhibition that these gay subjects report experiencing in their sexual relations. This study is exploratory and is carried out through a qualitative approach. It also includes a section of quantitative analysis when comparing the subjects depending on age.

METHODS AND MATERIAL

Participants

The sample was composed of 100 exclusively receptive gay men who answered our advertisement during a 12-month period. The subjects' mean age was 36.10 years ($SD = 7.91$), with a range between 21 and 64; 73% of the subjects were in the 21 to 40 age range. Most of them (98%) did not have a steady partner and the other 2 were in an open relationship. This distribution is probably due to the nature of the social network. Individuals who responded came from 23 different cities in Spain ($n = 77$), and from 9 other countries ($n = 23$): the United Kingdom (incl. Gibraltar), Ireland, Germany, Holland, Norway, France, Hungary and the USA. All of them were a Western origin.

Procedure

Participants were recruited via an advertisement published on an Internet social network site for gay adults. This site is widely used among the gay men community for various purposes ranging from 'relationship' to 'date'. All the participants were over 21 years old and provided their written consent to participate in the study. For the sake of confidentiality, the name of the social network is withheld. A profile was created in Spanish and English, and the ad clearly stated the interest in making contact with exclusively receptive gay men to participate in a study. Once interested parties had answered, they were asked to participate in a research study that consisted of responding to a written interview about their sexuality.

The advertisement was kept during a year and 112 subjects replied to it, out of whom 104 gave their consent to participate in the study. Four of them were discarded because their interviews were not completed. Responses

were received in both, Spanish and English, and their length went from 2 to 4 pages.

The decision was made to use informal language that would sound colloquial in this social network for gay men. As some authors in sexual research indicate, informal language helps subjects to talk about their sexuality in terms and words they feel comfortable with (Bancroft 1997).

Instrument

The authors created a semi-structured interview containing seven questions gathering information about the study variables. Interviewees had to respond these questions openly, and they were encouraged to be candid and give answers that were as long as necessary. Furthermore, some of the questions were multiple choice ones. We made sure that participants understood well the aim of the research. In this way, it was guaranteed that the interviewees answered the main research issues and they could also understand what information could be of interest for this research. A margin was left in case of the closed questions so that the interviewees could go beyond any possible script (Russel, 2006). The interview questions are shown in table 1.

quantitative methodology was employed when analyzing the outcomes of the qualitative analysis such as the frequency of appearance of different phenomena and a statistical comparison depending on the subjects' age.

For the qualitative analysis of the responses received, a content analysis was used that made it possible to categorize and structure the information from the Internet interviews. The steps followed in this analysis were: data reduction or codification by topics, data arrangement and transformation, and an internal validity analysis of the information.

For the codification by topics, the arrangement, transformation and performance of the data, we analyzed the answers given directly in the interview. Here we observed that five issues emerged and we clustered these in categories (corresponding to the first five categories presented in the results section). These categories were answered by all subjects. This allowed for scoring and provided information about the frequency of matching subjects' replies.

The information that interviewees provided in open questions was analyzed and clusters of all the topics that occurred were made. We observed that same topics occurred in many subjects even though the subjects were not asked about them specifically. This seems to reflect

Table 1. Interview.

1. How old are you?						
2. In your sexual relations with other men, are you always "bottom" or receptive?						
3. Since when have you been "bottom" or receptive? (Indicate how long you have been exclusively receptive in your relations).						
4. Do you get hard? That is, do you get erections? (If you respond affirmatively, indicate if it's when you are alone and/or when you are having sexual relations with others).						
5. At what moments during penetration does your penis get hard? (Openly respond whatever you want). Then, choose one of the following alternatives to indicate the moments when your penis gets hard during sexual intercourse.						
1. Before intercourse	2. During intercourse	3. After intercourse	4. Before and during	5. Before, during and after	6. At another time	7. Never
6. When you are having sexual relations with others, what excites you sexually? Do you get hard or not? (Openly answer whatever you want).						
7. When you are having sexual relations with others, what are the reasons that you don't get hard or stop being aroused? (Openly respond whatever you want).						

Data analysis and interpretation

This study uses a qualitative, quantitative mixed-methodology (Denzin and Lincoln 1998; Cook and Reichardt, 1982). A qualitative methodology is used when establishing the subjects' sexual arousal patterns. Qualitative analyses provide an effective tool for 'systematically approaching the exploration of unknown and novel phenomena' (Hammersley 2007) and are frequently used in sexology investigation (e.g. Bancroft, Janssen, Strong, and Vukadinovic 2003). The

a generalized interest present in this subgroup of gay men and as such we felt that it was important to include it in this study (for example, app. 25% of the subjects mentioned they played a submissive role in their sexual relations). Other topics that appeared were also included in this study and we think that these may constitute an opportunity for further research (e.g. high-risk sexual activities). We formed five clusters out of all these 'post-hoc' topics (these correspond to the categories numbered 6 to 10 of the results section). Percentages related to these

later topics are not offered in the results section as they do not form part of the main aim of this study and results are available for a part of the subject only.

Two experts, specialists in sexology and clinical psychology conducted the data internal consistency and interpretations check. Results were compared (Olsen 2004) and showed a total agreement on the establishment of the categories and the interview information classification in the established categories.

For the quantitative analysis, in order to establish possible differences in the variables related to erection depending on the individuals' age, an ANOVA was conducted in which age was considered a dependent variable. The factors taken into account were: presence or not of erection; solely receptive role time span, moments with erection occurrence. The level of signification was considered with probabilities of $p < .05$.

RESULTS

The descriptive results are shown in table 2, corresponding to the scoring of times that subjects replied to alternative closed questions. Subjects' mean age is also included in each of the variables.

A Kolmogorov-Smirnov & Shapiro-Wilk test was carried out to check and establish the normality of the age variable in the groups considered (result: $p > .05$). Then, ANOVA was conducted. Further tests were performed to assure the homogeneity of the variance (test of Levene; $F(18,81) = 1.1337$, $p = .18$).

In relation to the subjects' age, the ANOVA results showed that there is no correlation between age and other variables. That is, there are no statistically significant differences in terms of age for: 'Frequency of erection': $F(1,98) = 2.35$, $p = .128$, $\eta^2 = .023$; 'How long have you been receptive for?': $F(5,94) = 1.41$, $p = .227$, $\eta^2 = .070$; 'Erection response depending on specific moment of intercourse': $F(6,93) = 1.02$, $p = .42$, $\eta^2 = .062$.

Next, results are presented for each of the 10 categories established. In some cases, more detailed examples are provided. Percentages are only shown where data are available for all subjects.

1. Length of time taking the receptive role

The responses to the question 'how long have you been receptive for?' were sorted into these categories: 1. less than one year; 2. from one to three years; 3. from three to

Table 2: Number of subjects who answer the closed questions and their mean age.

	N	MD	SD
Are there erections?			
1. Yes	96	35.85	7.88
2. No	4	42	6.88
How long has been taking the receptive role for?			
1. 1 year or less	0	0	0
2. Between 1 and 3 years	3	28.67	4.04
3. Between 3 and 5 years	3	32.33	5.77
4. Longer than 5 years	4	36.25	9.91
5. Almost since the beginning of sex life	12	40	9.55
6. Since the beginning of sex life	73	36.11	7.67
No Answer	5	-	-
At what moments are there erections?			
1 Before	62	36.87	8.30
2 During	22	33.41	7.38
3 After	2	33	2.82
4 Before and during	5	33.60	3.28
5 Before, during and after	3	37.33	11.24
6 Other	1	37	-
7 None	5	41.20	7.91
(N Number of Subjects; MD Mean; SD, Standard Deviation).			

five years; 4. more than five years; 5. almost always; and 6. always. (See Table 2).

Results showed that 73% of the participants answered 'from the beginning of my sex life' and 12% said 'almost from the beginning of my sex life', which were classified as always or almost always, respectively (See Table 2). Together, these categories make up 85% of the total. Moreover, 4% had been taking the receptive role for longer than 5 years. For the younger participants, 5 years can be equal to 'from the beginning of my sex life' or 'almost from the beginning of my sex life'. This set of data shows that most participants had been taking the receptive role for a long time. None of the participants had been taking the receptive role for less than a year.

2. Erectile response

In case of the 'Do you get erections?' question, most participants (96%) reported they had an erection at least at some moments. Only 4% stated that they never had an erection, whether with a partner or on their own., which may suggest a generalized erectile dysfunction (See Table 2).

3. Moments when erection occurs during anal sex

When asked at what points erections occur during sex, a large percentage of participants (62%) stated that they do have an erection before but not during penetration. (See Table 2). 22% of the subjects reported that they had erections during penetration, here we also include two subjects who indicate that they sometimes lose their erection at the beginning of anal sex but later recover it.

Other subjects (5%) reported that they had erections before and during anal sex, and some 3% even specified that, when excited, they could maintain their erection during the entire intercourse.

Only two subjects indicated that they had erections after ending the intercourse. Five subjects indicated that they did not have erections in sexual relations with others, 4 of these correspond to those who indicated that they never had erections, whether alone or during an intercourse.

4. Situations that stimulate erections and the perception of pleasure

Here, we include results of the participants open sharing on what excites them sexually to a point of penile erection. In addition, this section lists the reasons or situations where they felt pleasure or felt sexually aroused, which was (not necessarily) accompanied by erection, or genital arousal; i.e. this section is focused on subjective arousal.

In general, there were up to six reasons for having erections. One of the main, shared reasons had to do with anal penetration. In fact, 29 participants indicated

that they had erections when thinking they were going to be penetrated. In addition, 62% of the subjects indicated that they got excited and had erections at the beginning of the penetration. 13 subjects indicated that one of the things that most excited them was the idea or act of being touched or caressed by their partner's penis.

Another reason for excitement and erections, reported 28 subjects, was the active practice of oral sex with the insertive gay man (this insertive gay man being the object of fellatio). However, the subjects did not mention any interest in receiving oral sex. Other 12 subjects said that what excited them was seeing the other man enjoy himself (Example: 'I do get a hard-on, but only because I'm pleasing an active guy'), There were 23 subjects that stated that what excited them the most was feeling desired.

Regardless of whether they had erections or not, 91% of the subjects indicated that being penetrated is what most satisfied them sexually, beside the pleasure they would get from stimulating their own penis. In fact, many of them highlight and describe the anal pleasure they receive when penetrated.

These same subjects (91%) mentioned the insertive partner's penis as object of desire. In addition, 22 subjects highlighted the importance of the insertive partner having a large penis. Only 8 subjects said they got pleasure from being kissed and stroked. Some mentioned activities that were exciting to them, such as nipple and breast stimulation (6), neck stroking (2), rimming (4), group sex (4) and fisting (1).

A few subjects (5) mentioned the possibility of having anal orgasms (Example: 'I have anal orgasms: they do not imply ejaculation, as they take place in the G-spot. Anyway, they are there for anyone who can reach my prostate and discover them'), or (5 subjects) ejaculations without penile stimulation (Example: 'Very often, I come without even touching myself. By moving while I am being fucked, I can control some inside movements that allow me to have orgasms, without the need to touch my dick').

5. Situations inhibiting erections

Regarding erection inhibitions, 98% of the interviewees mentioned reasons related to taking the insertive role. Of these subjects, 44% indicated that they did not have or lost their erections when they tried to penetrate their partner, 36% lost their erections when thinking about taking the insertive role, and 18% lost them if their sexual partner asked them to take the insertive role.

From the information collected about reasons inhibiting erections, we found that these gay men belonged to different groups or profiles. That is, 49% of them said they were totally receptive and that they would not

consider taking the insertive role at all (Example: 'I have no interest in or curiosity about being active. Nothing can be more enjoyable than being passive').

However, there is a group of subjects (23%) who take the receptive role because they did not have erections or at least erections hard enough for penetration when they tried being 'active'. Some participants (15%) very clear about this fact as in this case, 'Sometimes I have tried to fuck someone but I have not managed, you see. That is an example of when I lose my erection. But then I am fucked and it gets hard again.' In other cases (8%), we can only draw conclusions from statements like, 'Sometimes I was the top with someone, but I didn't like it much, as my cock goes soft when trying to go in ...'. 28% of the subjects did not mention this aspect.

6. Submissive role

A large number of participants (27 subjects) reported that they play a submissive role in the sexual interaction. They indicated that they preferred and even liked their partner to dominate them sexually (Example: 'In sex, I like knowing the other guy is control').

The 'passive' role does not imply femininity or passivity

Some subjects specified that assuming the receptive role, which is colloquially called 'passive', does not mean they are actually passive when having sex (13 subjects) (Example: 'I am passive, but that doesn't mean I don't move or take the initiative or that I'm effeminate'). Almost all of the subjects who indicated that they were receptive but not passive also indicated that they were not effeminate (Example: 'I am 100% passive, but I say that because I have never penetrated anyone. I like and enjoy being penetrated. That does not mean that I behave like a 'faggot'. I am very virile, and I don't like effeminateness! I am passive, but I enjoy sex as much as anyone else, except that I can't penetrate someone and I have never tried, because as long as I can remember, I have been penetrated').

The receptive gay man stigma

Various subjects (10) indicated that it was difficult for them to say they are exclusively receptive because of fear of being rejected, even within the gay community. The following example expresses this idea very well, and it synthesizes different comments made by a number of other interviewees on the sexual self-labeling: *'I have always been bottom, although it is very hard to openly admitting to it, I think. Self-acceptance of one's homosexuality is a very complex process: first, you say you are bisexual, and then admit to being gay. Then, if you accept the fact of*

being gay you talk about yourself as being versatile. The hardest is accepting you are a bottom. I have always been one, although I didn't admit it openly straight away. With all the partners I've had, I've always played the receptive role, and now, I think it is essential to acknowledge my sexual role in order to have a potentially very satisfactory and fulfilling sexual relation. Accepting that one is 100% passive is the hardest!'

9. High-risk sexual behavior

Responses show that some of the subjects engage in sexual practices involving risk of contracting STIs (Example: *'I do LOVE to swallow hot spunk...'*).

Although only 3 subjects state explicitly that they practice unprotected sex, when describing their receptive oral sex practices, none of them otherwise mentions using a condom.

Only 2 subjects explicitly mention that they use protection when having sex. 4 subjects refer to the use of poppers (amyl nitrite).

10. Early initiation in sexual relations

Although subjects were not directly asked about the age of their sexual initiation, some of them indicated that their sexual activity began at a very early age. In two extreme cases, the information obtained indicated there had been childhood sexual abuse. These two subjects stated they began to have sexual relations with adults at 7 and 11 years of age, respectively.

DISCUSSION

The present work finds its framework in the studies aiming at finding out the specific characteristics of the subjects according to their sexual self-label. The studies carried out about gay men's sexuality as a single, homogeneous group are of great interest, if it is true that we also consider necessary studies that take into account the different roles. We refer to studies aiming at finding out about the specific characteristics of the subjects according to their sexual self-label. In our case, we have focused on strictly receptive gay men. A way to approach this issue was getting to know some of the sexuality aspects of these men, especially in relation to the sexual arousal and inhibition motives. A way to approach this issue was getting to know some of the sexuality aspects of these men, especially in relation to the sexual arousal and inhibition motives.

Most of the subjects of our study had always been playing the receptive role in sex. Besides, almost a half of the sample stated that they were convinced of their role, pointing out that this is what they liked and that they would not want to be insertive.

An issue that we wanted to assess was whether there were any subjects who had an erectile alteration. Almost all of them reported that they had erections at some moment. However, we observed that 23% of the subjects explained that when they tried to be insertive, they did not have erections, or had erections that were not hard enough for penetration. It is possible that, some of them, simply did not feel sufficiently attracted to penetrating their partner, and that is why when they tried, they were not excited and lost the erection. On the other hand, 15% would have liked to be insertive with a partner but could not (not sufficiently erect). We thought that these cases could present some kind of erectile disorder. On this note, we believe it might be a situational disorder connected to anticipatory anxiety and fear of intimacy or rejection, as some authors have explained in their studies on the etiology of the erectile disorder (Bancroft et al. 2005; Paff 1985, Shires and Miller 1998). These studies did not include the variable of gay men roles in sex. A variable that has to be taken into account about erection is age (Metz and McCarthy 2004). However, in this sample of solely receptive subjects, a statistically significant association between age and the variables related to the erectile response of the subjects was not found.

As for the situation specific erections (sexual arousal), many of the subjects reported having erections before but not during intercourse (them being receptive), however, only a few mentioned a certain discomfort or pain at the time of penetration. If we consider that in receptive intercourse there is no physical interference with the erect penis of the one being penetrated (Morin 2008; Rosser et al. 1998), the explanation why the erection is not maintained during intercourse in some of these subjects has to be looked for in a variable different from physical pain. Taking into account that a good number of subjects reported that it was anal penetration they found most pleasurable, it could be argued that during receptive intercourse subjective pleasure (perception of pleasure) is maintained regardless of erection and that losing the erection does not automatically mean not perceiving pleasure.

One of the fundamental interests of our study was to know the motives that arousal entails in this group of people. We observed that almost 30% shared that anticipating sex with an insertive gay man was what excited them the most. They also mentioned other arousal factors, feeling desired by the other man, contact with his penis, oral sex, watching the other man enjoy himself. It should be pointed out that these exclusively receptive gay men show special interest in pleasing their sexual

partners. A large percentage of subjects even go as far as to state that they are not at all interested in stimulating their own penis or in the pleasure derived from it. In fact, they focus their attention on their partner's penis, they show clear interest in practicing oral and anal sex (the latter receptively), the partner's penis is considered the main object of desire. By contrast, when they talk about their own pleasure, they mostly refer to anal pleasure (the pleasure they get during penetration).

Some subjects also highlight the importance of the insertive gay man having a large penis. The size of the partner's penis can stand out as a reason for excitement or sexual desire (the size in itself being an attractive feature), but the excitement can also be associated with the fact that these subjects desire a very masculine partner and that they associate penis size with masculinity. In this sense, some authors report that in sexual encounters, the versatile gay men that play the insertive role usually have a larger penis, as they are seen as more masculine (Drummond and Filault 2007; Grov et al. 2010; Moskowitz and Hart 2011). Moreover, those who have a greater probability to play the receptive role are those that perceive their sexual partner as more masculine than themselves (Carballo-Diéguez et al. 2004). Not only does the masculinity and the penis size of their sexual partners stand out when considering a man desirable, the subjects also report that they usually get into a submissive and obliging role when interacting sexually with their partner. It might then seem that strictly receptive gay men identify themselves with feminine stereotypes. However, in the interviews, some receptive gay men wanted to make clear that they were not effeminate, despite the fact that we did not specifically ask them such question. That is why we could not have a precise number of subjects who would say they were effeminate. What we see is that even in a group of totally receptive subjects, some did not like to be identified so, which is in correlation with certain gay men's anti-effeminacy attitudes reported by Taywaditep (2001). These subjects did not present any femininity stereotypes like the one of passivity, coinciding in this respect with the findings of authors that stress the rejection of the 'passivity' concept by the receptive gay males, given this is not what happens in their activity when they have sexual interaction (Dowsett et al. 2008). Therefore, the only sexual characteristics this group showed that could be seen as culturally considered feminine stereotypes would be assuming the submissive and obliging role in sex.

Another fundamental interest of this study was to establish what inhibits the arousal of this group of totally

receptive subjects. It seems that assuming the insertive role is what most inhibits their arousal and erections. More concretely, they specified that they would lose their erections when they tried to penetrate the other man, or if they thought of penetrating, or being asked to penetrate him. This is in correlation with what we stated about the moments in which there are erections. There are subjects who say that at their attempt to penetrate others, they have not been able. When we observe that only the idea of penetrating other man is what inhibits the arousal, then we confirm what we said earlier, which many of them simply do not feel attracted to penetrating the other man.

We want to stress that some subjects report that they find it hard to say that they are totally receptive because of fear of rejection, even within the gay community. They believe that most gay men prefer versatile subjects and they cannot or they do not like playing that role. This concern to rejection has to be taken into account when working with this group of people.

On the other hand, we found it striking that some subjects from the sample reported about their sexual practices with no protection, especially when they were describing behaviors of oral sex without a condom. It would be interesting to know if these high-risk activities are in any way related to the profile of a major part of the subjects, focusing mostly on the pleasure of the insertive gay man and their own submission. However, we are aware that there might be other cognitive biases present in the general population (Pons-Salvador, Miralles and Guillén-Salazar 2010). A specific study on the subject is necessary to confirm possible connection with the characteristics of this particular group of gay men. In this sense, some authors found that what leads gay men to have risky intercourse is not a sexual urge, but rather a cultural, social, emotional or affective need or set of needs (Fernández-Dávila, 2009). With respect to this, the subjects do not differ from other gay men. Here, we have to remember that most of the subjects in our sample were 'single', although as some studies indicate having a stable partner based on the so-called romantic love does not guarantee non-contagion, but it even exposes it and does not protect (Méndez-Tapia, 2018).

Conclusions and Implications of the study.

The present work offers an approach to the sexual response of only receptive gay men and concludes that most of them are totally receptive because this is the role they want to assume. Some of the sexual characteristics that we have observed in these totally receptive subjects are different from those of other groups of homosexual men. They like masculine partners, but that does not mean that they identify themselves with the female gender. However, this behavior might well be connected with the acceptance of selected feminine gender stereotypes like

submission or pleasing the other. These characteristics, proper of this group, should be taken into consideration when establishing programs of prevention of risk behaviors, and more specifically of the transmission of the HIV.

We have also seen that some of the subjects stated that, at some moment, they would have liked to penetrate their sexual partner but they were not able to. For clinical practice, we consider this information important for possible cases of situational erectile disorder that some men can present.

In others, the most frequent reason for not being able to play the insertive role is that they are not attracted to the idea of being insertive.

On the other hand, taking into account that some of them have reported that often they hide their sexual self-label of receptive gay men because of fear of rejection, we consider that it is important to contemplate education programs aimed at underlining respect to sexual identity diversity, even within the gay collective.

Limitations of the Study

One of the drawbacks of this study might be its using the Internet to contact the sample group. In this work, we found the usual limitations of studies carried out with Internet samples. Specifically, in our study, the sample is composed of subjects that use a social network site to contact with other gay men, who saw the advert and that were prepared to participate in the research. Therefore, we do not know whether they are representative of the general population of exclusively receptive gay men.

It would be convenient to carry out studies about this group with samples coming from other countries to see if the characteristics found are associated or not to the culture of a concrete country.

On the other hand, a possible limitation of the instrument used is that as it requires writing, it is possible that the interviewees do not tell relevant information due to lack of time or laziness. In any case, the results have been consistent and can be used to formulate specific questions in the design of future research.

Future studies should contrast these results with studies that include larger samples, coming from different countries, using other sampling techniques, with gay men who represent the different roles, more socio-demographic details, as well as data related to the gender role they play in their intimate life and in their life in general. Besides, it would be a good idea to use other genital arousal measurement instruments, as well as considering the variable 'orgasm' in relation to the presence, or not, of ejaculation.

This study was exploratory in nature and any conclusions taken from it should be done cautiously. We believe that our results can be useful in formulating a

more specific and concrete study that makes it possible to gather complete information on the topic of subjective and genital arousal processes in gay men, as well as sexual inhibition processes, differentiated by the sexual self-label.

REFERENCES

1. Bancroft, J. (1997). Introduction and Overview. In Bancroft, J. (Ed.), *Researching Sexual Behavior* (pp. IX-XVI). Indianapolis, USA: Indiana University Press.
2. Bancroft, J., Carnes, L., Janssen, E., Goodrich, D., & Long, J. S. (2005). Erectile and ejaculatory problems and gay, heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 285–297. doi 10.1007/s10508-005-3117-7.
3. Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., & Vukadinovic, Z. (2003). The relation between mood and sexuality in gay men. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 231–242.
4. Barrientos, J., Gutierrez, K., Ramirez, P., Vega, A., Zaffirri, I. (2016). Identidad sexual en jóvenes gay del norte de Chile. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 23, 118-139. doi: 10.1590/1984-6487.sess.2016.23.05.a
5. Bowleg, L. (2004). Love, sex, and masculinity in sociocultural context: HIV concerns and condom use among African American men in heterosexual relationships. *Men and Masculinities*, 72, 166–186.
6. Carballo-Diéguez, A., Dolezal, C., Nieves, L. Díaz, F., Decena, C., & Balan, I. (2004). Looking for a tall, dark, macho man ... sexual-role behaviour variations in Latino gay and bisexual men. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 6(2), 159-171, doi: 10.1080/13691050310001619662
7. Cook, T.D & Reichardt, C.H.S. (1982). *Qualitative and quantitative methods in evaluation research*. Sage Publications, Inc.
8. Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (1998). Entering the field of qualitative research. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *Collecting and interpreting qualitative materials* (pp.1-34). London: Sage Publications.
9. Dowsett, G.W., Williams, H., Ventuneac, A. & Carballo-Diéguez, A. (2008). Taking it Like a Man: Masculinity and Barebacking Online. *Sexualities*, 11(1-2), 121-141. doi. org/10.1177/1363460707085467
10. Drummond, M.J.N., & Filault, S.M. (2007). The long and short of it: Gay men's perceptions of penis size. *Gay and Lesbian issues and Psychology Review*, 3, 121-129.
11. Fernández-Dávila, P. (2009). The Non-sexual Needs of Men that Motivate them to Engage in High-Risk Sexual Practices with Other Men. *Qualitative Social Research*, 10(2). Art.21.
12. Grov, C., Parsons, J.T., Bimbi, D.S. (2010). The association between penis size and sexual health among men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 788-797. doi 10.1007/s10508-008-9439-5.
13. Hammersley, M. (2007). The issue of quality in qualitative research. *International Journal of Research and Method in Education*, 39, 287-305.
14. Han, C. (2008). A qualitative exploration of the relationship between racism and unsafe sex among Asian Pacific Islander gay men. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 827–837.
15. Hart, T.A., Wolitsky, R.J., Purcell, D.W., Gómez, C., & Halkitis, P., & The Seropositive Urban Men's Study Team. (2003). Sexual behavior among HIV-positive men who have sex with men; What's in the label? *Journal of Sex Research*, 40, 179-188. doi 10.1080/00224490309552179
16. Henderson, N.J. (2017). Top, bottom, versatile: narratives of sexual practices in gay relationships in the Cape Metropole, South Africa. *Culture, Health & Sexuality*. Published online: 13 Jul 2017. doi: 10.1080/13691058.2017.1347715
17. Johns, M.M., Pingel, E., Eisenberg, A., Santana, M.L., & Bauermeister, J. (2012). Butch Tops and Femme Bottoms? Sexual Positioning, Sexual Decision Making, and Gender Roles Among Young Gay Men. *American Journal of Men's Health* 6(6) 505–518 doi: 10.1177/1557988312455214
18. Méndez-Tapia, M. (2018). El VIH y la proximidad corporal. Sexo, amor y silencio entre varones gay. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 28, 159-177. doi: 10.1590/1984-6487.sess.2018.28.09.a
19. Metz, M.E., & McCarthy, B.W. (2004). *Coping with Erectile Dysfunction. How to regain confidence & enjoy great sex*. Canada: New Narbinger Publications.
20. Morin, J. (2008). *Anal Pleasure and Health: A guide for men and women*. San Francisco, USA: Down There Press.
21. Moskowitz, D.A. & Hart, T.A. (2011). The Influence of Physical Body Traits and Masculinity on Anal Sex Roles in Gay and Bisexual Men. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 835-41. doi:10.1007/s10508-011-9754-0
22. Moskowitz, D.A., Rieger, G., & Roloff, M.E. (2008). Tops, bottoms, and versatiles. *Sexual and Relationship Therapy*, 23, 191-202. doi: 10.1080/14681990802027259
23. Olsen, W. (2004). *Triangulation in Social Research*:

- Qualitative and Quantitative Methods Can Really be Mixed. In: Holborn, M.: *Development in Sociology*. Causeway Press.
24. Pachankis, J.E., Battenweiser, I.G., Bernstein, L.B., & Bayles, D.O. (2013). A longitudinal, mixed methods study of sexual position identity, behavior, and fantasies among young sexual minority men. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 1241-1253. doi 10.1007/s10508-013-0090-4
25. Paff, B. A. (1985). Sexual Dysfunction in gay men requesting treatment. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11, 3-18.
26. Persson, K.I., Tikkanen, R., Bergström, J., Berglund, T., Thorson, A. & Forsberg, B.C. (2016). Experimentals, bottoms, risk-reducers and clubbers: exploring diverse sexual practice in an Internet-active high-risk behaviour group of men who have sex with men in Sweden. *Culture, Health & Sexuality*, 18(6), 639-653. doi.10.1080/13691058.2015.1103384
27. Pons-Salvador, G., Miralles, M.T. & Guillén-Salazar, F. (2010). El efecto del optimismo no realista en la intención de uso del condón como método de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. *Anales de Psicología*, 26, 310-317.
28. Rosser, B. R. S., Short, B. J., Thurmes, P. J. & Coleman, E. (1998). Anodyspareunia, the unacknowledged sexual dysfunction: A validation study of painful receptive anal intercourse and its psychosexual concomitants in homosexual men. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 24, 281-292.
29. Russel, B.H. (2006). *Research methods in anthropology*. Oxford: Rowman & Littlefield Pub.
30. Sandfort, T., & de Keizer, M. (2001). Sexual Problems in Gay Men: An Overview of Empirical Research. *Annual Review of Sex Research*, 12, 93-119.
31. Shires, A. & Miller, D. (1998). A preliminary study comparing psychological factors associates with erectile dysfunction in heterosexual and homosexual men. *Sexual and Marital Therapy*, 13, 37-49.
32. Taywaditep, K.J. (2001). Marginalization among the marginalized: gay men's anti-effeminacy attitudes. *Journal of Homosexuality* 42(1), 1-28.

ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

Sexualidad, género y patologías mentales

Sexuality, gender and mental pathologies

Bertolín-Guillén JM

Doctor en Medicina y Cirugía. Médico especialista en Psiquiatría. Licenciado en Psicología. Consultorio propio. Jefe de Servicio de Departamento de Salud, retirado. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana. Valencia. España.

RESUMEN

Objetivo: Nos proponemos profundizar y contribuir a esclarecer la posible interrelación entre sexo, género y estado de salud o de cualquier morbilidad psicopatológica relevante del sujeto.

Material y método: La presente aportación es una breve y sintética investigación práctica de la literatura científica relacionada importante, de calidad y más reciente.

Resultados: La sexualidad, el género y ciertos trastornos mentales suelen estar enlazados. Será asunto delicado cuando existan estados de intersexualidad o transexualidad que, por lo general, son estigmatizados. Por lo que respecta al protocolo de cambio de sexo se tendrán que cumplir las fases consecutivas de transición psíquica, hormonal y genital-quirúrgica, cuando corresponda y respetando la Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Pero ha de tenerse muy presente que las intervenciones psíquicas o físicas sobre el género y sexo en menores de edad son especialmente críticas y trascendentes.

Conclusiones: Si desde la subjetividad personal se plantearan dudas sobre el género o la propia sexualidad deberá seguirse, cuando proceda, un protocolo optimizado de reasignación de sexo. Este protocolo habrá de ser llevado a cabo, entre otros profesionales de diversos campos y especialidades, por especialistas titulados por el Estado en psiquiatría o en psicología clínica. Además, todos esos facultativos tendrán que estar convenientemente capacitados, experimentados y adiestrados en el asunto.

Palabras clave: sexualidad, género, salud mental, discordancia de género.

ABSTRACT

Objective: We aim to contribute to elucidate and delve into the possible interrelation among gender, sex and state of health or of any relevant psychopathological morbidity of the individual.

Material and method: The present contribution is a short and synthetic practical research of the most recent, important and quality related scientific literature.

Results: Sexuality and certain mental disorders are usually connected. The matter becomes delicate when there are states of intersexuality or transsexuality that are generally stigmatized. Regarding the gender or sex change protocol, the consecutive phases of psychical, hormonal and genital-surgical transition must be observed when needed and respecting the law 3/2007 regulating the registry rectification of the mention regarding people sex. It should be kept in mind that physical or psychical interventions on gender and sex in minors are especially critical and transcendental.

CORRESPONDENCIA:

José Manuel Bertolín Guillén
Calle Poeta A. Chocomeli, 5, 4ª
46015-Valencia
(España)
jmbertolin@comv.es

Conclusions: If doubts are set up about gender or sexuality from the personal subjectivity, a sex reassignment optimized protocol will have to be followed when appropriate. This protocol must be carried out, among other professionals of diverse specialties, by those official specialists in mental health (psychiatrists or clinical psychologists) recognized by the State, and conveniently and specifically trained in this matter.

Keywords: sexuality, gender, mental health, gender discordance.

INTRODUCCIÓN

A menudo se plantea la relación de la salud mental (Nota 1) con el sexo y el género de las personas. (1,2) El ocultamiento de la identidad sexual es habitual en los individuos de minorías sexuales, con implicaciones sobre la salud mental potencialmente complejas. Como es sabido, el término «sexo» indica formalmente la condición biológica y fisiológica de un sujeto. La «identidad sexual», la identificación que experimenta el individuo en este ámbito, identidad que puede coincidir o no con el sexo biológico.

Por su parte, la «identidad de género» es el sentir interior de cada individuo, que se expresa en un determinado contexto cultural, de poseer un género que, de modo habitual pero no necesariamente, es coincidente con la identidad sexual. Y el «rol de género» es la manifestación pública de la identidad de género experimentada, que por lo general es elegida con libertad y que también suele ser el rol reconocido social y legalmente.

Persona «transgénero» es la que expresa orientación sexual diferente al género binario y que se autoreconoce de un género intermedio, llamado a veces «intergénero». El género se define como las actitudes, sentimientos y comportamientos que culturalmente se asocian con el sexo asignado al nacer. (3) De otro lado, travestido o travesti indica la clara manifestación, a través principalmente de la apariencia e indumentaria, del rol asignado socialmente al sexo opuesto al propio y que generalmente suele ser el de hombre a mujer.

En todo caso, las morbilidades de patologías mentales resultan relativamente comunes en todos esos colectivos citados. Nos proponemos en este artículo profundizar y contribuir a esclarecer la posible interrelación para una misma persona entre su sexo, identidad de género y estado de salud, o de patología mental si la hubiera.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente artículo es una breve y sintética investigación práctica de la literatura científica importante, de calidad y más reciente acerca de la delicada relación entre la sexualidad y género de las personas en concurrencia con cualquier morbilidad psicopatológica relevante. Así pues, nos proponemos contribuir a elucidar qué vínculos existen o pueden existir entre sexo, género y ciertos trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo.

Se han revisado principalmente las herramientas de diagnóstico y clasificación DSM de la *American Psychiatric Association* (APA) y CIE de Organización Mundial de la Salud (OMS), y se han escrutado, entre otras, las bases de datos *PubMed/Medline* y *Scilit-Scientific Literature*. Metodológicamente el estudio es narrativo y no una revisión propiamente dicha. La aportación es de alcance necesariamente limitado, de tipo cualitativo, con componentes interpretativos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Sexo, edad, justicia y trastornos mentales

Suelen existir diferencias significativas por sexo en términos de prevalencia, perfiles sintomáticos, gravedad y morbilidad de trastornos mentales. Parece que en hombres y mujeres se involucran distintas redes neuronales, por ejemplo, durante el estrés, si bien no se han constatado al respecto sesgos cognitivos específicos relacionados con la sexualidad. (4,5) Según algunos autores, las mujeres han mostrado ser más vulnerables al estrés y tienen casi el doble de probabilidades que los varones de desarrollar ciertos trastornos relacionados, como son los depresivos y de ansiedad. (6,7)

Evidencias científicas recientes sugieren que las consecuencias para la salud mental y física del estrés experimentado por las mujeres en su vida temprana podrían no restringirse solo a las propias vidas, sino que probablemente se transmitirán a sus hijos. Se han propuesto también algunas vías complejas a través de las cuales la exposición a la violencia afecta a los niños, vías que difieren tanto por la variación génica como por el sexo. (8)

Está científicamente probado sin dudas razonables que existe riesgo poligénico de sufrir ciertos trastornos mentales, ligados de modo principal a cambios cerebrales estructurales y funcionales. También las variantes genéticas pueden contribuir a la disforia de género y a las identidades transgénero y de género diverso. Como es

Nota 1. No existe una definición consensuada sobre lo que son la salud o la higiene mental, por lo que resultan inevitables las diferencias culturales, opiniones y disputas al respecto.

lógico hay opiniones discrepantes, en particular desde el ámbito psicológico general, más que en el especializado oficialmente en clínica y desde el médico-psiquiátrico. Nota (2)

Como es asimismo natural, cualquier profesional del entorno sanitario podrá preferir algún marco explicativo psicopatológico teórico sobre otros, como sucede, por ejemplo, con el construccionismo social, (9) aunque este último contradiga frontalmente al vigente DSM-5. (10) Hay que enfatizar, sin embargo, que desde la perspectiva científica las argumentaciones etiológicas y de otro tipo tienen que estar fundadas en pruebas adecuadas o indubitadas y no en teorías preconstruidas.

Todo esto tiene su importancia en la común y trascendente conjunción de la salud mental del sujeto, cuando esté correctamente determinada, para con la Administración de Justicia. (11) Efectivamente, la prevalencia de trastornos mentales en la población general es considerable y es común que se esgriman por las partes implicadas ante la Justicia con cierta frecuencia.

Aunque la heterogeneidad psicopatológica, que es usual y corriente, desafie que se puedan encontrar biomarcadores relevantes para una determinada entidad nosológica o trastorno, habrá que tener en cuenta que la salud mental de los progenitores probablemente influirá en sus descendientes de manera transgeneracional. (12,13)

A menudo se plantea la cuestión de si los delincuentes sexuales son diferentes de otros delincuentes. (14) Como asunto relacionado de interés, resulta bien conocido el fenómeno de los llamados agresores sexuales mayores primarios. (15) Ahora bien, es asimismo relevante el número creciente de menores de 18 años de edad que, desde ya hace tiempo, son condenados judicialmente en nuestro país por la comisión de delitos sexuales: n= 390, en 2020. Nota 3

Intersexualidad y transexualidad

En relación con la intersexualidad y transexualidad resulta imperativa en España la Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, con última enmienda de 2019. También hay leyes autonómicas como, entre otras varias, la 8/2017, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a

la expresión de género en la Comunitat Valenciana.

En los casos en que haya intersexualidad o transexualidad, al margen de posicionamientos a priori, modas, corrientes o doctrinas políticas modernas o pretendidamente vanguardistas el facultativo sanitario responsable tendrá que elucidar si también coexisten patologías mentales asociadas. Si las hubiera, la trascendencia de su correcta y temprana identificación, descarte o adecuada interconsulta de salud podrá ser crítica dado que, a menudo, será oportuno implementar tratamientos especializados. (16,17)

Algunos resultados clínicos amplían las hipótesis o teorías existentes sobre el estigma y la salud mental de las minorías sexuales, lo que sugiere que en ellas se hallan involucrados procesos de estrés. (18,19) De hecho, parece que las personas que se consideran bisexuales corren un riesgo mayor de problemas relacionados con la salud mental, consumo de sustancias y salud sexual que se debe, en parte, al estigma y la discriminación de que suelen ser víctimas. (20)

En efecto, las formas cruzadas de estigma son una realidad frecuente que muy probablemente frena la recuperación clínica de numerosos pacientes con trastornos mentales, pero que sigue siendo poco conocida. A menudo convergen además múltiples identidades estigmatizadas dentro de una persona o grupo. Las experiencias de sufrir estigmatización conducen con frecuencia a su internalización, lo que puede influir negativamente en la autoestima y en los resultados terapéuticos cuando haya psicopatología asociada con la inter o transexualidad. (21)

Disforia o discordancia de género

Recuérdese que la denominada y controvertida disforia de género en el vigente DSM-5 de la APA (con códigos 302.6 y 302.85) es entendida como problema clínico manifiesto y no solo de la identidad como sucedía con el antiguo DSM-IV. Pero dicha entidad nosológica ha sido descartada como trastorno mental por la OMS en su CIE-11 y renombrada como discordancia de género en la infancia (prepuberal) y en adolescencia/adulthood. Nota 4. En la CIE-11 las variaciones en el comportamiento de género y de las preferencias no constituyen fundamento por sí solas para el diagnóstico de discordancia.

Nota 2. Para el personal sanitario licenciado y estatutario, las denominaciones de las categorías de los profesionales de los servicios de salud pueden consultarse en el Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo. En él se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales de ese personal y el procedimiento de su actualización.

Nota 3. Ver en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=28744> Véase también la Directiva 2011/93/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 2011, relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil, por la que se sustituye la Decisión marco 2004/68/JAI del Consejo (DOUE-L-2011-82637). Entre otras normas legales, es igualmente importante consultar en esta directiva el título VIII de delitos contra la libertad e indemnidad sexuales, capítulo II bis, de los abusos y agresiones sexuales a menores de dieciséis años.

Nota 4. Ver: «Trastornos Mentales, del Comportamiento y del Neurodesarrollo. Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad, Undécima revisión, Guía de Referencia» (versión: 11/2019), Parte 3.2.6 capítulo 06. También: «CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (versión: 05/2021)», en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>.

Antes, en la CIE-10, en congruencia con el DSM-IV, sí que estaban incluidos como trastornos mentales los llamados de la identidad sexual (F64), de la inclinación sexual (F65) y de la psicología y el comportamiento del desarrollo y orientación sexuales (F66). Por tanto, la disforia de género no debe confundirse con tales condiciones que en la actualidad ya no son consideradas trastornos mentales específicos por la OMS. Pero, como ya hemos señalado, la disforia de género sí que sigue siendo trastorno mental para la APA.

Por lo general, la sistematización de las entidades clínicas de la CIE-11 y del DSM-5 están armonizadas cuando eso ha sido posible. Así, para el sistema clasificatorio mundial CIE-11 los trastornos parafilicos o parafilias están incluidos entre los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo (capítulo 6). Dicho capítulo es diferente al 17 de las condiciones relacionadas con la salud sexual. La discordancia de género está ahora incluida en el citado capítulo 17 de la CIE-11 y no en el 6 ni, como es lógico, en el 16 de las enfermedades del aparato genitourinario.

Cuestión aparte, pero también relevante, son los denominados factores que influyen en el estado de salud o en el contacto con los servicios de salud, del capítulo 24 de la referida nosotaxia CIE-11. Esto sucederá cuando alguien que no sufra trastorno diagnosticable de discordancia de género acuda a los servicios sanitarios para recibir asistencia en relación específica con su identidad de género. Es oportuno recordar que hace cuarenta años la homosexualidad dejó de ser trastorno mental y del comportamiento para considerarse un tipo de comportamiento aprendido y asumido.

Protocolo de cambio de género o de sexo

El protocolo de ayuda al cambio de identidad de género o de sexo contemplará usualmente las fases consecutivas de transformación o transición psíquica, hormonal y genital-quirúrgica. Las personas que sufren angustia asociada experimentarán a menudo fuerte deseo de recibir tratamiento de reasignación de sexo. En cualquier caso, hay que acoplarse a la antes aludida Ley española 3/2007, de 15 de marzo.

Para prevenir la progresión de la pubertad biológica en menores, y sucede igual para los adultos, el tratamiento hormonal de varón a mujer se realiza habitualmente con 17β -estradiol o valerato de 17β -estradiol, que es

idéntico química y biológicamente al estradiol endógeno. También en combinación con acetato de ciproterona o espironolactona como antiandrógeno esteroideo. El cambio de mujer a varón se facilita con preparados transdérmicos o intramusculares de testosterona. (22) Ahora bien, las respuestas varían entre sujetos y no existe una forma confiable de predecir los resultados terapéuticos, por lo que son necesarios futuros seguimientos adecuados a largo plazo y otros estudios adicionales.

Es muy trascendente y de consecuencias potencialmente irreversibles cuanto se refiere a las intervenciones psíquicas o físicas sobre el género y sexo en menores de edad, teniendo en cuenta lógicamente la autonomía legal progresiva de cualquier menor. Nota 5. (23) Asimismo, se necesita más investigación para poder informar desde la atención primaria de salud sobre el manejo óptimo de los adolescentes afectos de disforia de género. (24)

En efecto, hay un incremento rápido en la diversidad de género particularmente en niños y jóvenes, con un aumento notable de las remisiones a los servicios médicos generales y a clínicas que se consideran expertas. La supresión de la pubertad y el tratamiento de afirmación de género son estrategias que buscan alinear las características corporales con la identidad del género deseado. Ambos procesos se pueden emplear de manera efectiva en la adolescencia de bastantes sujetos que sufren disforia o discordancia de género. (25,26)

Se ha publicado información de un estudio reciente realizado en Valencia, ES, acerca de transexuales adultos y menores de edad que eran genéticamente de ambos sexos. No consta en ese estudio si los demandantes de asistencia para la transición sexual habían tenido adecuada valoración previa de su estado de salud mental. Naturalmente, tal valoración tendría que haber sido especializada y realizada por personal debidamente titulado, Nota 6. (27,28) además de experimentado de modo particular con la disforia o discordancia de género. (29) Algunos de los demandantes de asistencia de ese estudio solicitaron después revertir la transición de sexo que ya les había sido realizada o desistieron de su proyecto de llevarla a cabo.

Para terminar, es relevante comentar que en una muestra europea de los años 2017-8 de 125 720 varones homosexuales residentes en cuarenta y cinco países, había dos grupos minoritarios: varones con sexo femenino asignado al nacer, y los que se identificaban

Nota 5. Véase el Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, en vigor en España desde el 5 de enero de 1991

Nota 6. En dicho estudio, incluso un sujeto sufrió un trastorno psicótico que fue diagnosticado formalmente tras haber iniciado el tratamiento hormonal y quirúrgico favorecedor del cambio de género solicitado. No consta explícitamente que, antes de los tratamientos físicos realizados, la mayoría de los sujetos asistidos hubiera sido evaluada por especialistas debidamente titulados por el Estado en psiquiatría o en psicología clínica. Además, es bien conocido, particularmente por dichos especialistas, que son comunes en muchos pacientes los síntomas psicóticos de temática sexual.

como transexuales con independencia del sexo inicialmente asignado. El grupo que se consideraba transexual presentaba mayor prevalencia de ideación suicida y autolesiones, así como una probabilidad significativamente mayor de desarrollar dependencia al alcohol. (30) En general y de manera similar a los adultos, los adolescentes tempranos que se identifican como transexuales o «trans» informan a menudo del aumento de los síntomas de algunos trastornos mentales. (31)

CONCLUSIONES

Los varones y mujeres probablemente involucran distintas redes neuronales durante el estrés, aunque no se han constatado sesgos cognitivos específicos relacionados con la sexualidad. Ciertamente, son diferentes las morbilidades de los trastornos mentales más habituales según sea el sexo de los sujetos.

Existe riesgo poligénico de sufrir ciertos trastornos mentales y la salud mental de los progenitores puede influir en sus descendientes de manera transgeneracional. También la salud mental puede estar relacionada de algún modo con el género manifestado. Pero, en concreto, la actualmente denominada por la OMS discordancia de género ya no es considerada específicamente como un trastorno mental.

Ha de seguirse de manera conveniente el protocolo sanitario antes descrito de reasignación sexual y también cuando únicamente se busque ayuda para modificar la identidad de género. Pero debe tenerse muy presente el riesgo de resultados irreversibles si el asunto involucra a menores de edad. Especial cuidado habrá que tener con las frecuentes intervenciones extrasanitarias por parte de individuos, grupos sociales, instituciones u organizaciones de muy diverso tipo.

Desde la perspectiva sanitaria, en todos los casos en que por el interesado se planteen dudas sobre su género o sexualidad será conveniente la evaluación correcta de su estado de salud mental actual y anterior. Esta valoración deberá ser realizada por un especialista facultativo titulado oficialmente en psiquiatría o en psicología clínica. Tales especialistas son los más capacitados para descartar convenientemente trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo que pudieran estar asociados e influir de manera determinante en esas personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos-Lira L. ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Ment.* 2014;37(4):275–81. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n4/v37n4a1.pdf>
2. Griffin L, Clyde K, Byng R, Bewley S. Sex, gender and gender identity: A re-evaluation of

- the evidence. *BJPsych Bull.* 2021;45(5):291–9. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.73>
3. American Psychological Association. *APA dictionary of psychology*, 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2015.
4. Echouffo-Tcheugui JB, Conner SC, Himali JJ, Maillard P, DeCarli CS, Beiser AS, et al. Circulating cortisol and cognitive and structural brain measures: The Framingham Heart Study. *Neurology.* 2018;91(21):e1961–e1970. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000006549>
5. Dumont L, Marin MF, Lupien SJ, Juster RP. Sex differences in work-stress memory bias and stress hormones. *Brain Sci.* 2020;10(7):432. <https://doi.org/10.3390/brainsci10070432>
6. Takahashi A. Toward understanding the sex differences in the biological mechanism of social stress in mouse models. *Front Psychiatry.* 2021;12:644161. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.644161>
7. Bertolín-Guillén JM. Mental health and validity of the psycho-neurobiological stress model. *Am J Psychiatr Resear Rev.* 2022;5(34):1–11. <https://doi.org/10.28933/ajpr-2021-12-3105>
8. Merrill LC, Jones CW, Drury SS, Theall KP. The differential impact of oxytocin receptor gene in violence-exposed boys and girls. *Int J Dev Neurosci.* 2017;59:60–7. <https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2017.03.009>
9. Vale-Nieves O. Disforia de género: la psicopatologización de las sexualidades alternas. *Quaderns Psicol.* 2019;21(2):e1478. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1478>
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, 5nd ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
11. Bertolín-Guillén JM. Las especialidades facultativas del ámbito de la salud mental ante los tribunales de justicia. *Gac Int Cienc For.* 2021;[11] (40):33–42. https://www.uv.es/gicf/4A2_Bertolin_GICF_40.pdf
12. Lázaro-García L. La salud mental de los padres es determinante en la salud mental de los niños y adolescentes y en la aparición de psicopatología. *Rev Psiquiat Inf-Juvenil.* 2020;37(2):3–5. <https://doi.org/10.31766/revpsijv37n2a1>
13. Rao S, Tian L, Cao H, Baranova A, Zhang F. Involvement of the long intergenic noncoding RNA LINC00461 in schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 2022;22:59. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03718-4>
14. Arbanas G, Marinović P, Buzina N. *Psychiatric*

- and forensic differences between men charged with sex offences and men charged with other offences. *J Forensic Sci.* 2020;65(6):2042–9. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14511>
15. Herrero O. Agresores sexuales que cometen su primer delito cuando son mayores. ¿Un problema del ciclo vital? *An Psicol Juridica.* 2022;32:41–50. <https://doi.org/10.5093/apj2021a20>
 16. Bertolín-Guillén JM. Psicoterapias en la psicología clínica y psiquiatría actuales en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc).* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.01.004>
 17. Bertolín-Guillén JM. Intersexuality, transsexuality and mental health. *Ann Psychiatr Ment Health.* 2020;8(3):1156. <https://www.jscimedcentral.com/Psychiatry/psychiatry-8-1156.pdf>
 18. Pachankis JE, Mahon CP, Jackson SD, Fetzner BK, Bränström R. Sexual orientation concealment and mental health: A conceptual and meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2020;146(10):831–71. <https://doi.org/10.1037/bul0000271>
 19. Bertolín-Guillén JM, Porcel-Torrens A. Mental health: Stigma, language and nosology. *OSP J Health Car Med.* 2021;2(2):1–6. <https://www.ospublishers.com/Mental-Health-Stigma,-Language-and-Nosology.html>
 20. Feinstein BA, Dyar C. Bisexuality, minority stress, and health. *Curr Sex Health Rep.* 2017;9(1):42–9. <https://doi.org/10.1007/s11930-017-0096-3>
 21. Bertolín-Guillén JM. Current state of psychopharmacology, psychotherapies and other interventions in mental health problems and disorders. *Eur J Appl Sci.* 2021;9(5):251–61. <https://doi.org/10.14738/aivp.95.10994>
 22. Meyer G, Boczek U, Bojunga J. Hormonal gender reassignment treatment for gender dysphoria. *Dtsch Arztebl Int.* 2020;117(43):725–32. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0725>
 23. Baldova-Pasamar MA. La relatividad legal de la edad de consentimiento sexual de los menores de dieciséis años: regla y excepción. *RECPC.* 2021;23(16):1–41. <http://criminnet.ugr.es/recpc/23/recpc23-16.pdf>
 24. Bonifacio JH, Maser C, Stadelman K, Palmert M. Management of gender dysphoria in adolescents in primary care. *CMAJ.* 2019;191(3):E69–E75. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180672>
 25. Claahsen-van der Grinten H, Verhaak C, Steensma T, Middelberg T, Roeffen J, Klink D. Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence-current insights in diagnostics, management, and follow-up. *Eur J Pediatr.* 2021;180(5):1349–57. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03906-y>
 26. O'Connell MA, Nguyen TP, Ahler A, Skinner SR, Pang KC. Approach to the patient: Pharmacological management of trans and gender-diverse adolescents. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022;107(1):241–57. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab634>
 27. Pazos-Guerra M, Gómez-Balaguer M, Gómez-Porras M, Hurtado-Murillo F, Solá-Izquierdo E, Morillas Ariño C. Transexualidad: transiciones, detransiciones y arrepentimientos en España. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2020;67(9):562–7. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.03.008>
 28. Gómez-Porras M, Hurtado-Murillo F, Gómez-Balaguer M, Pazos-Guerra M, Martín-González A, Broccoli A, Meneses González D, et al. Incongruencia de género: detransiciones y arrepentimientos. *Rev Desexologia.* 2020;9(1):7–23. <https://www.desexologia.com/wp-content/uploads/2020/07/Volumen-91-2020-junio.pdf>
 29. Pamfile D, Soldati L, Brovelli S, Pécoud P, Ducommun I, Micali N, et al. Rôle du psychiatre-psychothérapeute dans la prise en charge de la dysphorie de genre. *Rev Med Suisse.* 2020;16(709):1877–80. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180672>
 30. Hickson F, Appenroth M, Koppe U, Schmidt AJ, Reid D, Weatherburn P. Sexual and mental health inequalities across gender identity and sex-assigned-at-birth among men-who-have-sex-with-men in Europe: Findings from EMIS-2017. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(20):7379. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207379>
 31. Potter A, Dube S, Allgaier N, Loso H, Ivanova M, Barrios LC, et al. Early adolescent gender diversity and mental health in the Adolescent Brain Cognitive Development study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2021;62(2):171–9. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13248>

PUNTOS BÁSICOS Y ESQUEMA GENERAL DEL ESTUDIO

Lo que sabemos al respecto:

1. El sexo, la identidad de género cuando es discordante y la edad suelen estar relacionados con ciertas patologías mentales.
2. La intersexualidad y transexualidad, en particular, afectan a la salud mental de los involucrados.
3. Es necesario discriminar si coexistieran en algunos casos patologías mentales asociadas.

Las principales aportaciones del estudio son:

1. Se requiere un protocolo sanitario mejorado y normalizado para transitar de género y sexo.
2. Es muy relevante en todos esos casos establecer de modo confiable el estado actual y anterior de la salud mental de los interesados.

REVISIONES EN SEXOLOGÍA

¿Qué es el síndrome de Rokitansky?

What is Rokitansky syndrome?

Reyero Fernández C (1), Lizarbe Iranzo R (2), Vicens Vidal M (1), Moles García L (1), Martín Jiménez A (3)

1- Facultativa adjunta de ginecología, Hospital Univeersitario Son Llàtzer. Palma. Illes Balears. España

2- Facultativo adjunto de ginecología, jefe de Sección, Hospital Univeersitario Son Llàtzer. Palma. Illes Balears. España

3- Facultativo adjunto de ginecología, jefe de Servicio, Hospital Univeersitario Son Llàtzer. Palma. Illes Balears. España

RESUMEN

Problema: Desconocimiento del síndrome por parte de pacientes y profesionales de la salud.

Objetivos: Por una parte, presentar una actualización de los aspectos genéticos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos del síndrome de Mayer – Rokitansky – Kuster – Hauser (MRKH). Por otra parte, hacer un balance de la sexualidad y la calidad de vida de los pacientes con síndrome de MRKH a través de una serie de casos.

Métodos: Se eligieron los estudios que habían evaluado el síndrome MRKH. Los artículos incluidos se identificaron mediante una búsqueda en las bases de datos Pubmed y Embase desde 2009 hasta 2019. Se adoptó un enfoque observacional puramente descriptivo.

Resultados: El síndrome MRKH1 se define como la aplasia congénita de la parte superior de la vagina y la alteración en el desarrollo uterino en mujeres 46XX normales. Se presenta en una de cada 4500 mujeres y es la segunda causa más común de amenorrea primaria después de la disgenesia gonadal. El ultrasonido y la

resonancia magnética son las técnicas principales para establecer un diagnóstico preciso del síndrome. Se han informado varios procedimientos no quirúrgicos y quirúrgicos para la creación de una neovagina funcional; en general, el tratamiento no quirúrgico debe ser el primero inicialmente perseguido.

Conclusiones: El síndrome MRKH es un tipo de patología con importantes proyecciones sociales, legales y éticas que requieren un enfoque multidisciplinario.

Palabras clave: síndrome de Rokitansky, disgenesia mulleriana, agenesia de útero, vaginoplastia.

ABSTRACT

Problem: Ignorance of the syndrome by patients and health professionals.

Objectives: On the one hand, to present an update on the genetic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects of the Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) syndrome. On the other hand, to make a balance of sexuality and quality of life of patients with MRKH syndrome through a series of cases.

Methods: Studies that had evaluated the MRKH syndrome were chosen. Included articles were identified by searching the Pubmed and Embase databases from 2009 to 2019. A purely descriptive observational approach was adopted.

Results: MRKH1 syndrome is defined as congenital aplasia of the upper vagina and altered uterine development in normal 46XX women. It occurs in

CORRESPONDENCIA:

Carmen Reyero Fernández

Hospital Son Llàtzer, Secretaría Ginecología
Carretera de Manacor
07198-Palma. Illes Balears. España
car.me.reyero@hsl.es

one in 4,500 women and is the second most common cause of primary amenorrhea after gonadal dysgenesis. Ultrasound and magnetic resonance imaging are the main techniques to establish an accurate diagnosis of the syndrome. Various non-surgical and surgical procedures have been reported for the creation of a functional neovagina; In general, non-surgical treatment should be the first initially pursued.

Conclusions: MRKH syndrome is a type of pathology with important social, legal and ethical projections that require a multidisciplinary approach.

Keywords: Rokitansky syndrome, mullerian dysgenesis, uterine agenesis, vaginoplasty.

INTRODUCCIÓN

La disgenesia mülleriana, también conocida como síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH), se define como la ausencia o hipoplasia de estructuras derivadas del conducto mülleriano, incluidas las trompas de Falopio, el útero y los dos tercios superiores de la vagina¹⁴ (Figura 1). Por otra parte, los ovarios derivan del mesotelio, el mesénquima y las células germinativas primordiales. Algunos autores consideran que el tercio superior de la vaginal deriva del primordio uterovaginal (Müller) y los dos tercios inferiores y el clítoris (tubérculo genital), derivan, en cambio, del seno urogenital.

Se ha informado la prevalencia de malformaciones uterinas en hasta el 7% de la población general y este

tipo de patología en concreto representa el síndrome clínico más común de disgenesia del conducto de Müller (del 5 al 10%). Presenta una incidencia de 1 por 4500 mujeres y una prevalencia aproximadamente del 0.1%² y aunque es raro, es la segunda causa más común de amenorrea primaria, después de la disgenesia gonadal.

A menudo, el síntoma inicial que sugiere un diagnóstico de MRKH es la amenorrea primaria en una mujer adolescente con características sexuales secundarias normalmente desarrolladas. El MRKH es un síndrome genético multifactorial, en el que una mujer con un cariotipo femenino normal nace con características sexuales secundarias femeninas normales y trompas de Falopio y ovarios en funcionamiento, pero con agenesia vaginal (con diferentes grados) y anomalías uterinas que van desde un útero rudimentario hasta ausente. MRKH también se asocia con anomalías espinales, esqueléticas, renales y auditivas. De esta manera, un 53% de las pacientes tienen malformaciones congénitas concomitantes, especialmente del tracto urinario y el esqueleto. Aunque la mayoría de los casos de MRKH son esporádicos, también se ha informado de un cierto agrupamiento familiar.

El síndrome MRKH es uno de los muchos trastornos del desarrollo sexual (DSD). DSD se refiere a "condiciones congénitas en las cuales el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal o anatómico es atípico". El DSD es un término relativamente nuevo y fue propuesto por expertos internacionales de la Sociedad Endocrina Pediátrica Lawson Wilkins y la Sociedad Europea de

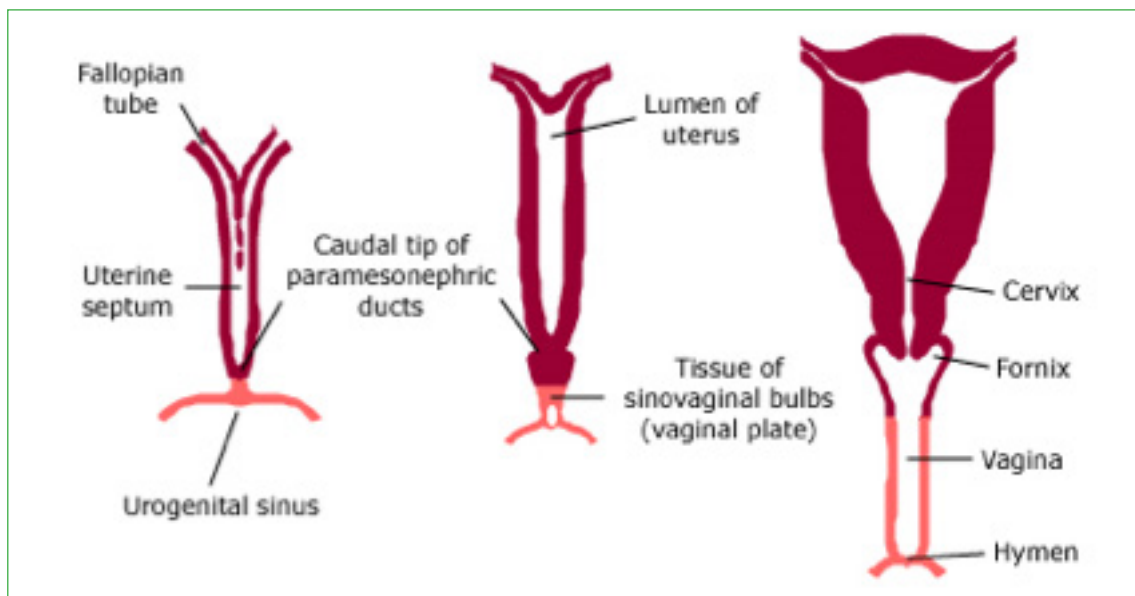


Figura 1– Izquierda: A las 9 semanas, el tabique uterino ha desaparecido. Centro: A las 13 semanas, los bulbos sinovaginales (tubérculo sinusal) han comenzado a crecer fuera de la parte pélvica del seno urogenital y forman una placa sólida. Derecha: en el recién nacido, el tercio superior de la vagina y los fornices se forman por vacuolización del tejido paramesonefrico, y los tercios

Endocrinología Pediátrica en la reunión de consenso en octubre de 2005¹¹.

El síndrome de MRKH puede clasificarse en dos subtipos principales: la típica (o tipo I) y la forma atípica (o tipo II o mülleriana), más prevalente.

- Típica: Es la forma típica del síndrome, solo las partes caudales de los conductos de Müller se ven afectadas en un patrón simétrico; así, aparte de la ausencia del útero y la porción superior de la vagina, las trompas de Falopio permanecen normales y no existen anomalías extragenitales.
- Atípica: Consiste en hipoplasia asimétrica de las yemas uterinas musculares (somitas), con o sin displasia de las trompas de Falopio, y la coexistencia frecuente de defectos renales y ováricos. En su forma más grave, ampliamente conocida como síndrome MURCS (Mullerian Renal Cervical Somite), la displasia útero vaginal se acompaña de malformaciones renales, esqueléticas (principalmente vertebrales) y cardíacas. El término síndrome GRES (Genital Renal Ear) se ha propuesto como una terminología más apropiada cuando el oído medio también se

ve afectado. Otras condiciones que se superponen con el síndrome MRKH debido a la presencia de displasia del conducto de Müller (hipoplasia o aplasia) incluyen: el síndrome VATER (defectos vertebrales, atresia anal, fístula traqueoesofágica, displasia radial y defectos renales), el síndrome FAV (Facio-Aurículo-Vertebral), la displasia renal hereditaria y el síndrome de Klippel-Feil.

Por otra parte, existe otro tipo de clasificación³ que diferencia cuatro grados según el grado de formación y defectos en el útero y la vagina:

1. 1º Grado: Parte de la vagina no se forma, pero la función del útero es normal.
2. 2º Grado: La vagina no está completamente formada y el útero ha sufrido hipoplasia.
3. 3º Grado: Implica la ausencia de formación vaginal y la presencia del útero primario.
4. 4º Grado: Tanto el útero como la vagina están ausentes. Finalmente, este trastorno pertenece a la categoría de malformación uterina más grave (clase 5) de la clasificación ESHRE / ESGE4 (Figura 2)

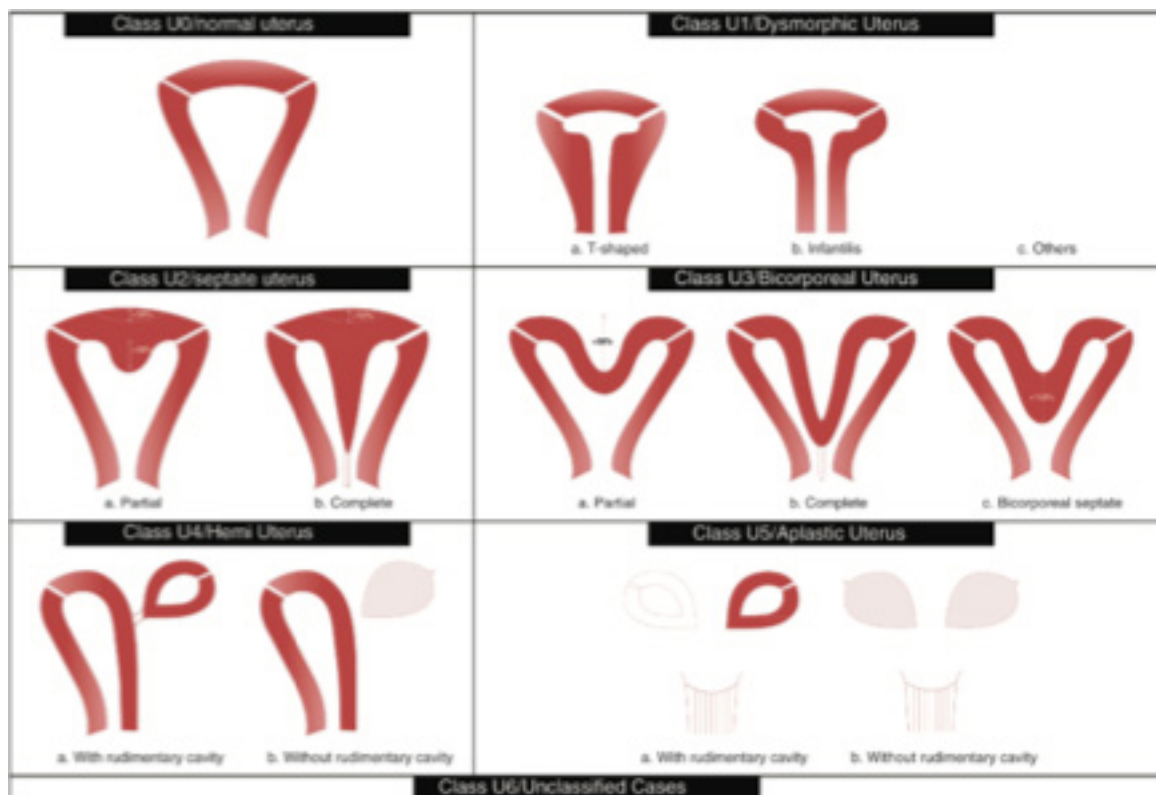


Figura 2– Consenso ESHRE-ESGE (Sociedad Europea de Reproducción y Embriología Humana y Sociedad Europea de Endoscopia Ginecológica) de la clasificación de las anomalías del tracto genital femenino. La Sociedad Europea de Reproducción y Embriología Humana (ESHRE) y la Sociedad Europea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática de los estudios publicados en inglés durante 2009-2019. Se buscaron artículos publicados en bases de datos electrónicas y sitios válidos, incluidos PubMed y EMBASE. Literatura restringida a mujeres con Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser.

El análisis realizado es un enfoque observacional puramente descriptivo. Como criterio de inclusión se utilizó pacientes con Síndrome de Rokitansky. Debido a las diferencias en los regímenes de tratamiento que se utilizan y los diferentes métodos de medición de los resultados adoptados por los autores, un metanálisis de los datos disponibles no se consideró significativo.

RESULTADOS

Se requiere un diagnóstico preciso del síndrome de MRKH. Estas pacientes suelen solicitar asistencia médica a la edad de 14-16 años debido a la ausencia de menstruación. La amenorrea primaria, la imposibilidad de tener relaciones sexuales y la dispareunia son los síntomas más frecuentes. Ocasionalmente, las mujeres con la forma incompleta del síndrome y los restos uterinos presentan dolor abdominal cíclico y otros signos de endometriosis debido a la menstruación retrógrada. La omisión de un examen vaginal adecuado, principalmente debido a la naturaleza poco convencional del examen en sí, a menudo puede retrasar el diagnóstico preciso. Las pacientes con síndrome de MRKH se diagnostican erróneamente hasta en un 40% debido a que tienen un himen imperforado y los intentos fallidos de incidir el himen pueden ocasionar traumatizar la parte craneal de la vagina ciega. La sospecha clínica del síndrome de MRKH es primordial para diagnosticarlo; sin embargo, la confirmación del diagnóstico, así como la identificación de anomalías asociadas, se basa en investigaciones adicionales que incluyen imágenes, laparoscopia, cariotipo y mediciones de hormonas en sangre.

La etiología del síndrome MRKH no está clara y continúa siendo objeto de controversia. El síndrome se caracteriza por una etiología heterogénea y un patrón de herencia variable⁴. Se informan casos esporádicos y familiares. Los estudios sobre casos familiares apoyan la existencia de una predisposición hereditaria; sin embargo, no se ha identificado un patrón claro de herencia dominante, probablemente debido a la heterogeneidad del patrón de herencia (poligénica) con expresividad variable y la penetración incompleta^{7,12}. En familias más informativas, el modo de transmisión más frecuente parece ser autosómico dominante con expresión limitada (sexo femenino) y penetrancia incompleta. Existen múltiples genes implicados en el desarrollo normal de las estructuras mülleriana, renal y

ósea, pero dos grupos parecen ser los candidatos más fuertes⁹: los genes HOXA y los genes WNT4. Dado que HOXA10 representa el área del útero en desarrollo, HOXA11, el segmento uterino inferior y el cuello uterino, y HOXA13, la vagina, es biológicamente plausible que la expresión alterada de estos genes resulte en las anomalías encontradas en MRKH. Curiosamente, los genes HOX también están asociados con el desarrollo normal de los riñones, los huesos y las estructuras vasculares, lo que reforzaría la hipótesis de la desregulación de los genes del desarrollo involucrados en el origen embrionario del tracto reproductor femenino. La causa no está clara, pero el síndrome ocurre en algún momento durante la cuarta y sexta semana del desarrollo fetal.

El examen físico, ocasionalmente bajo anestesia, revelará genitales femeninos externos normales y la ausencia de un canal vaginal. En pacientes que pueden haber comenzado relaciones sexuales, se puede observar dilatación de la uretra distal debido al coito uretral. Ocasionalmente, se puede ver un canal vaginal corto pero funcional. La ecografía transabdominal, transvaginal, transperineal o incluso transrectal, debido a su simplicidad y no invasividad, es la modalidad diagnóstica inicial preferida. Sin embargo, la identificación de los restos uterinos y los rudimentos müllerianos a menudo se impide mediante la mala transmisión. La resonancia magnética (MRI) tiene una mayor sensibilidad y especificidad, lo que permite la evaluación simultánea de la presencia de otras anomalías asociadas, especialmente el tracto urinario y la columna vertebral.

Dado que el síndrome MRKH puede considerarse un diagnóstico de exclusión, se debe realizar una evaluación de cariotipo y endocrino que puede ayudar a diferenciar el síndrome de insensibilidad androgénica congénita y la deficiencia de 17 α -hidroxilasa. Las pacientes con MRKH siempre tienen un cariotipo 46XX normal y un perfil endocrino femenino normal. El acné y el síndrome de ovario poliquístico son menos frecuentes en mujeres con MRKH a pesar de una alta tasa de hiperandrogenesis. También se pueden realizar ecografías cardíacas, audiometría, pielografía intravenosa y estudios esqueléticos para detectar malformaciones congénitas asociadas.

El diagnóstico de este síndrome en una adolescente puede alterar su autoimagen e identidad sexual. En una mujer, el diagnóstico puede conducir a una mala calidad de vida debido a la imposibilidad de quedar embarazada y disfrutar de una relación sexual normal. Por lo tanto, el tratamiento y el apoyo mental de muchos de estos pacientes son muy importantes. Estos pacientes buscan tratamiento para mejorar sus relaciones sexuales y la calidad de su vida sexual.

Se han propuesto varios métodos quirúrgicos y no

quirúrgicos para el tratamiento de la aplasia vaginal. En algunos casos, no se necesita cirugía o una nueva vagina, y no quirúrgica bastan técnicas como la presión simple (descrita por Frank) o la presión de un taburete de bicicleta (técnica de Ingram). Se recomienda que estas pacientes tengan relaciones sexuales regulares. Sin embargo, los procedimientos quirúrgicos se usan más comúnmente ya que las técnicas no quirúrgicas están asociadas con desventajas como la baja satisfacción del paciente, la no aplicabilidad a edades más tempranas, la necesidad de un uso prolongado, el prolapso vaginal y la fatiga.

DISCUSIÓN

Manejo de la disgenesia mülleriana

El deseo de las mujeres con síndrome de MRKH de alcanzar una vida sexual normal debería ser el factor más importante que decantaría el momento óptimo del tratamiento terapéutico adecuado. El manejo del síndrome puede ser quirúrgico o no quirúrgico. En todos los casos, debe ser multidisciplinario y debe considerarse solo cuando la paciente ha alcanzado un grado suficiente de madurez emocional y psicológica y cuando las relaciones sexuales son regulares. Normalmente, se espera la edad alrededor de los 20 años⁶. Para las pacientes con anomalías asociadas del útero, el momento de la intervención está relacionado con la sintomatología asociada. Por ejemplo, las pacientes con cuernos rudimentarios y endometrio funcional a menudo sufren de dolor pélvico cíclico y endometriosis, debido a la obstrucción del flujo de salida. Para estas pacientes, puede ser necesaria una intervención quirúrgica, poco después de la menarquia, para resolver, si es posible, la obstrucción, pero con mayor frecuencia para eliminar los restos funcionales. De todos modos, se debe ser consciente la creación de una neovagina per se no es sinónimo a un resultado psicológico exitoso. No obstante, muchos estudios reflejan una mejoría de la autoconfianza de la paciente con la creación de una neovagina.

Hasta la fecha, se han descrito varios métodos quirúrgicos y no quirúrgicos para la creación de una neovagina. La consulta extensa con la paciente, que implica una descripción detallada de todos los métodos quirúrgicos y no quirúrgicos disponibles para la reconstrucción vaginal, es de suma importancia antes de cualquier intento de corrección. También es fundamental que estas pacientes entiendan que la preservación de la abertura vaginal funcional, después de cualquier tipo de reconstrucción, requiere relaciones sexuales frecuentes o dilatación pasiva. Es necesaria una comprensión clara de las ventajas y desventajas de cada método para la selección de la técnica más adecuada que satisfaga las necesidades individuales del paciente, evite expectativas

poco realistas y asegure la satisfacción y adherencia de la paciente.

El enfoque de tratamiento de primera línea —elongación vaginal no quirúrgica por dilatación— tiene altas tasas de éxito (90%–96%)⁵. La mayoría de las mujeres con el síndrome deciden crear o han creado una vagina para permitir el coito vaginal del pene. Sin embargo, la disfunción sexual es frecuente en estas pacientes y prevalece después de la creación de una neovagina. Hay una falta de datos en la literatura sobre la respuesta fisiológica de la neovagina durante la excitación sexual. No está claro si las neovaginas de las mujeres con síndrome de MRKH muestran una función sexual similar a las vaginas natales. Se puede realizar una medición más objetiva de la respuesta sexual fisiológica de la vagina evaluando el flujo sanguíneo vaginal con fotopletomografía vaginal.

- Manejo no quirúrgico¹⁵: Los dos métodos más comunes de dilatación no quirúrgica son:
 - Método de Frank: Incorpora el uso de dilatadores vaginales para estirar una vagina corta en un diámetro y longitud mayores. Los dilatadores se gradúan para aumentar de tamaño y diámetro con el tiempo. Se utilizan dilatadores de mano en una posición de litotomía, contra el hoyuelo vaginal y se aplica presión para invaginar progresivamente la mucosa, al menos media hora al día, después de un baño tibio. La dilatación tiene lugar durante un período de unos 6 meses. Normalmente se pretende conseguir una vagina de unos 6 cm. Como aspectos negativos, destaca el largo proceso de dilatación, requiere de una conservación de la elongación obtenida (ya sea mediante dilatadores o relaciones sexuales), falta de comodidad, falta de privacidad o, incluso, tiempo.
 - Método de Ingram: Incorpora, a parte de los dilatadores, un taburete de bicicleta. Los dilatadores se colocan en el sillín de la bicicleta y las pacientes se sientan, inclinándose, durante 15-30 minutos, mínimo 2 horas al día. Un beneficio es que permite utilizar el peso corporal de la paciente, libera las manos, lo que resulta menos fatigante. Los dilatadores son acrílicos que aumentan lentamente en longitud y diámetro. Suele durar también unos 6 meses. Los puntos negativos son comunes al método de Frank aunque con un poco de menos fatiga. La tasa de éxito es similar (alrededor del 90%).
- Manejo quirúrgico¹⁷: Varias técnicas son apropiadas para la corrección de la agenesia vaginal¹² y no hay consenso sobre la mejor opción, el enfoque se basa con mayor frecuencia

en la experiencia del cirujano, pero con posibles complicaciones quirúrgicas. Estos métodos acostumbran a ser más rápidos y menos dolorosos, aunque requieren para su mantenimiento posterior también el uso de dilatadores. Las complicaciones más comunes suelen ser la dispareunia, estenosis vaginal y secreciones mucosas. Actualmente se utilizan tres métodos:

- Vaginoplastia de Creatsas: Es un método simple y exitoso sin complicaciones postoperatorias y con buenos resultados.
- La operación Abbe-McIndoe: Históricamente, fue la cirugía realizada con mayor frecuencia. Implica la disección de un espacio entre el recto y la vejiga, la colocación de un molde cubierto con un injerto de piel del muslo o el área glútea (a veces, con piel artificial) que se envuelve alrededor de un molde acrílico que se sutura a los labios menores que evitan su expulsión. Éste se deja durante dos semanas, con irrigación de una solución salina estéril. Después de estas semanas, se recomienda una dilatación diaria vaginal durante unos 30 minutos. Las complicaciones más habituales pueden ser un fallo del injerto, hematomas, perforación rectal o fístulas.
- Vaginoplastia de Williams: Los labios mayores se utilizan para revestir una bolsa externa formada por una incisión perineal en forma de U. No se suele utilizar tanto ya que la bolsa vaginal obtenida suele ser de unos 4-5cm y en un ángulo inusual al coito. Suele ser más una cirugía de rescate.
- La operación Vecchietti: Es una mezcla de métodos quirúrgicos y no quirúrgicos, siendo un método de tracción. Este procedimiento implica la creación de una neovagina a través de la dilatación con un dispositivo de tracción conectado al abdomen, suturas colocadas subperitonealmente por laparotomía y una aceituna plástica colocada en el hoyuelo vaginal. A menudo se prefiere una modificación laparoscópica que conduce a resultados comparables. El procedimiento se detiene una vez se alcanza una longitud de unos 7 o 8 cm. La paciente tendrá que usar una dilatación vaginal para mantener la profundidad. Esta opción resulta ser más rápida (la tracción es ininterrumpida) que las opciones no quirúrgicas y está en auge.
- Procedimiento de Davydov: Se realiza una incisión transversa debajo de la uretral. El peritoneo del recto, la vejiga o la pared lateral de la pelvis se usa para crear el revestimiento de la neovagina con la ayuda de la laparoscopia. Las pacientes reciben un molde vaginal que se recomienda permanezca unas 6 semanas, seguido de dilatación vaginal de

30 minutos diarios para prevenir la estenosis. Ésta y la anterior se suelen identificar como los menos invasivos.

- Colpoplastia o vaginoplastia sigmoidea: esta técnica implica el reemplazo vaginal o la creación de una neovagina mediante el injerto de un segmento de sigmoide de 12-18 cm de largo, siempre que un riñón pélvico único y / o izquierdo no perjudique el procedimiento. Se cree que la colpoplastia sigmoidea es un procedimiento eficiente que brinda excelentes resultados, aunque la adecuación completa para la función coital a menudo requiere atención y apoyo prolongados. Normalmente, una neovagina sigmoidea se autolubrica. No obstante, este mismo flujo puede también resultar crónico y con mal olor. Estas dos últimas son las que presentaron una tasa superior de complicaciones postoperatorias¹⁶. Existe riesgo posterior de colitis de derivación, enfermedad inflamatoria intestinal y adenocarcinomas en los injertos.
- Procedimientos que requieren colgajos: colgajo del muslo pudiendo, labios menores o de Málaga
- Direcciones futuras: Se encamina hacia ingeniería tisular de vagina autóloga. Por otra parte, una mejora en la comprensión de las anomalías genéticas del síndrome podría ayudar en una terapia génica.

Seguimiento de las pacientes

Resulta de gran importancia explicar la anatomía genital que presentan las pacientes. De esta manera, se detallará a éstas que presentan ovarios, algunas, parte inferior de vagina, y clítoris. Éste último permitirá presentar una vida sexual plena, con o sin tratamiento, con relaciones sin penetración vaginal. Habitualmente, al explicar ausencia de vagina, es habitual pensar que por eso no podrá presentar orgasmos, por eso se tendrá que hacer énfasis en la anatomía y explicar aspectos de la sexualidad femenina.

En estas pacientes, es posible presentar una neoplasia intraepitelial vulvar y vaginal. Las pruebas de citología de rutina no se recomiendan regularmente debido a la falta de un cuello uterino¹⁴. No obstante, las mujeres sexualmente activas con agenesia de Müller deben ser conscientes de que corren el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y, por lo tanto, se deben usar preservativos para las relaciones sexuales. Las pacientes deben someterse a pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual de acuerdo con las pautas para mujeres sin agenesia mülleriana.

Por otra parte, la menopausia no cambia en comparación con las pacientes sin el síndrome ya que el ciclo hormonal es el mismo.

Finalmente, por lo que respecta a sus ovulaciones. Es difícil detectar el ciclo al no producirse la menstruación. Se puede llevar una medición de la temperatura basal. También, puede resultar de utilidad, apuntar los cambios físicos cíclicos en un calendario. De esta manera, las algias periovulatorias, la tensión mamaria, alteraciones emocionales o cambios físicos cíclicos mensuales ayudaran a identificar el ciclo hormonal femenino.

Aspectos psicológicos-sexológicos del síndrome de MRKH

Muchos autores han estado interesados en el síndrome MRKH en el aspecto médico-quirúrgico. Se han documentado ampliamente diferentes métodos para crear una neovagina, así como sus resultados anatómicos. El impacto psicológico y de calidad de vida parece igual de importante, sin embargo, hay pocos estudios de este tipo⁶.

El asesoramiento psicológico por parte de profesionales especializados bien familiarizados con esta afección debe llevarse a cabo en pacientes con síndrome de MRKH antes de cualquier intervención quirúrgica u otra intervención. Las pacientes son capaces de tener relaciones sexuales en términos de excitación, deseo y lubricación. No obstante, el principal problema es la imposibilidad de tener hijos. El componente psicológico del síndrome MRKH es de gran importancia. El hecho de que una adolescente se dé cuenta de que las relaciones sexuales con penetración serán inviables sin intervención médica y que será prácticamente incapaz de llevar un embarazo, lo que parece insoportable para este rango de edad en particular. La depresión, ansiedad, el shock, sentirse diferente y confundida, dudas sobre su identidad femenina y la identidad sexual¹¹, el aislamiento, el miedo al rechazo de la pareja, insatisfacción sexual y la baja autoestima son algunas de las sintomatologías psicológicas que comúnmente siguen el diagnóstico del síndrome de MRKH^{6,8}. La feminidad se confunde con la función sexual y la función de la maternidad. De hecho, esta patología es más difícil de aceptar y hacer frente en mujeres de culturas más tradicionales, donde se espera tener hijos y algunas veces, es necesario para sobrevivir. Así por ejemplo, en Bangladesh un hombre puede abandonar a su mujer por el simple hecho de padecer MRKH y en India, las pacientes no pueden solicitar ayuda médica hasta el acuerdo matrimonial. De hecho, se las recomienda casar con un viudo o un discapacitado.

Por otro lado, el diagnóstico de esta patología traslada el ámbito habitualmente íntimo de la parte corporal y de la sexualidad a la intrusión del entorno médico. Los médicos no deben pasar por alto la angustia emocional de la paciente con MRKH, ya que sin tratar las implicaciones psicosomáticas de este trastorno, la adherencia y los

resultados de cualquier tratamiento pueden ser pobres. Los objetivos de un tratamiento psicológico deberían pretender estudiar las repercusiones psicológicas de la enfermedad, ayudar a la expresión de los problemas de la paciente, evaluar el impacto del tratamiento. Existen artículos que defienden que el éxito del tratamiento, de técnicas quirúrgicas o no, para crear una neovagina solo se basaba en el poder realizar el coito pene-vagina; indicando si la vaginal era lo suficientemente larga y ancha como para poder acomodar el pene erecto. El termino “sexualmente activa” se equiparó a “satisfecha”. Este hecho no clarificó la calidad de la experiencia sexual de la mujer¹³.

Además, la terapia cognitivo-conductual grupal puede reducir la angustia psicológica, mejorar la autoestima y disminuir el impacto del diagnóstico. Este manejo debe llevarse a cabo desde el anuncio del diagnóstico y continuar a largo plazo, especialmente durante dilataciones o postoperatorio ya que son periodos de dolor y desánimo.

En otro sentido, existen opiniones que reclaman lo no necesidad de feminizar el cuerpo de entrada. De esta manera, el hecho de no presentar vagina no tiene por qué resultar un problema en todas las pacientes y el sector médico tiene que ser consciente de ello. De esta manera, se reclama la no necesidad de ser etiquetadas como “mujer” únicamente, ampliando la dicotomía hombre-mujer, basándose en que los límites de las definiciones no cumplen con la amplia variedad de personas. Se redefine el concepto de normalidad para el género y la actividad sexual moldeados para ajustarse a los valores sociales. Existen pacientes que la lectura que reciben del diagnóstico es que sus genitales están equivocados y en si, lo diferente no es que sea incorrecto. La paciente puede no estar dispuesta a soportar el dolor físico y emocional del tratamiento para realizar un acto sexual cuando existen tantas opciones disponibles para una sexualidad sana y plena. La función sexual de una mujer no tendría que definirse por su relación con un pene en lugar de su propio cuerpo sexual. Así, para muchas pacientes, la “ausencia de vagina” representa una amenaza menor para su salud que unas posibles secuelas de una intervención¹⁰.

Por otro lado, la orientación sexual de las pacientes no fue explorada a fondo en ninguno de los estudios. Sería útil determinar si la orientación sexual de una mujer tiene alguna relación con su deseo de tener una vagina. Hay dos razones para querer una vagina; para permitir la penetración y ser como otras mujeres. La mayoría de los informes indicaron que las mujeres querían vaginas y se sentían mejor una vez que tenían una. Sin embargo, tal vez, una mujer que no va a tener relaciones sexuales vaginales no querría tener una. Esto nunca ha sido investigado^{11,13}.

Así, el enfoque “correctivo” de los genitales no debe suponerse e inmediato. Las pacientes necesitan tiempo para tomar sus propias decisiones sobre sus cuerpos. El asesoramiento emocional y sexual puede proporcionar una solución más permanente y aceptable por parte de la paciente. Algunos colectivos reclaman enfatizar sobre este punto ya que por lo que acaban sintiéndose discriminadas no es por el síndrome, sino por todas las cirugías vividas a lo largo de su vida. Nadie debe determinar el género o definir la función sexual de otra persona sin su participación directa y consentimiento informado. No se puede argumentar como la razón del tratamiento “correctivo” sea prevenir trauma emocional ya que cada paciente y situación es diferente. De hecho, una misma paciente con una reconstrucción de una neovagina puede continuar sintiéndose “no normal”.

Rol del compañero

La pareja de estas mujeres tratadas juega un papel tranquilizador y reconfortante. Una pareja estable se asocia con menos ansiedad y, por lo tanto, más satisfacción con el sexo. En general, la pareja no percibe que la neovagina fue creada de manera artificial. Las parejas acostumbran a presentarse de manera positiva en términos de sexualidad, aunque faltan estudios respecto al tema. Por otra parte, muchas mujeres no tratadas y sus parejas tienen una vida sexual satisfactoria sin penetración vaginal.

CONCLUSIONES

La disgenesia mülleriana y su síndrome de MRKH representativo clínico más común, aunque raro, consiste en una consideración significativa ante una amenorrea primaria. Aunque su fondo etiológico indeterminado endurece una evaluación general del síndrome, varios procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos permiten la creación de una neovagina para tales pacientes. Los aspectos psicológicos del síndrome de MRKH nunca deben pasarse por alto.

El síndrome de MRKH presenta importantes proyecciones sociales, legales y éticas, que lo aclama como una condición multidimensional, cuya gestión impone la cooperación de diversas profesiones¹¹. Los esfuerzos hacia la creación de centros internacionales de excelencia para el cuidado de mujeres con anomalías congénitas complejas con el desarrollo de bases de datos asociadas pueden ayudar a facilitar comparaciones más precisas de las opciones de gestión actuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choussein S, Nasioudis D, Schizas D, Economopoulos KP. Mullerian dysgenesis: a critical review of the literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2017 Jun;295(6):1369-1381.
2. Bhagavath B, Ellie G, Griffiths KM, Winter T, et al. Uterine Malformations: An Update of Diagnosis, Management, and Outcomes. *Obstet Gynecol Surv*. 2017 Jun;72(6):377-392.
3. Dabaghi S, Zandi M, Ilkhani M. Sexual satisfaction in patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome after surgical and non-surgical techniques: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2019 Mar;30(3):353-362.
4. Fontana L, Gentilin B, Fedele L, Gervasini C, et al. Genetics of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome. *Clin Genet*. 2017 Feb;91(2):233-246.
5. Both S, Kluivers K, Ten Kate-Booij M, Weijnenborg P. Sexual response in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome with a nonsurgical neovagina. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Sep;219(3):283.e1-283.e8.
6. Delaine M, Ohl J. Sexual activity and quality of life in patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Gynecol Obstet Fertil*. 2014 Dec;42(12):865-71.
7. Rouzi AA, Sahly N, Bajouh O, Abduljabbar H. Psychosexual and social consequences in a woman with undiagnosed Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2014;41(6):734-5.
8. Liao LM, Conway GS, Ismail-Pratt I, Bikoo M, et al. Emotional and sexual wellness and quality of life in women with Rokitansky syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Aug;205(2):117.e1-6.
9. Londra L, Chuong FS, Kolp L. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a review. *Int J Womens Health*. 2015 Nov 2;7:865-70.
10. Morris E. The Missing Vagina Monologue and Beyond. *Journal of G&L Psychotherapy*. 2008; 10(2):77-92.
11. Bean EJ, Mazur T, Robinson AD. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: sexuality, psychological effects, and quality of life. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009 Dec;22(6):339-46.
12. Morcel K, Camborieux L; Programme de Recherches sur les Aplasies Müllériennes, Guerrier D. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH)

- syndrome. Orphanet J Rare Dis. 2007 Mar 14;2:13.
13. Beisert M, Szymańska-Pytlińska M, Kapczuk K, et al. Sexual activity of women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome (MRKHS)-preliminary study. Ginekol Pol. 2015 Sep;86(9):648-52.
 14. ACOG Committee Opinion No. 728: Müllerian Agenesis: Diagnosis, Management, And Treatment. Committee on Adolescent Health Care. Obstet Gynecol. 2018 Jan;131(1):e35-e42.
 15. Bombard DS, Mousa SA. Mayer-Rokitansky-Kuster-

PROTOCOLO

Terapia global desde un punto de vista sexológico de la dispareunia relacionada con el síndrome genitourinario de la menopausia. Protocolo basado en un taller práctico

Global therapy from a sexological point of view of dyspareunia related to the genitourinary syndrome of menopause. Protocol based on a practical workshop

Gutiérrez García LE (1), Jurado López AR (2)

1- Doctora Especialista en Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Sexóloga. Miembro del Grupo de trabajo GESSAEEM. España.

2- Doctora en Medicina. Sexóloga. Triay Mdical Centre. Junta directiva AEEM. España.

RESUMEN

El síndrome genitourinario es una patología de alta prevalencia, en muchos casos oculta. Dadas las importantes repercusiones, no sólo a nivel físico si no que en la salud sexual de las mujeres, los y las profesionales de la sanidad debemos implicarnos tanto en su detección y como en la terapia. Abordamos el manejo de las mujeres con diagnóstico de síndrome genitourinario, a través de un caso clínico desde un enfoque práctico y global utilizando como herramienta el consejo sexual junto con las terapias físicas y médicas.

Palabras clave: síndrome genitourinario de la menopausia, dispareunia, salud sexual, consejo sexual, terapia.

ABSTRACT

Genitourinary syndrome is a highly prevalent pathology, in many cases hidden. Given the important repercussions, not only at the physical level but also in

the sexual health of women, health professionals must get involved in its detection and therapy. We address the management of women diagnosed with genitourinary syndrome, through a clinical case from a practical and global approach using sexual counseling as a tool along with physical and medical therapies.

Keywords: genitourinary syndrome of menopause, dyspareunia, sexual health, sexual counseling, therapy.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, define la salud sexual “como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad.

La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, de discriminación y de violencia.

Alcanzar y mantener la salud sexual deben suponer el respeto, la protección y la satisfacción de los derechos sexuales de todas las personas. Estos deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades”. Shifren y col. en 2008 tras estudiar 30.000 mujeres encuentran que la prevalencia de las disfunciones sexuales en la mujer es de un 41,2%. Incrementándose a medida que aumenta la edad 27,2%, 44,6%, 80,1% entre los 18-44 años, 45-64

CORRESPONDENCIA:

Luisa Esther Gutiérrez García
lgutgarg@gobiernodecanarias.org

años y más de 65 años respectivamente¹. Esto significa que los problemas sexuales se detectan en cualquier grupo de edad, sin embargo, son más prevalentes en el periodo de la perimenopausia y postmenopausia². Las disfunciones sexuales más frecuentes en estas etapas, según la clasificación DSM V son el trastorno del interés o excitación sexual femenina y el trastorno del dolor genito-pélvico en penetración donde está incluido el síndrome genitourinario de la menopausia (SGU)². Palacios y col. en 2018 publican que más del 90% de las mujeres postmenopáusicas que asistían a una consulta de ginecología tenían síntomas relacionados con la atrofia vulvovaginal³. El estudio GENISSE, estudio observacional transversal, donde se incluyeron 430 mujeres españolas menopáusicas que acudieron a la consulta de ginecología por cualquier motivo, encuentra que la prevalencia del SGU en este grupo fue de un 70%. Estas mujeres presentaron una mayor alteración de la escala de bienestar, función sexual y calidad de vida que las mujeres sin SGU, sin embargo, sólo el 20-25% de las sintomáticas acudían o buscaban atención médica por este motivo⁴. Las mujeres no consultan por miedo a ser juzgadas, por pudor, vergüenza, o por normalización de su situación. Por otro lado, los profesionales sanitarios tampoco preguntan sobre los aspectos relacionados con la salud sexual de sus pacientes. En el año 2018 Cuerva y col. publican un estudio epidemiológico transversal analítico, en mujeres postmenopáusicas que acudían por cualquier motivo a consulta de ginecología. Se les preguntaba directamente por problemas sexuales relacionados con síntomas genitourinarios, a las mujeres que en los primeros cinco minutos de consulta no habían referido clínica sexual. En este trabajo se encontró que los diagnósticos de sintomatología genitourinaria se cuadruplicaban y se diagnosticaron problemas sexuales en el 69,1% de las mujeres que padecían SGU⁵. Es importante la búsqueda activa mediante la incorporación de una pregunta dirigida en la historia clínica como ¿tiene usted algún problema con sus relaciones sexuales?

A través del siguiente caso clínico acercamos al lector al diagnóstico y al manejo global de una mujer que presenta sintomatología relacionada con el síndrome genitourinario de la menopausia.

CASO CLÍNICO

Julia es una mujer de 50 años, sin antecedentes familiares de interés, asmática en tratamiento a demanda, no tiene alergias medicamentosas conocidas, es exfumadora de más de 5 años. Presentó la menarquia a los 12 años con una fórmula menstrual 3/25, sin gestaciones anteriores y menopausia a los 47 años. Tanto la citología como la mamografía fueron normales hace un año. El índice de masa corporal que presenta es de 26. Tiene una pareja

estable varón desde hace 15 años, no ha sufrido ni sufre violencia de género, hace deporte frecuentemente, trabaja como auxiliar administrativo. Acude a la consulta por sensación de prurito en genitales y sequedad. Cuando preguntamos abiertamente por sus relaciones sexuales, reconoce que le da un poco de vergüenza contarlos, pero indica que presenta dolor durante la penetración, lo describe como si la cortara un cuchillo “*es una sensación horrible*”. A continuación, preguntamos por otros aspectos relacionados con el dolor y su relación de pareja.

- a) ¿Desde cuándo tiene dolor? Desde hace 3 o 4 años, empezó a sentir sequedad y a doler de forma ocasional, pero desde hace 1 año esta sintomatología ha empeorado. Al principio nos cuenta que no le dio importancia pensó “es normal con la edad”, pero ahora le está afectando a su relación de pareja y se siente frustrada.
- b) ¿Le duele siempre? Refiere que siente dolor en todas las relaciones sexuales, en cualquier postura. También nos cuenta que consultó con un médico que le dijo que utilizara un lubricante, pero no ha notado mejoría.
- c) ¿Cuál es la actitud de su pareja? Su marido siempre quiere mantener relaciones sexuales con penetración considera que una verdadera relación sexual tiene que ser con penetración, lo otro, son preliminares.
- d) ¿Usted quiere tener relaciones sexuales? Ante esta pregunta nos contesta: “Yo hablo con mis amigas y sé que hay otras formas, pero él no quiere. Aunque a estas alturas ¿Qué hago yo probando otras cosas?, yo lo intento por mi marido, me da pena y tengo miedo de que me deje por otra más joven. Pero si me pregunta si verdaderamente yo quiero mantener relaciones sexuales, la verdad es que lo intento evitar, me da miedo de que me duela otra vez”.

Una vez finalizada la historia clínica exploramos a la paciente siguiendo las siguientes recomendaciones:

- e) Explicamos antes de iniciar la exploración lo que vamos a hacer.
- f) Exploramos en un ambiente de intimidad.
- g) Ayudamos a la relajación indicando como realizar respiraciones abdominales.
- h) Le facilitamos el tiempo necesario, dándole la opción de que nos indique en los momentos que se pueda sentir incómoda.
- i) Exploramos despacio atendiendo a sus reacciones.
- j) Durante la exploración observamos la disminución de la hidratación y de la elasticidad en los genitales. Llama la atención la reabsorción de los labios menores, la palidez y la pérdida de las rugosidades de la vagina, presentando pequeñas petequias.

En este momento llegamos al diagnóstico de síndrome genitourinario de la menopausia y nos planteamos ¿Cómo lo abordamos?

TERAPIA GLOBAL DEL SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA

Antes de plantear el manejo terapéutico, debemos considerar que el SGU tiene repercusiones no sólo físicas. Existe afectación a nivel del interés sexual, en las relaciones de pareja, en el estado de ánimo y en la autoestima⁶. Cumming y col publican que el 61% de las mujeres intentaban ocultar sus síntomas a sus parejas, el 42% ponían excusas para evitar las relaciones sexuales y el 62% se sentían menos seguras⁷. Por tanto planteamos un modelo de tratamiento global donde incorporamos el consejo sexual junto con la terapia física y médica. El consejo sexual es una forma de intervención sexológica puntual, centrada en un problema y encaminada a informar sobre el mismo, que favorece a una actitud de los pacientes que contribuya a su resolución. Más del 80% de las disfunciones sexuales se solucionan con el consejo sexual⁸. A continuación, indicamos cómo poder llevar a cabo el consejo sexual:

- Explicaremos las causas fisiológicas de los síntomas por ejemplo con ayuda de ilustraciones. Nikoletta y col en el año 2021 concluyen que la mayoría de las mujeres desconocen la causa del SGU y sus opciones del tratamiento indicando la necesidad de educar a los pacientes y a los profesionales de la salud sobre el diagnóstico y las opciones del tratamiento⁹.
- Hablaremos de los mitos y de las ideas erróneas detectados durante la anamnesis, por ejemplo, las relaciones sexuales pueden ser satisfactorias sin necesidad de la penetración⁸.
- Explicaremos como influye de forma negativa el dolor crónico en el deseo sexual y en el desarrollo de la ansiedad anticipatoria basándonos el ciclo Basson¹⁰. El estrés emocional provoca cambios neuroendocrinológicos en la piel y sensibilización central que conllevan a una hipersensibilidad nociceptiva y a una amplificación del dolor respectivamente. Esta circunstancia se relaciona directamente con el síndrome de dolor, provocando en la persona, por un lado, un estado de miedo y de evitación y por otro, cambios en los circuitos cerebrales del dolor alejados de las áreas sensoriales, alterando los procesos cognitivos sobre los estímulos sexuales, la motivación y las emociones. Por tanto, conlleva a la pérdida de la motivación sexual, deseo y excitación y por ende ansiedad hacia el dolor y disminución de la autoestima cerrando de esta manera el círculo. Este es uno de los motivos fundamentales por el que no se debe aconsejar en una mujer que presenta dolor durante la penetración continuar con esta práctica. Es recomendable dar tiempo a que el tratamiento regenerador actúe por lo que se invitará a acercarse a la actividad sexual de forma gradual sin priorizar la penetración. Una forma podría ser mediante la desensibilización sistemática Lobitz y Lo Piccolo y la focalización sensorial.
- La desensibilización sistemática de Lobitz y Lo Piccolo es un entrenamiento de autoestimulación que consta de 9 pasos en el que la mujer va conociendo su intimidad y sus sensaciones de forma progresiva⁸.
- La focalización sensorial pretende construir un nuevo tipo de relación, dando oportunidad a la creatividad, a la ternura, al placer, a la búsqueda mutua sin presiones ni obligaciones, siguiendo diferentes pasos donde de forma gradual se irán realizando caricias incorporando poco a poco a medida que se avance las áreas genitales y finalmente la penetración en el último paso si así lo desean⁸.
- Las autoinstrucciones, son una herramienta que nos ayudan a romper el círculo de ansiedad-contracción-dolor que provoca el miedo antes de un encuentro sexual. De tal manera que mediante el desarrollo de tres a cuatro frases que se repiten como un mantra se disminuirá la ansiedad anticipatoria. Por ejemplo: sé que el dolor es una respuesta a mi miedo, tengo el control, puedo parar si me molesta, puedo tener una relación satisfactoria sin penetración⁸.
- La comunicación con la pareja es un aspecto fundamental que durante la intervención debemos señalar. La comunicación ayuda a elaborar acuerdos y fomentar soluciones bajo la premisa “Siempre hay algo que ceder para que la relación gane”⁸. Se recomienda, comunicar con claridad, buscando el momento y el lugar, hablar desde el “yo” (cambiar “tu me haces enfadar”, por “yo me siento enfadada o enfadado”), estimular que cada persona asuma la responsabilidad por su goce sensual y erótico, resaltar la importancia de crear un “clima estimulante”, diferenciar entre una invitación y una exigencia, combatir la rutina, no esperar siempre a “estar inspirado” para mantener relaciones, las relaciones sexuales no se reducen a “tocar mecánicamente las teclas pertinentes”, comprender la diferencia entre rechazar una actividad y rechazar a una persona, no olvidar las fantasías y el sentido del humor.

El consejo sexual se debe llevar a cabo al mismo tiempo que los tratamientos físicos y médicos, con el objetivo de mejorar la salud vaginal. Dentro de las terapias físicas disponemos de la terapia manual con la función de mejorar la elasticidad de la musculatura perineal, aumentar la vascularización y la oxigenación, mejorar el tono muscular y disminuir los puntos dolorosos. Esta se puede realizar mediante masaje perineal de forma digital o con ayuda de vibradores o dilatadores en algunos casos¹¹⁻¹⁶. Por otro lado, disponemos de tratamientos hormonales y no hormonales que ayudan a normalizar el pH vaginal, aumentar la vascularización, la lubricación, disminuyendo la sequedad vaginal y vulvar^{13,15-16}. No obstante, es importante que la mujer entienda la terapia pautada, su funcionamiento, sus efectos, su modo de empleo, sus contraindicaciones etc. Esto repercutirá en la satisfacción y la adherencia al mismo. Nickoletta y col encuentran que las mujeres están preocupadas por la seguridad a largo plazo, los efectos secundarios del tratamiento hormonal y la mayoría están insatisfechas con el tratamiento utilizado⁹.

Hidratantes y lubricantes

- Hidratantes: No contienen hormonas. Permiten retener agua en la mucosa vaginal. Se suelen aplicar de dos a tres veces a la semana. Su indicación principal es el SGU leve o si existe contraindicación para el uso de tratamiento hormonal.
- Lubricantes: No contienen hormonas. Están indicados para mejorar la incomodidad, sólo durante la relación sexual, tanto en las caricias genitales externas como en el coito. Son más recomendables los lubricantes de base acuosa o los de silicona.

Terapia estrogénica sistémica

- La terapia hormonal de la menopausia, se utiliza, si no existe contraindicación, en pacientes que presentan sintomatología vasomotora. Podría mejorar los síntomas del SGU, pero no está considerada como la primera línea de tratamiento.

Terapia estrogénica vaginal

- Se utilizan como primera línea en el tratamiento del SGU moderado o intenso.
- La mejoría de los síntomas se puede encontrar a las dos a cuatro semanas de la terapia.
- En la mayoría de los estudios se comprueban repercusiones positivas sobre la esfera sexual.
- Se suelen aplicar diariamente a nivel vaginal al principio, y posteriormente dos o tres veces a la semana.

- Existen diferentes preparados vaginales con una eficacia similar: óvulos, crema, anillo y comprimidos.
- La dosis estrogénica local es baja, lo cual hace que sean seguros, pudiendo ser usados indefinidamente.
- Están contraindicados en las mujeres que presentan tumores estrógeno dependientes.

Ospemifeno

- Es un modulador selectivo de los receptores de estrógeno (SERM) que presenta un efecto agonista estrogénico a nivel vaginal no teniendo efecto en la mama o en el endometrio.
- Incrementa la maduración de la mucosa vaginal, disminuye el pH y la sequedad vaginal, y mejora la dispareunia.
- Se recomienda un comprimido vía oral diario.
- Está indicado en pacientes que no deseen utilizar la vía vaginal como tratamiento para el SGU o en mujeres con contraindicación para tratamientos hormonales.

Dehidroepiandroterona (prasterona)

- Está indicada en el tratamiento del SGU moderado o severo.
- Se recomienda un comprimido vaginal diario.
- Aumentan las células superficiales, descenso del pH, mejora parámetros de la respuesta sexual como el deseo, excitación y orgasmo, disminuye el dolor relacionado con el coito, mejora la sequedad y la lubricación vaginal.
- Las contraindicaciones son similares a la de los estrógenos vaginales.

Otras terapias

- Laser: la FDA aún no lo ha aprobado como tratamiento para el SGU a falta de estudios que valoren los efectos a largo plazo.
- Vitamina D y vitamina E vaginal: existen datos limitados para poder recomendar su uso.

PUNTOS CLAVE

- El Síndrome genitourinario de la menopausia presenta una gran prevalencia, pero muchas veces se oculta.
- Es importante preguntar por la sexualidad durante la entrevista médica.
- El consejo sexual soluciona el 80% de las disfunciones sexuales.
- Se debería realizar un enfoque terapéutico global durante la atención del síndrome genitourinario.

AGRADECIMIENTOS

Al Grupo para el estudio de la Salud Sexual de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (GESS-AEEM).

BIBLIOGRAFÍA

1. Shiffren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*, 112(5), 970-978.
2. Molero F, Castaño R, Castelo-Branco C, Honrado M, Jurado AR, Laforet E, Prieto R, Cabello F, Larrazábal M, Sánchez F, Sánchez Borrego R. Vida y Sexo más allá de los 50. *MenoGuía AEEM*. 2014
3. Palacios S, Nappi RE, Bruyniks, Particco M, Panay N, EVES Study Investigators (2018). The European Vulvovaginal Epidemiological Survey (EVES): prevalence, symptoms and impact of vulvovaginal atrophy of menopause. *Climateric*, 21(3), 286-291.
4. Moral E, Delgado JL, Carmona F, Caballero B, Guillán C, González PM. (2018) Genitourinary syndrome of menopause. Prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. The Genisse study. *Climateric*, 21 (2), 167-173.
5. Cuerva MJ, Gonzalez D, Canals M, Otero B, Espinosa JA, Molero F, Senturk LM, Mendoza N, (2018). The Sexual health approach in postmenopause: The five-minutes study. *Maturitas*, 108, 31-36.
6. Parish SJ, Nappi RE, Krychman ML, Kellogg-Spadt S, Simon J, Goldstein JA., Kingsberg SA. (2013). Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. *International Journal of Women's Health*, 5, 437-447.
7. Cumming G, Herald J, Moncur R, Currie H, Lee AJ. (2007) Women's attitudes to hormone replacement therapy, alternative therapy and sexual health: a web-based survey. *Menopause International*, 13, 79-83.
8. Jurado R, San Martín C, Sánchez F. Máster Universitario en Sexología Médica. Universidad Europea del Atlántico. (2ª edición 2017-2018)
9. Nikolett M, Paschou SA, Armeni A, Gerogopoulos N, Goulis DG, Lambrinoudaki I (2021) Genitourinary syndrome of menopause: a systematic review on prevalence and treatment. *Menopause* 28(6):706-716.
10. Basson R. (2012) The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia. A perpetuating cycle. *J Sex Med*. 9(8):2077-92.
11. Kagan R, Kellogg Spadt S, Parish J. (2019) Practical Treatment Considerations in the Management of Genitourinary Syndrome of Menopause. *Drugs and Aging* 36: 897-908.
12. Position Statement. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *The Journal of The North American Menopause Society*. 20(9) 888-902.
13. Baquedano L, Beltrán E, Duran M, Cancelo MJ, Navarro MC. *Salud Vaginal. MenoGuía AEEM*. 2014.
14. Nieto L, Iglesias EM, Cuevas MJ. Grupo de Jóvenes Expertos de la AEEM (2020) *Manual Básico de Menopausia*. ISBN: 978-84-7867-742-9
15. Mercier J, Morin M, Lemieux MC, Reichetzer B, Khalife S, Dumoulin C. (2016) Pelvic floor muscles training to reduce symptoms and signs of vulvovaginal atrophy: a case study. *Menopause* 23(7):816-20.
16. Mercier J, Morin M, Zaki D, Reichetzer B, Lemieux MC, Khalife S, Dumoulin C (2019). Pelvic floor muscle training as a treatment for genitourinary syndrome of menopause: A single-arm feasibility study. *Maturitas* 125:57-62.

PROTOCOLO

Pautas para la evaluación policial de la credibilidad de menores víctimas de delitos de violencia sexual. Herramientas psicológicas para la detección del engaño

Guidelines for the police assessment of the credibility of sexual offenders victims. Psuchological tools for the detection of deceit

Del Amo Vázquez M (1), Pérez Conchillo M (2)

1- Psicóloga General Sanitaria. Responsable de la Unidad Regional Sanitaria de la Jefatura Superior de Policía del País Vasco. Máster en Salud Sexual y Sexología Clínica del Programa Universitario de Salud Sexual de la UNED. España.

2- Doctora en Psicología. Sexóloga. Directora del Instituto de Psicología y Sexología Espill. Directora del Servicio de Atención Psicológica a Menores Víctimas de Abusos Sexuales del Ayuntamiento de Valencia. Codirectora del Programa Universitario de Salud Sexual de la UNED. España.

RESUMEN

Con este trabajo se persigue hacer visible la necesidad de una adecuada formación de los policías especializados en la investigación de delitos de violencia sexual a niños y adolescentes, haciendo un estudio de las principales técnicas y herramientas psicológicas empleadas en la valoración del engaño por profesionales especializados, para discriminar los testimonios falsos de los verdaderos, desde las técnicas fisiológicas a los estudios de los indicadores conductuales y verbales. Para poder aplicar los dos últimos tipos de indicadores, se expone un modelo de entrevista cognitiva específico para la toma de la exploración de menores víctimas de violencia sexual, adaptando cada una de las fases de la misma a las necesidades específicas de este tipo de víctimas que debido a su edad requieren unas actuaciones especiales para lograr una declaración lo más completa posible, sin producirles mayor dolor del ya sufrido ante la comisión

de este tipo de delitos que tanto afectan a la autoestima, honor y dignidad de las víctimas especialmente vulnerables debido a su corta edad.

Además de saber aplicar las técnicas de detección del engaño, es necesario contar con unos conocimientos psicológicos sobre cómo actuar con estos grupos etarios desde las primeras fases de la investigación hasta el final de las mismas para evitar una victimización secundaria y conseguir crear un clima de confianza con el menor que le permita sincerarse, relajarse y aportar la mayor información posible.

Palabras clave: credibilidad del testimonio, detección engaño, abusos sexuales, violencia sexual, menores, mentira, policial.

ABSTRACT

This work aims to make visible the need for adequate training of specialized police officers in the investigation of crimes of sexual violence against children and adolescents, making a study of the main psychological techniques and tools used in the assessment of deception by specialized professionals, to discriminate false testimonies from true ones, from physiological techniques to studies of behavioral and verbal indicators. In order to apply the last two types of indicators, a specific cognitive interview model is presented for taking the examination of minors who are victims of sexual violence, adapting each of its phases to the specific needs of this type of victim.

CORRESPONDENCIA:

Miriam Del Amo Vázquez

Calle Gordoniz, 8.

48010-Bilbao. (Vizcaya). España.

myriam.amo@gmail.com

Due to their age, they require special actions to achieve a statement that is as complete as possible, without causing them more pain than the one already suffered when committing this type of crime, which greatly affects the self-esteem, honor and dignity of the victims, who are especially vulnerable due to their short age.

In addition to knowing how to apply deception detection techniques, it is necessary to have psychological knowledge on how to act with these age groups from the first phases of the investigation until the end of the same to avoid secondary victimization and create a climate of trust, with the minor that allows him to be honest, relax and provide as much information as possible.

Keywords: credibility of the testimony, deception detection, sexual abuse, sexual violence, minors, lying, police.

1. INTRODUCCIÓN

En este trabajo se exponen las principales técnicas y herramientas psicológicas empleadas en la valoración del engaño por profesionales especializados, con el fin de servir de apoyo a la formación de los policías dedicados a la investigación de delitos de violencia sexual a niños, niñas y adolescentes (NNyA). Se considera que esta formación es fundamental para ofrecer una atención adecuada a las víctimas de estos delitos, que son especialmente vulnerables por su corta edad.

Se analizan distintas herramientas para discriminar los testimonios falsos de los verdaderos, desde las técnicas fisiológicas a los estudios de los indicadores conductuales y verbales. Para detectar adecuadamente el engaño, es necesario saber valorar adecuadamente la credibilidad del testimonio, siendo necesario por ello disponer de unos conocimientos psicológicos específicos, sobre todo para actuar con estos grupos etarios desde las primeras fases de la investigación hasta el final de éstas, para evitar una victimización secundaria en los mismos.

La exploración de menores víctimas de violencia sexual, se debe adaptar en cada una de las fases a las necesidades específicas de este tipo de víctimas, que debido a su edad requieren unas actuaciones especiales para lograr una declaración lo más completa posible, sin que les produzca mayor dolor del ya sufrido ante la comisión de este tipo de delitos que tanto afectan a la autoestima, honor y dignidad de estas víctimas tan vulnerables y, en muchas ocasiones tan desamparadas, teniendo en cuenta que en muchos casos se trata de abusos intrafamiliares en los que el perpetrador forma parte de la familia que debería protegerles.

En la exploración se trata de conseguir un ambiente propicio para crear un clima de confianza con los niños, niñas y adolescentes (NNyA) para que se puedan

expresar sin miedo (teniendo en cuenta que el perpetrador puede ser un familiar cercano) ofreciendo un testimonio que aporte la mayor información posible, con el fin de ofrecerles la protección que necesitan.

2. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN DE LA EXACTITUD Y CREDIBILIDAD DEL TESTIMONIO

Para poder determinar si un testimonio es falso, en primer lugar, hay que definir qué se entiende por mentira. La Real Academia Española define la mentira como la expresión o manifestación contraria de lo que se sabe, se cree o se piensa.

Coleman y Kay (1981) señalan tres elementos definitorios de una mentira:

- La creencia del emisor en la falsedad de la afirmación.
- La intención de mentir.
- La falsedad objetiva de la información transmitida.

A partir de estos tres elementos, podremos observar que puede haber manifestaciones que no sean verdaderas pero que falte cualquiera de estos tres elementos, es decir, que el sujeto no de una información veraz, pero porque realmente no es conocedor de su error y la declara como auténtica. Puede suceder también que alguien facilite una información que no se corresponde con la realidad, pero sin intencionalidad de mentir, por lo tanto, no se podría decir que está mintiendo, sino que está facilitando una información errónea.

Para poder afirmar que una información transmitida es mentira, es necesario que el propio comunicador la crea falsa.

La mentira entre seres humanos es tan antigua como el inicio de la comunicación entre los mismos. La mentira existe porque puede aportar recompensas sociales, para mejorar el concepto que los demás tengan de nosotros, para evitar castigos, etc.

Desde el punto de vista policial, la mayoría de las veces que una persona miente en su declaración es para tratar de evadirse de una acción legal, que conlleva una serie de perjuicios penales o administrativos, aunque esto no siempre es así y hay que tener en cuenta que el móvil para mentir en otras ocasiones es el miedo o amenaza del declarante, principalmente cuando se trate de la víctima o de un testigo.

La mentira es un hecho muy frecuente y por eso se han desarrollado multitud de herramientas para tratar de detectarla desde tres tipos de aproximaciones: Aproximación basada en indicadores psicofisiológicos, indicadores conductuales no verbales y la aproximación basada en el análisis del contenido verbal de la declaración.

2.1. INDICADORES PSICOFISIOLÓGICOS

Desde la aproximación psicofisiológica de la detección del engaño, se parte de que cuando un individuo miente, experimenta arousal, manifestándose el mismo, en una serie de respuestas que pueden medirse con diferentes instrumentos. Los principales instrumentos de medición desarrollados al efecto son:

2.1.1. EL POLÍGRAFO

El polígrafo no es un detector de mentiras como se piensa popularmente, es un aparato que mide, amplifica y representa en una gráfica, a través de unos sensores colocados en diferentes partes del cuerpo de la persona, los distintos tipos de actividad fisiológica que experimenta esta mientras se le plantean una serie de preguntas.

La actividad fisiológica que se recoge es: la respuesta psicogalvánica de la piel, la presión sanguínea, el ritmo cardíaco y la respiración.

Dos de los procedimientos más utilizados para la aplicación de las preguntas del polígrafo son:

A) La Rit (Relevant/Irrelevant Test).

Esta es una de las pruebas más sencillas y preferidas por los profesionales que emplean el polígrafo, sin embargo, la comunidad científica rechaza su utilización por carecer de rigor científico. La prueba básicamente consiste en realizar al interrogado dos tipos de preguntas, las primeras preguntas relevantes para el delito, relacionadas con el suceso y las segundas, preguntas irrelevantes, o que el examinador sabe con seguridad que el sujeto dirá la verdad. Para concluir, el examinador compara la magnitud de las respuestas psicofisiológicas ante los distintos tipos de preguntas y si la reacción ante una pregunta relevante es más intensa que ante una irrelevante, se entiende que el individuo está mintiendo.

B) La CQT (Control Question Test)

La aplicación de la CQT maneja la aplicación de tres tipos de preguntas: irrelevantes, relevantes y de control.

Según los defensores de esta prueba, los inocentes mostrarán más arousal ante una pregunta control, dado que no pueden estar seguros de que dicen la verdad, que ante una relevante a la cual responderán con la verdad dado que saben que son inocentes. Por el contrario, los culpables experimentarán más arousal ante una pregunta relevante que ante una pregunta control, dado que, aunque mienten los dos, son conscientes de que la pregunta relevante implica una mayor gravedad y peores consecuencias para ellos que la pregunta control.⁵ Pese a que el polígrafo es muy utilizado en países como Estados Unidos, en España apenas se utiliza ya que requiere una gran especialización para poder utilizarlo correctamente y

porque no es muy fiable a la hora de detectar una mentira, ya que no detecta estas, sino variaciones fisiológicas que pueden ser debidas a múltiples razones como pueda ser el nerviosismo. Además, una persona entrenada, puede variar voluntariamente estas reacciones fisiológicas, por ejemplo, mordiendo el labio, la lengua, utilizando tranquilizantes o poniéndose incluso una chincheta en el zapato. El uso del polígrafo tampoco es adecuado con personas que padezcan determinadas enfermedades mentales o rasgos de personalidad.

2.1.2. POTENCIALES EVOCADOS RELATIVOS A EVENTOS (PRE) Y TIEMPOS DE REACCIÓN (TR)

El registro de la actividad cortical a través de potenciales evocados relativos a eventos se ha propuesto como técnica alternativa al polígrafo.

Cuando se utiliza la PRE, normalmente se le presentan al evaluado tres tipos de ítems (de prueba, relevantes y distractores) de manera intercalada. Estos ítems provocan en el sujeto una honda P3 de diferente longitud, la comparación de las ondas es lo que determina si el sujeto miente o no.

Igual que con los resultados del polígrafo, estos se pueden ver manipulados por artimañas de tipo físico o mental que realice el sujeto analizado.

El estudio de los tiempos de reacción (TR), mide el tiempo que la persona tarda en responder en función de que se le presente un estímulo de prueba o un estímulo distractor.

2.1.3. LA IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL (IRMf)

La IRMf sirve para medir los patrones de actividad cerebral, mostrando patrones distintos cuando la persona miente o dice la verdad.

La mayoría de los resultados encontrados con la aplicación de esta técnica, indican que el engaño está asociado con actividad en las regiones prefrontales (Lee y otros, 2009) y, más concretamente, con la función ejecutiva prefrontal (Spence y otros, 2008).

Este parece ser un campo de investigación que ofrece resultados interesantes de cara al futuro.

2.2. INDICADORES CONDUCTUALES NO VERBALES

Otra forma de obtener ciertas claves que nos puedan ayudar a determinar la veracidad de un testimonio, son las conductas no verbales que el sujeto reproduce mientras se está produciendo la toma de declaración. Estas claves son siempre orientativas y deben interpretarse en el conjunto de la situación, no debiendo entenderse como factores únicos y determinantes, ya que pueden ser debidos a otras muchas variables, de hecho, no se ha encontrado ningún

indicio o conducta que de forma inequívoca en todos los casos indique que una persona está mintiendo o diciendo la verdad.

Zuckerman (1981) plante la teoría de los cuatro factores que dice que habría cuatro causas principales por las que una persona cuando miente puede mostrar indicios conductuales que la delaten. Estos factores serían:

- A) Intento de control. Cuando una persona miente, trata de disimular o controlar ciertos movimientos que a su entender se podrían interpretar como que está mintiendo, pero en realidad ese comportamiento poco natural, da lugar a que la conducta parezca planeada, ensayada y carente de naturalidad.
- B) Arousal. Si al mentir se produce un aumento de arousal, esto se traduciría en la aparición de ciertos indicios cuya presencia indicaría que no se está siendo sincero. Por ejemplo: aumento del tono de voz, dilatación de la pupila, pestañeo.
- C) Afecto. Cuando una persona miente, genera diferentes emociones como pueda ser nerviosismo por el riesgo a ser descubierta o placer de mentir en algunos casos y esas emociones se traducen en indicios que pueden servir para detectar la mentira.
- D) Sobrecarga cognitiva. Mentir es una tarea compleja ya que implica por una parte bloquear un pensamiento de realidad y al mismo tiempo tener que inventar otro que lo sustituya. Todo esto genera un esfuerzo cognitivo que se manifiesta en signos visibles como pueda ser un decremento de los movimientos de pies y piernas, más errores al hablar o mayor lentitud en el habla.

Otro aspecto a tener en cuenta para detectar el engaño sería la comunicación, pero no entrando a valorar el contenido de la misma, sino poniéndola en relación con los movimientos corporales, es decir, cuando el sujeto entrevistado muestra una comunicación verbal significativamente distinta a la corporal e incluso opuesta, por ejemplo, que esté diciendo sí (afirmación) y con los hombros este haciendo un movimiento de elevación interpretado como un no lo sé.

Varios autores, entre los que destacan, (De Paulo, Lindsay, et al., 2003; Sporer y Schwandt 2006), han realizado un metaanálisis para observar que indicios aparecen con más frecuencia al mentir, encontrando que estos son: aumento del tono de voz, una conducta a nivel general nerviosa, el aumento de la dilatación pupilar o de la tensión vocal, un aumento de la latencia de respuesta y la disminución de asentimientos con la cabeza y movimientos de piernas, pies y manos. Encontrándose también en las investigaciones que hay conductas

relacionadas de forma errónea con la mentira como son: cambio de dirección de⁷ la mirada, cambio de postura y arreglarse o tocarse alguna parte del cuerpo como pueda ser el pelo.

El estudio de la conducta no verbal, si bien es cierto que no debe ser utilizado en exclusividad para detectar el engaño, sí que puede ser útil en el ámbito policial para poder hacer una selección inicial y establecer un orden de prelación, de cara a prolongar la toma de testimonio cuando haya muchos declarantes o postergarla para otro momento. Se debe tener en cuenta que es muy importante en la entrevista de valoración del engaño la congruencia entre el lenguaje verbal y no verbal, es decir, entre lo que está diciendo la supuesta víctima y su expresión corporal y emocional.

En conclusión, podría decirse que la conjunción de varios indicios de engaño, de varias incongruencias emocionales, verbo-corporales y del comportamiento natural, además de algunos de los criterios del CBCA que se describirán en el apartado siguiente, correlacionan en porcentajes elevados con el engaño.

2.3. ANÁLISIS DEL CONTENIDO VERBAL DE LA DECLARACIÓN

Los instrumentos que evalúan la realidad del testimonio con base en indicadores verbales han sido los más utilizados y gozan de un mayor respaldo científico en la actualidad.

Esta aproximación mantiene que el contenido de un mensaje en sí mismo presenta indicios que nos ayudan a desvelar su veracidad o falsedad.

La principal diferencia entre la aproximación basada en indicios conductuales no verbales y la presente, es que en este tipo de investigación se han elaborado instrumentos o protocolos de aplicación sistematizada para el análisis del discurso.

A continuación, se describirán los instrumentos que gozan de una mayor capacidad para evaluar de forma empírica y objetiva la validez de una declaración.

2.3.1. CONTROL DE LA REALIDAD/ REALITY MONITORING (RM)

Esta técnica surgió como consecuencia de las aportaciones de Marcia Johnson y Carol Raye (1981), quienes consideran que los recuerdos podrían tener dos posibles orígenes: interno o externo. Los pensamientos de origen externo, es decir, los reales, procedían de procesos perceptivos y contenían más atributos contextuales (espacio-temporales) y sensoriales (sonidos, olores, etc.), mientras que los de origen interno o imaginados, surgían como consecuencia de procesos de razonamiento o como influencia de la imaginación o pensamientos previos. Al proceso de discriminar entre recuerdos de origen interno

y externo, fue a lo que Johnson y Raye denominaron Control de la Realidad.

Alonso-Quecuty (1995), fue pionera en la aplicación de este modelo al estudio de la veracidad/falsedad de las declaraciones, encontrando que las mismas debían ser obtenidas de la forma más contigua que fuera posible a la ocurrencia de los hechos, ya que si los sujetos tenían tiempo de desarrollar la declaración falsa, tan solo se cumplía el criterio de que la información idiosincrásica es mayor en las declaraciones verdaderas; al mismo tiempo que los testimonios falsos contenían mayor información sensorial y contextual.

Sporer (1997) elaboró una lista de ocho criterios, de los cuales los siete primeros caracterizarían a las declaraciones verdaderas y el último a las falsas. Siendo estos:

- a) Claridad (viveza en vez de vaguedad).
- b) Información perceptual (información sensorial tal como sonidos, gustos o detalles visuales).
- c) Información espacial (lugares, ubicaciones).
- d) Información temporal (ubicación del evento en el tiempo, descripción de secuencias de eventos).
- e) Afecto (expresión de emociones y sentimientos durante el evento).
- f) Reconstrucción de la historia (plausibilidad de la reconstrucción del evento tras la información dada).
- g) Realismo (plausibilidad, realismo y sentido de la historia).
- h) Operaciones cognitivas (descripción de inferencias hechas por otros durante el evento).

2.3.2. ANÁLISIS DE LA REALIDAD DE LAS DECLARACIONES/ STATEMENT REALITY ANALYSIS (SRA)

Esta herramienta, se desarrolló en Alemania para determinar la credibilidad del testimonio de los niños en juicios sobre abusos sexuales.

Undeutsch fue pionero en la investigación en este campo, en 1967 estableció el primer compendio homogéneo y amplio de los criterios de realidad aplicables a declaraciones de menores víctimas de abusos sexuales, el Análisis de la Realidad de las Declaraciones (SRA). La hipótesis Undeutsch (Steller, 1989), establece que las declaraciones que tienen su fundamento en la observación de hechos reales se diferencian cualitativamente de las declaraciones que no se basan en la experiencia directa y cuya génesis es la inventiva o la fantasía del sujeto. Por lo tanto, los criterios de realidad reflejarían las características específicas que diferencian los testimonios verdaderos de los inventados.

El SRA parte de que se dispone de toda la información previa posible, por ejemplo, de testigos y del posible autor

si se conociera, para a continuación proceder a realizar una entrevista en formato de recuerdo libre al menor, en un clima que favorezca una declaración lo más completa posible que ha de ser grabada.

Una vez obtenida la declaración, se procede al análisis de la realidad empleando los siguientes criterios:

- a) Criterios generales, fundamentales.
 - Anclaje, fijación espacio-temporal.
 - Concreción (claridad, viveza).
 - Riqueza de detalles.
 - Originalidad de las narraciones (frente a estereotipos).
 - Consistencia interna (coherencia lógica).
 - Mención de detalles específicos de un tipo concreto de agresión sexual.

- b) Manifestaciones especiales de los criterios anteriores.
 - Referencia a detalles que exceden la capacidad del testigo (que van más allá de su imaginación o capacidad de comprensión).
 - Referencia a experiencias subjetivas: sentimientos, emociones, pensamientos, miedos, etc.
 - Mención a imprevistos o complicaciones inesperadas.
 - Correcciones espontáneas, especificaciones y complementaciones durante la declaración.
 - Auto desaprobación (declaración en contra de su interés).

- c) Criterios negativos de control:
 - Carencia de consistencia interna (contradicciones).
 - Carencia de consistencia con las leyes de la naturaleza o científicas.
 - Carencia de consistencia externa (discrepancia con otros hechos incontrovertibles).

- d) Criterios derivados de las secuencias de declaraciones.
 - Carencia de persistencia (estabilidad en el tiempo y contextos).
 - Declaración inconsistente con la anterior).

Los criterios a y b si están presentes indican que la declaración es verdadera, pero su ausencia no indica que la declaración necesariamente sea falsa. Los criterios c y d, restarían valor de verdad a la declaración.

2.3.3. ANÁLISIS DE CONTENIDO BASADO EN CRITERIOS (CRITERIA BASED CONTENT ANALYSIS) CBCA

En 1994, Steller y Köhnken propusieron un sistema integrado de categorías que tiene como objeto la evaluación de las declaraciones de menores víctimas

de abusos sexuales, aunque es igualmente efectivo en adultos.

El CBCA consta de cinco categorías con 19 criterios de credibilidad a evaluar:

A) Características generales:

1. 1. Consistencia lógica. No hay contradicciones lógicas en la declaración. El niño que hace una declaración falsa no puede evitar cometer contradicciones ya que no puede anticipar preguntas con las que se quiere controlar la veracidad de la declaración.
2. 2. Presentación no estructurada. Un niño que cuenta la verdad de lo que sucedió, no suele llevar un orden exacto de los hechos, saltando habitualmente de un suceso a otro.
3. 3. Cantidad de detalles. Las declaraciones verdaderas suelen contener un número mucho mayor de detalles que las falsas, que suelen ceñirse a lo básico.

B) Contenidos específicos:

4. 4. Engranaje contextual. Ubicación de la narración en un espacio y tiempo, que refleje el espacio de vida común entre el supuesto autor y la víctima, que permita descartar que el menor relate algo que en realidad, ha experimentado con otra persona.
5. 5. Descripción de interacciones. Una declaración verdadera sobre un acontecimiento complejo contiene la descripción de múltiples interacciones entre el testigo y el supuesto autor. Es difícil inventarse el escenario de una acción.
6. 6. Reproducción de conversaciones. Las declaraciones verídicas influyen en muchos casos, relatos de conversaciones entre el supuesto autor y el niño como instrucciones, amenazas, elogios, etc. que, si no ocurrieron en realidad, es difícil inventárselas para un niño.
7. 7. Descripción de complicaciones en el trascurso del hecho. Es muy difícil que a un niño se le ocurra inventarse un suceso de este tipo si realmente no sucedió, por ejemplo, decir que sonó el teléfono o el timbre, que se cayó un vaso, etc., por eso este indicio tiene una alta fuerza probatoria.

C) Peculiaridades del contenido.

8. 8. Descripción de detalles inusuales. Son aquellos detalles que no se esperan en un relato inventado de un hecho, son detalles originales, no típicos.
9. 9. Descripción de detalles de poca importancia. Detalles que aporta el niño y que no tienen nada que ver con el hecho.
10. 10. Descripción de elementos no entendidos. El menor explica un detalle que no comprende pero que realmente si tiene sentido. El niño describe un abuso sexual sin entender la anatomía y los

procesos fisiológicos del supuesto autor.

11. 11. Descripción con referencia indirecta al hecho. El niño incluye información externa a los hechos en sí, pero relacionada con los mismos.
 12. 12. Descripción de procesos psíquicos propios. No basta con que el niño relate que sentía tristeza o rabia ya que estos sentimientos pueden ser fácilmente inventados, sino que es necesario que describa como sus sentimientos iban cambiando, por ejemplo, de la irritación a la rabia o a la tristeza.
 13. 13. Descripción de procesos psíquicos del autor del hecho. El niño describe como se sentía el autor.
- D) Contenidos referentes a la motivación:
14. 14. Correcciones espontáneas de la declaración. Si el niño ofrece una declaración falsa, tratará de evitar cualquier tipo de corrección para que no surjan dudas sobre la veracidad de lo manifestado.
 15. 15. Admisión de errores de la memoria. El niño que miente tratará de hacer creer que está completamente seguro de lo que sucedió, no reconociendo lagunas de memoria.
 16. 16. Objeciones respecto a la validez de la declaración. El niño que dice la verdad puede plantear dudas acerca de la exactitud de su testimonio, admitiendo que no está seguro de algún detalle.
 17. 17. Auto-inculpaciones. Un niño que hace una declaración verdadera puede admitir sentirse culpable y ser crítico sobre su propia conducta.
 18. 18. Perdón al autor del delito. La declaración de la víctima puede favorecer al acusado y en ocasiones manifestar que pese a ese hecho el agresor es simpático y que quiere volver a estar junto a él en el futuro.
- E) Elementos específicos de la agresión.
19. 19. Elementos específicos del delito en la declaración. El niño relata detalles concretos de como el autor ejecutó el abuso.

El método de Análisis de contenido de la declaración es un método cualitativo. En ningún caso en la declaración de un niño, se van a dar todos los criterios enumerados, sino que la forma de evaluar será en función del mayor o menor número de criterios cumplidos. Si se cumplen muchos criterios de realidad, la probabilidad de que la declaración sea verdadera será mayor. Si no se cumplen muchos criterios, no quiere decir que necesariamente la declaración sea falsa, sino que quizá no sea el método más correcto para utilizar, especialmente si se trata de niños de muy corta edad.

Un método adicional para comprobar la veracidad de un suceso es la Prueba de constancia. Cuando un acontecimiento ha sucedido en realidad, será mucho más probable, que después de ser relatado en diferentes

ocasiones, no presente contradicciones, es decir, que la declaración sea consistente. Si se relata un hecho falso, será necesario hacer un esfuerzo por recordar lo manifestado anteriormente, presentándose con seguridad contradicciones que son un signo inequívoco de que la declaración es dudosa. No hay que olvidar que la memoria con el paso del tiempo o sucesivas declaraciones, principalmente si son sugestivas, puede producir errores que denoten falsedad, no pretendiendo la persona dar una información falsa de forma consciente, por este motivo es necesario diferenciar entre constancias e inconstancias esperadas.

Constancias esperadas:

- Descripción de lo esencial de la supuesta acción.
- Descripción del propio rol o actividad en el acto.
- Identificación de las personas que participaron en el acto.
- Identificación del lugar.
- Identificación de objetos relevantes en el transcurso de la acción.
- Descripción de luz u oscuridad.
- Descripción de las posiciones de los cuerpos en el caso de acciones corporales. Inconstancias esperadas:
- Descripción de las acciones periféricas.
- Qué pasó antes o después de la acción central.
- El orden de varias situaciones o acciones.
- Informaciones sobre estimaciones, como frecuencias o fechas.
- Informaciones sobre los cambios de posición del cuerpo y el orden.
- Informaciones textuales de charlas o conversaciones.
- Informaciones sobre sensaciones desagradables en el cuerpo en cada una de las fases de la acción.

Los métodos de análisis de contenido y la prueba de constancia, son útiles para constatar una declaración intencionalmente falsa, no así en el caso de una declaración falsa por error ya que en caso de ser una declaración sugerida puede cumplir perfectamente con los criterios de credibilidad y puede tener alta constancia porque está retenida en la memoria como una declaración verídica.

2.3.4. ANÁLISIS DE VALIDEZ DE LA DECLARACIÓN/ STATEMENT VALIDITY ANALYSIS (SVA)

El análisis de la validez de las declaraciones (Steller y Boychuck, 1992), es probablemente el instrumento más usado en el estudio de la credibilidad, de hecho, las evaluaciones a través del SVA, son aceptadas en algunas cortes americanas y en algunos países del norte de Europa como Suecia, Alemania y Holanda.

El SVA al Igual que el SRA, tiene como punto de partida el estudio de todas las declaraciones anteriores de la víctima si las hubiera, así como de testigos y del propio agresor. Después de esto, se procede a la obtención de una declaración fiable y válida de la víctima mediante una entrevista que presenta una serie de directrices y de fases concretas, y a partir de aquí se realiza el análisis de contenido de la declaración a través del CBCA. Finalmente se aplica el siguiente listado de validez, en el que se recogen las categorías a evaluar en casos específicos:

- a) Características psicológicas
 - Adecuación del lenguaje y conocimientos.
 - Adecuación del afecto.
 - Susceptibilidad a la sugestión.
- b) Características de la entrevista
 - Preguntas coercitivas, sugestivas o dirigidas.
 - Adecuación global de la entrevista.
- c) Motivación
 - Motivos del informe.
 - Contexto del informe o declaración original.
 - Presiones para presentar un informe falso.
- d) Cuestiones de la investigación
 - Consistencia con las leyes de la naturaleza.
 - Consistencia con otras declaraciones.
 - Consistencia con otras pruebas.

La conclusión extraída tras el análisis ha de ajustarse a las siguientes categorías: creíble, probablemente creíble, indeterminado, probablemente increíble o increíble.

2.3.5. EL SISTEMA DE EVALUACIÓN GLOBAL (SEG)

El sistema de evaluación global fue desarrollado y validado como protocolo psicológico forense por Arce y Fariña (2009), con el propósito de evaluar la credibilidad del testimonio y la huella psíquica, controlando, asimismo, una potencial simulación.

El SEG se estructura en torno a las siguientes diez fases:

- a) Obtención de la declaración. Dependiendo de quién sea la persona evaluada, se elegirá un procedimiento de obtención de información como pueda ser la entrevista cognitiva u otro adaptado a las características especiales de la persona.
- b) Repetición de la obtención de la declaración. Es conveniente realizar más de una declaración para poder llevar a cabo un análisis de la consistencia de las mismas en el tiempo, pero hay que ser cuidadoso en caso de realizar más de una entrevista para no contaminar los datos externamente.
- c) Estudio de la motivación. El estudio de la motivación se deriva de tres pasos: contraste de las distintas declaraciones, análisis del contexto en

el que se presenta la denuncia (por ejemplo, en proceso de separación o de custodia de hijos) y estudio de los motivos e intereses para denunciar falsamente.

- d) Análisis de validez de las declaraciones. La declaración para que pueda ser sometida a un análisis de la realidad ha de ser lo suficientemente extensa como para que contenga una narración completa de los hechos. La declaración debe superar la capacidad de memoria del testigo para garantizar que este no se la ha aprendido de memoria. Para evaluar la validez de una declaración se ha de estudiar la consistencia interna, externa, la consistencia entre declaraciones, la persistencia de las declaraciones y la consistencia con las leyes científicas y de la naturaleza.
- e) Análisis de la realidad de las declaraciones. Para analizar la credibilidad de la declaración, Arce y Fariña proponen un sistema combinado de las categorías de realidad pertenecientes a las técnicas anteriormente vistas, concretamente: CBCA, RM y SRA. Resultando de esta combinación 23 categorías.
- f) Medida de las consecuencias clínicas del hecho traumático. En la mayor parte de las víctimas de delitos de agresiones sexuales, contra la vida o de allanamiento de morada, se presenta como consecuencia psicológica el trastorno de estrés postraumático. La aparición de esta sintomatología es un indicador positivo de victimización, no obstante, solo será válido si se puede establecer una relación causal entre el delito y el trastorno, descartando otras causas diferentes. Este hecho podrá ser contrastado por el agente que tome declaración a la víctima, a partir del parte psicológico presentado por la misma, si esta hubiera estado sometida previamente a tratamiento psicológico.
- g) Análisis de fiabilidad de las medidas. Se deberá proceder de forma que se obtenga una consistencia Inter e intra-medidas, inter-evaluadores e intercontextos. Para lograr este análisis, debe haber más de una declaración y ser valorada por más de un agente para poder comprobar el grado de exactitud entre los mismos.
- h) Evaluación de la declaración de los actores implicados. Aunque la técnica fue ideada para evaluar el testimonio de la víctima, también puede ser aplicado al supuesto agresor, lo que posibilitaría un análisis de las dos versiones.
- i) Análisis de la personalidad y capacidades de los actores implicados. El estudio de las características psicológicas del supuesto

agresor es muy relevante, ya que puede aportar información sobre los motivos explicativos de la agresión o cualquier enfermedad mental con implicaciones jurídicas relevantes. Este análisis en la práctica solo podrá ser llevado a cabo si los policías actuantes contaran con la posibilidad de obtener informes psicológicos de los mismos.

- j) Implicaciones para la presentación del informe. La estimación de la credibilidad en 5 categorías de respuesta tal y como establece el SVA, no se ajusta a los requisitos que presenta nuestro sistema de Justicia, ya que el Tribunal Supremo exige la seguridad plena y no la alta probabilidad. Sin embargo, cualquier medida psicológica está sujeta a error, por lo que las categorías más ajustadas serían: declaración muy probablemente real, declaración carente de criterios de realidad y declaración o prueba inválida.

3. LA CAPACIDAD DE LOS POLICÍAS PARA DETECTAR EL ENGAÑO

En ocasiones es frecuente que las pruebas físicas encontradas en el transcurso de la investigación policial no sean suficientes para poder resolver el delito investigado, teniendo que recurrir como único recurso viable a la manifestación de la víctima, de los testigos o del supuesto culpable, adquiriendo estos testimonios la máxima importancia. Esto hace que la entrevista policial sea de gran valor, sobre todo, en los primeros momentos de la investigación.

Para que la información obtenida en la entrevista o interrogatorio policial tengan validez, ha de ser veraz, de ahí la importancia de la formación de los policías para saber discriminar la información cierta de la falsa.

En general, la población cree a ciencia cierta que todos aquellos profesionales que por su trabajo tienen como objetivo la detección del engaño, son más capaces de percibir las mentiras que el resto, pero varios meta-análisis relacionados con esta cuestión muestran que la capacidad de los policías para juzgar la veracidad de un conjunto de declaraciones, presenta un nivel de precisión similar al de las personas legas. La diferencia entre unos y otros estriba en que entre las personas que no son profesionales, se encuentran mayores tasas de precisión al juzgar verdades que al juzgar mentiras, sin embargo, esta tendencia se invierte en el caso de los policías, los cuales tienden a hacer mayores juicios de mentira, mostrando el denominado sesgo de mendacidad. Este sesgo es debido a la desconfianza general y mantenida en el tiempo que suelen adoptar los policías de cara a las tomas de declaración realizadas, en las que no es conveniente creer a ciegas lo que se relata ya que principalmente en las declaraciones de los presuntos culpables de un delito y en

muchas ocasiones también de las víctimas, hay diversas motivaciones para mentir (salir impune de la comisión de un delito, temor a represalias, arrepentimiento, etc.).

La formación policial en detección del engaño es escasa y además se centra en aprender a discriminar indicadores de engaño, sin tener en cuenta la importancia de los indicadores de veracidad, con la dificultad añadida de que no existen unas claves universales de verdad o de engaño.

En el ámbito de la formación policial de muchos países como EEUU, Alemania, Arabia Saudí, Bélgica, Canadá, Corea del Sur, Emiratos Árabes Unidos, Japón, México y Singapur, la modalidad de entrevista que se ha impartido, es la Behavior Analysis Interview (BAI) que forma parte de la llamada Técnica Reid de interrogatorios y entrevistas, comercializada por John E. Reid and Associates, para formar a unidades como el FBI, la CIA, compañías privadas de seguridad, cuerpos policiales, el ejército y el Servicio Secreto.

Su aplicación consiste en someter a la BAI al presunto culpable y a partir de la observación de indicadores de culpabilidad, si el entrevistador determina que miente, someterle a un interrogatorio de nueve pasos orientado a obtener una confesión que resulta psicológicamente coercitiva.

En estudios realizados por varios investigadores como Masip, Barba y Herrero en 2012, se demuestra en una serie de estudios, que los indicadores de culpabilidad e inocencia de la BAI, son creencias populares de sentido común, más que una forma especializada de conocimiento.

Para aprender a cometer menos errores a la hora de valorar la veracidad de una declaración, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Es necesario eliminar la creencia de los policías sobre las supuestas claves conductuales del engaño y sobre el nivel de precisión que estos creen que tienen, ya que en realidad está al mismo nivel de la precisión de cualquier persona y muy cercano al azar.
- Es muy importante no tener ideas preconcebidas, ya que, sino, inconscientemente se tenderá a llevar el planteamiento de la entrevista y la percepción de los indicios corporales o verbales a la confirmación de la hipótesis inicial.
- Los policías deben hacer los juicios de veracidad de manera sistemática, sin dejarse llevar por intuiciones o corazonadas.
- Hay que tratar de complementar las declaraciones con evidencias físicas obtenidas a lo largo de la investigación, haciendo un análisis objetivo y no sesgado de las mismas. Para ello es necesario que el entrevistador conozca toda la información posible antes de comenzar la toma de declaración.

- Para valorar la veracidad de un testimonio, hay que tener en cuenta las diferencias interindividuales que presenta cada persona a la hora de hablar, gesticular, etc., no esperando que todo el mundo muestre las mismas conductas y respuestas similares en situaciones iguales o diferentes, ya que la misma persona puede actuar de diferente forma en función del momento temporal o del contexto en el que se encuentre.
- Durante la obtención del testimonio, el policía no debe ofrecer información de la que es conocedor al entrevistado, para que pueda utilizarla para contrastar el grado de correspondencia entre una información y la otra y poder comprobar en qué medida son coincidentes.
- A veces también es posible que los policías cometan más errores a la hora de efectuar juicios de valor, si han empleado una entrevista o técnica de interrogatorio inadecuada.
- Es conveniente que haya al menos dos observadores a lo largo de la toma de declaración para poder contrastar entre ellos en qué se basan sus valoraciones y sus juicios de falsedad o verdad. Es importante grabar la declaración para que pueda ser visualizada en múltiples ocasiones y por varios observadores.

4. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

La importancia del testimonio de las víctimas es fundamental en la resolución de cualquier tipo de investigación policial, máxime si se trata de delitos donde en ocasiones no contamos con más herramientas de trabajo que el testimonio de la víctima como sería en el caso de los delitos de abusos sexuales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el abuso sexual infantil de la siguiente manera: “Abuso sexual de un niño es la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende completamente y a la vez que no puede dar consentimiento o para la cual no está preparado en su desarrollo y no puede consentir, o que viola las leyes o los tabús sociales de una sociedad”. El abuso sexual de un niño supone una actividad sexual entre un niño y un adulto u otro niño, que, por su edad o desarrollo, está en una posición frente a la víctima de responsabilidad, confianza o poder (OMS, 2014).

Los delitos de violencia sexual contra menores han sido considerados delitos ocultos, hasta el extremo de ser identificados una ínfima parte de ellos en comparación con el resto de los delitos, siendo esto debido al tabú que rodea al incesto ya que la mayoría de ellos son cometidos en el ámbito familiar. Cuando estos delitos ocurren fuera del contexto familiar, la víctima suele percibir menos

presiones para inhibir la revelación.

La relación de afectividad del menor con su agresor, implica una serie de factores tanto endógenos como exógenos que influyen en que no revele el abuso como son: miedo o vergüenza a la reacción de la familia y de su entorno, ambivalencia de sentimientos hacia el agresor, dificultad en reconocer la experiencia como un abuso sexual, presiones por parte de la familia para mantener el silencio, sentimiento de culpa al sentirse responsables del suceso principalmente en los menores de mayor edad, temor a sentir rechazo, estigmatización y ruptura familiar.

Los abusos sexuales a menores en muchas ocasiones son muy difíciles de detectar porque la mayoría de los abusadores son personas aparentemente normales, amables, sociables y que tienen un contacto cercano con el menor, ya que por norma general suele ser el padre, otro familiar, el profesor o el sacerdote, personas que deben cuidar y velar por el menor, haciendo esto que aún sea más difícil sospechar de ellos.

Todo lo anteriormente expuesto, pone de manifiesto la gran importancia de obtener un testimonio por parte del niño lo más completo y veraz posible, que sirva para un estudio extenso y preciso de indicadores verbales del engaño, con el apoyo de la observación conductual. Para esto, es preciso tener en cuenta que los menores presentan ciertas diferencias a la hora de recordar un evento debido a su madurez cognitiva y que su forma de expresarse también será 18 diferente a la de un adulto. Por todos estos motivos, es necesario conocer unas pautas de actuación específicas por parte de los agentes que interactuarán con el menor a lo largo de todo el proceso.

4.1 PRIMERAS UNIDADES POLICIALES INTERVINIENTES

Debido al contacto más inmediato y cercano al ciudadano, las primeras unidades que intervendrán ante un delito de violencia sexual contra menores serán las Oficinas de Denuncias y Atención al Ciudadano (ODAC), los operadores de la Sala 091 y los Grupos de Atención al Ciudadano (GAC). Los primeros contactarán por primera vez con el menor en sede policial y los segundos tendrán un contacto anterior, en el caso de que fueran requeridos ante la comisión del hecho o por haber sido testigos directos de la agresión.

Si el hecho denunciado no fuera de larga data y hubiera alguna posibilidad de encontrar algún vestigio que pudiera ayudar a probar los hechos en fase judicial y conseguir la identificación y posterior detención del autor, será determinante la intervención de la Policía Científica.

Es preciso que todas las unidades intervinientes, cuenten con una formación adecuada sobre las características de este tipo de hechos delictivos entre

los que se encuentran conductas como tocamientos, agresiones con penetración, exhibicionismo ante los menores, acoso, proposiciones sexuales e incluso explotación infantil, para que los agentes que tengan que intervenir, cuenten con las herramientas necesarias y sepan adaptar su lenguaje y comportamiento a estas víctimas especialmente vulnerables debido a su edad.

La formación policial es necesaria para cualquier agente que intervenga ante estos hechos, pero es especialmente necesaria para aquellos agentes que van a ocupar un papel principal y más específico con el menor, dado que van a ser ellos los que deberán realizar la toma de exploración y acompañarlos durante todo el proceso desde que los agentes tengan conocimiento de la noticia. Para esta tarea tan delicada y que requiere un alto grado de especialización, la Policía Nacional creó las Unidades de Atención a la Familia y Mujer (UFAM), incardinadas en la Comisaría General de Policía Judicial, como unidades especializadas, encargadas de la investigación de los delitos de violencia de género, doméstica y sexual.

En muchas ocasiones, las primeras unidades en intervenir no serán las UFAM, sino que lo más probable es que sean los agentes de seguridad ciudadana de radio patrulla y aunque estos no cuenten con tanta formación como los integrantes de las UFAM, hay ciertos aspectos que será fundamental que conozcan los primeros agentes intervinientes:

- En un primer momento dependiendo de cómo se encuentre anímicamente el menor y antes de comenzar a hacerle preguntas relacionadas con lo sucedido, puede ser necesario realizar una contención emocional, tratando de calmar a la 19 víctima para que se relaje y rebaje su nivel de estrés, y de este modo pueda aportar datos con mayor claridad y generando al mismo tiempo en el niño una buena relación con la institución policial, que será muy positiva en los momentos posteriores del proceso.
- Los agentes deberán ceñirse a realizar las preguntas estrictamente necesarias evitando planteamientos sugestivos, para conocer que ha sucedido, dónde, cuándo y quién lo hizo, para poder empezar a investigar el hecho manifestado y la localización del autor, sin entrar a ahondar en más detalles que serán preguntados posteriormente. Si el niño comienza a relatar de forma inopinada lo sucedido, se tomará nota de todo lo que manifieste de forma literal sin interrumpirle.

En caso de tener que realizar alguna pregunta, esta deberá ir dirigida al adulto que acompañe al menor, tratando de que este no lo escuche para evitar una contaminación posterior del relato.

- Los agentes que realicen la primera intervención deberán velar por la seguridad del menor valorando si es necesario trasladar al niño a la comisaría, al hospital o a algún centro de protección, en función del estado de desamparo o desprotección que manifieste y el posible riesgo de sufrir represalias o nuevas agresiones futuras.
- Es muy importante que los agentes intervinientes se muestren cercanos, y empáticos y que no manifiesten ni verbal ni de forma expresiva, ninguna valoración personal que pueda hacer sentir al menor incomprendido, juzgado o puesto en duda sobre la credibilidad de su testimonio, ya que todo esto contribuiría a la revictimización del menor.

4.2 LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA Y SUS CAUSAS

La victimización secundaria se produce cuando la víctima que ya ha sufrido por ser el sujeto pasivo de la comisión de un delito vuelve a convertirse nuevamente en víctima, esta vez de manos del sistema que debe protegerla y velar por su bienestar como son la Policía o los Tribunales de Justicia.

En muchas ocasiones la víctima debe volver a enfrentarse a través del recuerdo una y otra vez con la situación vivida, debido a múltiples tomas de declaración en sede policial y judicial por distintas personas, que se alargan en el tiempo, provocando recaídas y perjudicando a su tratamiento psicológico, generando en la víctima unas molestias y un dolor en ocasiones innecesario que puede provocar incluso una recaída en su estado anímico. Todo este proceso policial y judicial genera en la víctima multitud de consecuencias psicológicas, sociales, económicas, etc., que acaban produciendo en ella una sensación de indefensión y de falta de comprensión por parte de las instituciones, que la convierten en víctima por segunda vez.

Los delitos de violencia sexual, son delitos que con mucha facilidad pueden producir una segunda victimización en el menor, ya que por las características de este tipo de delitos, no son fáciles de probar ya que se suelen cometer en la intimidad sin testigos que puedan declarar dando apoyo a la declaración de lo sucedido y muchas veces la única prueba de su ocurrencia es la declaración del niño, que puede ser puesto en duda e interrogado por los mismos hechos en innumerables ocasiones, sin tener en cuenta que es un niño y que necesita unas atenciones y un trato especialmente esmerado y adaptado a su edad.

La falta de información adecuada, unida al estigma social generado, contribuye al mantenimiento de

pensamientos erróneos respecto a los abusos sexuales a menores.

Algunos mitos en torno al abuso sexual infantil han calado profundamente en la sociedad, provocando una revictimización en la víctima, que hace que se incrementen sus sentimientos de culpa y vergüenza, favoreciendo estos mitos al mismo tiempo que la víctima se niegue a contar lo sucedido por temor a ser juzgada y no creída, ya que las personas observan unos hechos que no se corresponden con sus erróneas expectativas sobre los mismos.

Los agentes en ocasiones influidos por estas falsas creencias extendidas en toda la sociedad pueden juzgar de forma equivocada los comportamientos observados en las víctimas o la forma en la que ocurren los hechos, provocando en el niño un sentimiento de culpa que, sumado a la incompreensión sufrida por parte del resto de la sociedad, en ocasiones su entorno familiar incluido, puede producir un daño emocional que contribuya a producir la victimización secundaria.

José Manuel Alonso y Asun Val (2000) recogen una reflexión sobre los distintos mitos existentes en el abuso sexual infantil y en otros malos tratos, tratando de contraponer a los mismos datos reales.

Hay que ser prudente a la hora de interpretar el estado anímico de una víctima de abusos sexuales ya que la inobservancia de síntomas aparentes, no quiere decir que el hecho no haya sucedido, sino que puede implicar diversos motivos como son:

- Bloqueo emocional. La víctima bloquea en el cerebro los hechos sufridos y es capaz de aparentar al menos cierta normalidad. Esto es peligroso ya que puede dejar a la víctima expuesta a nuevos sucesos del mismo tipo.

- Tratamiento psicológico. Si el hecho sucedió hace cierto tiempo, es posible que la víctima haya estado en tratamiento desde que ocurrió el suceso y haber experimentado una notable mejoría.

- Engaño. Dependiendo de la edad de la víctima y del alcance de su entendimiento y conocimientos, puede juzgar como normal una situación de abuso, ya que en la mayoría de las ocasiones el abusador es una 2ª persona del entorno cercano en la que el niño confía, interpretando por este motivo que es algo bueno y normal lo que está sucediendo.

Antes de juzgar a la víctima y emitir un dictamen, hay que dejarla hablar y permitir que aporte toda la información posible, adoptando mientras tanto el agente una postura de escucha activa y sin aplicar a sus declaraciones estereotipos y mitos populares que lo único que podrían generar son errores en las valoraciones y daños morales en las víctimas.

4.3 CREDIBILIDAD Y EXACTITUD DEL TESTIMONIO DE LOS MENORES

Pese a que la cifra de denuncias sobre delitos de abusos sexuales a menores cada vez es mayor, sigue habiendo un gran número de ellos que permanece oculto. Este aumento del número de denuncias es debido a que cada vez más van desapareciendo de la sociedad los tabús sexuales dejando de marcarse a la víctima como responsable de lo sucedido y condenando de pleno a los agresores. Al haber un mayor número de denuncias, esto necesariamente implica que haya también un mayor número de denuncias falsas.

Lo más habitual es que los niños no mientan cuando de forma libre manifiestan haber sido víctimas de un abuso sexual, de hecho, es más probable que un niño niegue un hecho sucedido a que lo invente cuando no sucedió. Algo más frecuente, aunque aun así de muy baja frecuencia, es encontrar un pequeño porcentaje de simulación, situado en torno al 7 %. Sin embargo, los falsos testimonios pueden aumentar considerablemente (hasta un 35 por ciento %), cuando las alegaciones se producen en el contexto de un divorcio conflictivo (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000. 2006). En estas circunstancias los niños pueden ser utilizados o engañados por algún miembro de la pareja, para que declaren lo que ellos desean, con el fin de conseguir la custodia de los menores o simplemente vengarse del otro progenitor. La mayoría de las retractaciones por parte de los menores son falsas, con mucha frecuencia son debidas a temor a represalias por parte del propio abusador o al darse cuenta de la gran trascendencia que ha tenido su declaración en el ámbito social y familiar.

Uno de los principales aspectos que influyen en la exactitud y capacidad de los menores para testificar, es la vulnerabilidad que manifiestan a las sugerencias de información falsa, siendo esta mayor cuanto menor es la víctima. Esta sugestibilidad se ve incrementada cuando la declaración no se produce al poco tiempo de haberse cometido el hecho y cuando son varios los entrevistadores que sugieren la misma cuestión.

Otro factor que puede afectar a la exactitud de la memoria del menor es el estrés. Cuando la víctima relata el acontecimiento sufrido, revive la situación generándole un nivel de ansiedad y estrés que contribuye en detrimento de la calidad del recuerdo. Un alto grado de estrés genera un efecto túnel que provoca que muchos detalles queden fuera del campo de atención de la víctima. Hay que tener en cuenta que cada persona reacciona de una forma distinta ante los mismos hechos, en los abusos sexuales esta reacción suele depender de la interpretación que hace la víctima de estos, teniendo en cuenta que cuando las víctimas son niños pequeños no viven el suceso como una persona adulta ya que en ocasiones no tienen conocimientos suficientes para

interpretarlo y puede ser el procedimiento posterior lo que les genere más ansiedad que el hecho en sí mismo.

Para evitar las manifestaciones reiteradas que se prolongan en el tiempo provocando la pérdida cada vez mayor del recuerdo y evitar generar esa sensación de ansiedad y estrés producida al recordar el hecho, las cuales redundan en la falta de certeza y calidad del testimonio, es recomendable el uso de Circuitos Cerrados de Televisión (CCTV), pudiendo realizar la entrevista y filmarla al mismo tiempo, mientras que esta es visualizada incluso desde otro lugar distinto, para si llegado el caso fuera necesario evitar el desplazamiento del menor a diferentes sedes para prestar declaración.

Los procedimientos menos subjetivos para valorar la credibilidad de los menores son los basados en el contenido y características de las declaraciones. Concretamente en el caso de los menores las pruebas más utilizadas son el SRA (Análisis de la realidad de las declaraciones) y el CBCA como parte del SVA (Análisis de validez de la declaración).

Para poder aplicar cualquiera de estos dos métodos es necesario obtener una declaración lo más extensa y completa posible, para tal fin se empleará el relato libre y la entrevista cognitiva.

5. LA TOMA DE EXPLORACIÓN DEL MENOR

Para determinar la veracidad de un testimonio y poder aplicar los criterios de análisis de contenido verbal analizados previamente, será requisito fundamental la obtención del relato más extenso, válido y fiable posible, por ello, la exploración del menor cobra especial relevancia en el proceso de investigación, por lo que es fundamental contar con entrevistadores perfectamente formados con capacidad para tomar la declaración del menor de la forma más precisa y con el mayor número de criterios verbales que sea posible, así como su capacidad para observar el resto de factores no verbales que se manifiesten a lo largo del transcurso de la exploración.

Cuando el menor acude acompañado a la comisaría, hay que tener cautela ante las respuestas ofrecidas por los acompañantes, no dejándose influenciar los agentes intervinientes por las mismas ya que en los casos de violencia sexual, un gran número de autores son familiares o conocidos del entorno cercano. No se debe dar por sentado por este motivo, que el acompañante va a ser necesariamente un elemento de protección.

Se debe tener especial cuidado en la entrevista de la persona que acompaña al menor y explorar si éste pudiera estar influyendo en el relato de la víctima, así como en qué medida ésta persona protege y apoya a la misma, ya que si no hay garantías de una absoluta protección en el ámbito familiar, no se debe permitir que el niño regrese

con el posible abusador.

El abuso sexual es el delito oculto y los menores precisan ser protegidos de sus propias familias, incluidas las familias normalizadas no usuarias de servicios sociales, teniendo en cuenta que los abusos sexuales se pueden dar en cualquier familia independientemente del estatus social. En nuestra experiencia hemos podido ver perpetradores de cualquier nivel y condición: catedráticos de universidad, profesores de música, psicólogos, secretarios del juzgado, alcaldes, etc., por lo que no podemos dejarnos influir por el nivel económico y la integración y reconocimiento social del perpetrador.

Por otro lado, una exploración para ser considerada adecuada debe obtener la mayor cantidad de información posible de forma objetiva y no sesgada, evitar que la forma de llevar a cabo la misma contamine los recuerdos de la víctima y que minimice los sentimientos de dolor que ésta pueda sentir por el acontecimiento sufrido.

El relato libre, sin interrupciones, es la mejor manera de no contaminar la declaración. Se debe animar a los NNyA a que cuente lo ocurrido, sin hacer preguntas sesgadas ni presuponer sentimientos y emociones que, según el entrevistador, la víctima debería tener frente a los hechos relatados.

De acuerdo con la psicología del testimonio, la edad límite para tomar testimonio a un niño, estaría en torno a los tres años de edad. En esta etapa la capacidad cognitiva y léxica de los niños es muy reducida por lo que la pericial psicológica y la testifical de referencia son fundamentales.

Antes de comenzar la toma de exploración, será necesario adoptar ciertas medidas previas que contribuirán al mejor desarrollo de esta, creando un ambiente que facilite la relajación del menor, un mayor desarrollo de confianza y empatía entre la víctima y los agentes actuantes y que evite la anteriormente definida victimización secundaria, contribuyendo con todo ello a la obtención de una declaración mucho más precisa y detallada.

- La literatura refiere que la persona que realice la toma de exploración del menor no deberá vestir uniforme para que este no genere temor o lejanía en el menor. Sin embargo, para muchos NNyA la policía es un referente de protección y respeto y sentirse apoyados por la autoridad puede ser un elemento que refuerza el apoyo que requiere, lo que es muy importante es que el profesional tenga un buen conocimiento del desarrollo evolutivo de la víctima y suficientes habilidades para establecer el rapport adecuado para la entrevista.
- El encargado de dirigir la exploración del menor será una persona especializada en el trato con menores y en este tipo de delitos. Siempre que se

pueda sería lo más deseable que fuera un psicólogo. Aunque en la literatura sobre el caso se habla de la conveniencia de que el profesional que realiza la entrevista sea del mismo sexo que la víctima, hemos comprobado que en la práctica no siempre es así, por ejemplo, chicos que están sufriendo violencia sexual por hombres, pueden sentirse incómodos en un cara a cara con un hombre y estar más cómodos contándose a una mujer. Así que es importante tener estos en cuenta, según el caso y la disponibilidad de entrevistadores.

- Si fuera necesario que el niño tuviera que esperar en una sala de espera, por ejemplo, mientras se realizan preguntas a su acompañante, esta sala deberá contar con algún juguete o televisor para que el niño se distraiga al mismo tiempo que reduce su nivel de estrés ante el miedo generado por lo desconocido.
- El despacho en el que se tome testimonio al menor deberá ser silencioso para evitar distracciones y contar con una decoración adecuada, junto con algún juguete para los más pequeños, que aporte un ambiente más relajado y confortable. La decoración y juguetes no deben ser excesivos ya que producirían la distracción del niño.
- Es conveniente disponer de hojas para dibujar y pinturas ya que, si fuera necesario, se podrían utilizar para que el niño se entretenga y se relaje y también como apoyó para asistir y completar el testimonio en aquellas partes que sea más difícil expresar lo sucedido verbalmente.

Una vez que se ha creado el entorno más adecuado, ya podrá comenzar la toma de declaración per se. Las dos formas de obtener información más comúnmente empleadas son la entrevista estándar y la entrevista cognitiva.

En cualquiera de ellas es fundamental que el relato sea lo más libre posible y con las menores interrupciones. Se trata de ofrecer un espacio donde la persona pueda hablar y sentirse escuchada. Las preguntas se deben dejar para el final y deben servir para aclarar y precisar ciertos datos relevante, no incluyendo la respuesta para no dar pie a que las preguntas se respondan con una afirmación o una negación. Por ejemplo, ¿era de noche?, lo correcto sería: ¿A qué hora más o menos?

5.1 LA ENTREVISTA ESTÁNDAR

La técnica empleada tradicionalmente por la policía para obtener un testimonio es el la denominada entrevista estándar o interrogatorio. Este tipo de entrevista presenta una serie de inconvenientes como son:

- La falta de unanimidad de criterios para la

realización de la misma en las distintas plantillas policiales.

- Al realizarse un interrogatorio con preguntas cerradas en la mayoría de las ocasiones serán preguntas inductivas que van a llevar a la víctima o investigado a declarar lo que el interrogador espera oír.
- La falta de entrenamiento y de unos pasos de actuación poco flexibles, pueden hacer que el policía que realiza la entrevista parta de una serie de premisas o hipótesis que sesguen la información obtenida, tratando de que esta información se ajuste a lo que espera oír.

Fisher, Geiselman y Raymond (1987), tras analizar el contenido de las entrevistas estándar, encontraron tres grandes problemas que suponen un deterioro en la recuperación de la información:

1. Frecuentes interrupciones en las declaraciones de los testigos. Estas interrupciones provocan dificultades en la concentración del testigo, haciendo que el mismo haga manifestaciones superficiales, vagas e imprecisas, no pudiendo centrarse en detalles que requieran mayor concentración.
2. Formulación excesiva de preguntas de respuesta corta. Con este tipo de preguntas, se pierde mucha información ya que la víctima solo declarará sobre aquellos aspectos por los que se le pregunte específicamente, con el añadido de que en muchas ocasiones no sabe qué información conoce la policía, pudiendo suponer erróneamente que es mayor de lo que en realidad es.
3. Una secuencia inapropiada en el orden de formulación de las preguntas. Si el entrevistador no cuenta con la experiencia necesaria, es probable que cometa errores a la hora de organizar la secuencia de las preguntas, siendo excesivamente inflexible a la hora de adaptar las preguntas al orden de lo narrado por la víctima de acuerdo con la representación mental que la misma tiene del hecho en ese momento. También puede ocurrir que el entrevistador desee volver atrás en el orden natural de los hechos dificultando la concentración de la víctima que ve interrumpido su relato. Cuando las víctimas son niños, estos errores cobran especial importancia ya que para ellos es más difícil que para los adultos organizar un orden cronológico correcto. Si es necesario pedir alguna matización, esta deberá ser nada más que el niño finalice su respuesta y no cuando haya cambiado a otro momento de la secuencia temporal.

5.2 LA ENTREVISTA COGNITIVA

La entrevista cognitiva surge como una técnica orientada a optimizar la obtención de testimonios fidedignos y completos. Consiste en un procedimiento completo de toma de declaración donde, teniendo en cuenta algunas características generales de la memoria, se obtiene más información cuantitativa y cualitativa y se reducen los errores de comisión y omisión por parte de los testigos en comparación con las entrevistas estándar.

En la entrevista cognitiva se pide al entrevistado que narre lo sucedido y después se le formulan preguntas específicas aclaratorias para ahondar en detalles relevantes para la investigación omitidos por el entrevistado durante su narración. La diferencia fundamental con la entrevista estándar es que en la entrevista cognitiva se añaden instrucciones antes y después de la narración dirigidas a optimizar las condiciones bajo las que se puede recuperar la información adquirida en el momento en el que transcurrieron los hechos delictivos.

La entrevista cognitiva fue elaborada originariamente por Fisher y Geiselman y Amador en 1989, siendo posteriormente mejorada por los dos primeros en 1992. La entrevista cognitiva es mucho más personal e individualizada que cualquier otro tipo de entrevista, pero presenta el problema de que para su desarrollo es necesario que el entrevistador tenga un entrenamiento y capacidades específicas, con el añadido de que ciertas fases como las instrucciones de cambio de perspectiva, son muy difíciles de entender para los niños más pequeños. Por estos motivos a continuación se exponen las diferentes fases para una adecuada realización de la entrevista cognitiva adaptada al ámbito policial con menores.

5.2.1 RECOPIACIÓN PREVIA DE INFORMACIÓN

El primer paso antes de comenzar a realizar la toma de exploración es recopilar toda la información del hecho que sea posible. Esta información puede provenir de distintas fuentes como son, todos los datos recopilados por la patrulla o los miembros policiales que tuvieron el primer contacto con la víctima, informes médicos o psicológicos si los hubiera, declaraciones de los padres o acompañantes del menor en el momento previo a la toma de exploración, declaraciones de posibles testigos que presenciaran los hechos o tuvieran conocimiento anterior de los mismos, informes de la Inspección Técnico Policial realizada por Policía Científica, historiales policiales previos por hechos de similares características en caso de haberlos, etc.

Si el menor acude acompañado, tras acompañarle a una sala donde pueda estar tranquilo, se procederá a realizar a su acompañante una serie de preguntas para poder determinar las siguientes cuestiones:

- Determinar cuando ocurrieron los hechos y si han sucedido una o varias veces.
- Si ha habido cambios importantes en el comportamiento o en el rendimiento escolar del menor en los últimos tiempos.
- Cómo son las relaciones afectivas entre los distintos miembros de la familia.
- Si hay historial previo de abusos sexuales sobre el menor o en algún otro miembro más de la familia.
- Si el niño ha realizado algún dibujo que pueda tener relación con los hechos relatados.
- De qué manera se descubrieron los hechos. Cómo se produce la revelación es sustancial para la investigación y va a dar pistas muy importantes en el análisis global de la valoración de la veracidad de los hechos.

5.2.2 EVALUACIÓN GENERAL

En un primer momento, el entrevistador deberá presentarse para que el niño sepa con quién está hablando y lo mismo hará con otras personas que pudieran intervenir durante el transcurso de la entrevista.

Una vez realizadas las presentaciones y explicado de manera sencilla el motivo por el que el niño se encuentra en dependencias policiales, el entrevistador tratará de crear un vínculo de confianza con el menor, hablando con él de forma distendida de temas triviales y que puedan resultar de interés para el menor de acuerdo con su edad. Se trata de que el entrevistador poco a poco se vaya ganando su confianza.

Una forma recomendable de iniciar la conversación podría ser preguntando al niño cuáles son sus dibujos o series favoritas, si le gusta ir al colegio, cómo se llaman sus amigos, cuál es su muñeco o juego preferido, etc. Las preguntas serán acordes a la edad del menor. Estas preguntas pueden servir para determinar la forma de comunicación más adecuada, en función del desarrollo del lenguaje y capacidad de expresión que se observe en las respuestas dadas.

Es conveniente dedicar unos minutos a esta fase, aunque no sean excesivos, a no ser que el niño esté especialmente nervioso por haber sufrido amenazas, ya que no debe considerarse tiempo perdido, dado que el éxito en estos primeros momentos será garantía de mejores resultados posteriormente. Si el entrevistador no es capaz de crear un rapport con la víctima, es muy probable que ésta se niegue a declarar o que lo haga de una forma muy superficial. Hablar de temas tan privados como son los temas sexuales que producen gran vergüenza en la víctima ya es de por sí complicado, máxime si el entrevistador no es capaz de ganarse la confianza de esta, porque además a esto hay que añadirle que en muchas ocasiones además de sentirse avergonzada por lo sucedido, puede sentirse culpable y

asustada por las consecuencias de su declaración.

Para que la conversación transcurra fluida, el entrevistador deberá conocer una serie de datos, como son:

- La forma en que el niño prefiere que el entrevistador se dirija a él.
- Qué nivel de desarrollo psicológico presenta el menor para poder determinar qué tipo de léxico emplear y qué estructura de entrevista puede ser la más adecuada.
- Desarrollo emocional y afectación psicológica que presenta por los acontecimientos sufridos. - Qué desarrollo lingüístico presenta y cuál es su capacidad de entendimiento sobre cuestiones de importancia para el desarrollo de la entrevista.
- Conocer la capacidad del menor para discriminar las situaciones irreales de las vividas.
- Saber si es la primera vez que declara por un hecho de similares características o si ya ha pasado anteriormente por este proceso.
- Determinar si el niño requiere el apoyo de una persona que le proporcione soporte emocional a lo largo de la entrevista dependiendo del grado de afectación que presente, pudiendo ser esta persona el acompañante o un psicólogo.
- Conocer el nivel que tiene del idioma en caso de ser extranjero por si requiriera la presencia de un intérprete para que la declaración transcurra con mayor fluidez.
- Valorar si es fácilmente sugestionable.

5.2.3 RELATO LIBRE

En esta etapa, tras el establecimiento adecuado de rapport, el entrevistador explicará al menor de qué forma va a transcurrir la entrevista, le informará de que, si de algún detalle no está seguro o no lo recuerda, o si necesita pedir cualquier aclaración de alguna pregunta que no entienda, no hay ningún problema en decirlo. Una vez aclaradas estas cuestiones, el entrevistador solicitará al menor que comience su relato.

Para facilitar el relato, el entrevistador debe transmitir al menor que no es culpable de nada de lo que le ha ocurrido y que por este motivo puede sentirse libre de contar lo sucedido.

Desde este momento el niño comenzará a relatar con sus propias palabras y sin ser interrumpido todo lo que recuerde, solo se le interrumpirá si en algún momento el entrevistador percibe alguna pausa excesivamente larga con el fin de ayudarle a continuar con el relato.

El relato libre no debe estar influenciado en absoluto por el entrevistador ya que es la parte más importante de la entrevista, dado que es el momento en el que el niño relata la mayor parte de los hechos de forma libre

sin ninguna interrupción ni sugestión, aunque sea de forma involuntaria por parte del entrevistador. Esta etapa aporta gran riqueza de datos por lo que no se debe acabar de forma apresurada para intervenir con preguntas aclaratorias de detalles adicionales porque podríamos perder mucha información relevante y esas preguntas más concretas podrán formularse más adelante en el caso de seguir siendo necesarias. Los niños de corta edad tienen dificultad para mantener la atención durante un largo periodo de tiempo por lo que el entrevistador deberá tenerlo en cuenta y no interrumpirle salvo que sea imprescindible ya que, a partir de cortar su relato para formularle una pregunta, puede ser que se pierda mucha más información de la que se trata de obtener al no poder volver el niño al momento espacio temporal de su relato.

Si el entrevistador necesita solicitar alguna información extra, deberá realizar preguntas abiertas que no incluyan en la formulación de estas la respuesta. Estas preguntas deberán ser formuladas de forma progresiva, dando tiempo suficiente al menor para que responda sin sentirse presionado. Si no se deja al niño suficiente tiempo para responder, puede pensar que lo que quiere el entrevistador es que conteste de forma escueta. Cuando finalice la respuesta a una pregunta, se procederá a formular la siguiente.

La actitud del entrevistador durante el relato del menor debe ser de escucha activa, transmitiendo empatía y sin mostrar gestos de desagrado o disconformidad que pueden generar en el niño una inhibición en su relato además de una modificación de este para tratar de ajustarse a lo que cree que el entrevistador espera oír.

El entrevistador no deberá emitir juicios de valor sobre las declaraciones del niño ni de forma verbal ni gestual y deberá escuchar el testimonio con una mente abierta sin esperar oír ciertos detalles esperables en el comportamiento de muchas víctimas como desagrado o malestar emocional por el hecho sufrido, porque puede ser que estos síntomas no se encuentren presentes y esta falta de cumplimiento de expectativas, podría llevar al entrevistador a dudar del resto del testimonio.

El grado de afectación y los síntomas presentados en los menores que han sido víctimas de agresiones sexuales, difieren cualitativa y cuantitativamente de unos a otros, presentándose como norma general un mayor número de síntomas en aquellos menores que han sufrido un abuso más severo y/o más prolongado en el tiempo, aunque esto no siempre es así porque influyen diversos factores de personalidad y estilos de afrontamiento que pueden moderar o hacer desaparecer la sintomatología esperada.

La ausencia de sintomatología, no quiere decir que el suceso no se haya producido, pero la presencia de

ciertos síntomas que se repiten con frecuencia y que son comunes a la mayoría de las víctimas abusadas, sí que aportan consistencia y mayor apoyo al testimonio, a la hora de determinar la veracidad de lo sucedido.

5.3 CIERRE

El cierre es la última etapa de la entrevista cognitiva y está destinada principalmente a conseguir que el niño finalice la entrevista con el menor malestar posible y con una sensación de comprensión y de haber hecho lo correcto, primándose en todo momento el bienestar del menor, por encima de cualquier otro interés para la investigación.

La fase de cierre persigue los siguientes objetivos:

- Realizar el entrevistador una síntesis de los aspectos fundamentales de la entrevista, a ser posible adaptando su lenguaje al del menor, evitando tecnicismos y expresiones que le puedan desconcertar, informándole de que en este momento puede corregir al entrevistador si algo de lo que resume no es correcto para comprobar que se ha comprendido exactamente lo que el niño quiere transmitir y al mismo tiempo que él tenga la sensación de comprensión.
- Aclarar cuestiones que puedan parecer contradictorias o dar lugar a distintas interpretaciones.
- Ofrecer la posibilidad al niño de aportar algún detalle más que considere de importancia y que anteriormente no hubiera mencionado.
- Dar al menor la oportunidad de aclarar dudas
- Ofrecer al niño información sobre las ayudas con las que pueden contar posteriormente y los derechos que le asisten como víctima.
- De la misma forma que al inicio de la conversación, será conveniente volver a tratar temas triviales que relajen al niño para que pueda volver a incorporarse a su vida normal con la mayor naturalidad y rapidez posible.
- Agradecer al menor su tiempo y el esfuerzo realizado. Es importante dedicar unos cuantos minutos a esta fase, sería conveniente dedicar al menos 5 o 10 minutos para una entrevista de 45 minutos o una hora, donde el entrevistador vuelva a hablar con el menor de temas triviales, juegos o dibujos, dependiendo de la edad del niño, de la misma forma que comenzó la entrevista en la fase inicial, para que el menor pueda abandonar las dependencias policiales tranquilo y relajado y con una buena sensación tanto él como su acompañante si lo hubiera, del trato policial recibido.

5.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

Una vez finalizada la toma de exploración del menor, con toda la información recopilada, en caso de duda sobre la veracidad del testimonio de este, el entrevistador deberá analizar la información verbal obtenida junto con el resto de los aspectos no verbales observados durante el transcurso de la entrevista. Sus conclusiones deberán ser contrastadas con las de otros investigadores, que también habrán presenciado la entrevista a través de las grabaciones realizadas por Circuitos Cerrados de Televisión o a través de una cámara Gesell para llegar a una conclusión válida y fiable. En el caso de no haber unanimidad de criterios, se deberán aplicar los cuestionarios sobre contenido verbal más adecuados por personal especializado y especialmente entrenado para ello, siendo en el caso de menores víctimas de abusos sexuales el método más idóneo y creado específicamente para esto, el Análisis de Validez de la Declaración SVA, a partir del análisis de contenido a través del CBCA.

6. CONCLUSIONES

En la actualidad existen numerosas técnicas para evaluar la veracidad del testimonio a través de diferentes métodos, siendo los principales, las técnicas de indicadores fisiológicos, las de análisis conductual y las de análisis de contenido verbal de la declaración. A pesar de las mejoras y avances que presentan en los últimos años, siguen siendo técnicas con un alto porcentaje de error. No existen los detectores de mentiras, estas técnicas son útiles como un complemento a un análisis más complejo de la persona evaluada y de su situación particular, entendiendo con esto que no son técnicas que se deban aplicar de forma generalizada, sino que hay que adaptarlas a cada caso concreto y teniendo en cuenta, que es fundamental que para que tengan una utilidad mayor, deben ser aplicadas por un profesional entrenado en su uso, que debería ser preferiblemente psicólogo. Para poder aplicar estos procedimientos se requieren amplios conocimientos sobre el funcionamiento de la memoria, tanto desde el punto de vista cognitivo como desde los factores que afectan a la memoria de los testigos. En la Policía Nacional hay miembros altamente formados por lo que en este trabajo se explica la utilidad y uso de los cuestionarios para que estos policías puedan aplicarlos junto con otras herramientas para detectar el engaño, herramientas que también serán de gran utilidad para aquellos otros policías que no cuenten con formación tan especializada en psicología y que harán que se incremente notablemente el porcentaje de acierto en el momento de realizar la valoración del testimonio, en comparación con el uso de los cuestionarios de forma exclusiva.

Hoy en día la formación policial a nivel mundial es escasa en el ámbito de estudio y análisis de la veracidad

del testimonio. Los porcentajes de acierto de los policías son similares a los del resto de la población, debido al sesgo de mendacidad que hace que se incremente en gran medida su índice de error, para tratar de reducir este sesgo y teniendo en cuenta que la gran mayoría de policías no tienen conocimientos profesionales de psicología, es necesario proporcionarles una formación extensa y especializada que reduzca ostensiblemente el nivel de error al emitir valoraciones de veracidad ya que concretamente en los delitos de violencia sexual, la declaración de la víctima o testigos en muchas ocasiones es la única prueba disponible para llevar a cabo la investigación y resolución del hecho delictivo.

Por los motivos expuestos, en este trabajo se han intentado establecer unas directrices o pautas de actuación básicas, dirigidas a todos aquellos policías que desde cualquiera de las múltiples especialidades con las que cuenta la Policía Nacional, puedan tener contacto en el transcurso de sus funciones policiales, con los menores víctimas de delitos de violencia sexual como puedan ser los integrantes de radiopatrullas, Policía Científica o Policía Judicial y especialmente, las Unidades de Atención a la Familia (UFAM) que de forma habitual como parte de su labor diaria, se ocupan de esta tipología delictiva que tiene como víctimas a niños y adolescentes, los cuales necesitan de un trato especial y diferenciado al de los adultos.

Ya que para la aplicación de las técnicas para detectar el engaño son necesarias tanto una extensa formación psicológica como una gran experiencia práctica, de las cuales la mayoría de los policías carecen, es muy útil que conozcan la información aportada a lo largo de este trabajo en cuanto a las diferentes formas de ejercer violencia sexual contra los menores para poder identificar y conocer las características y prevalencia de cada una de estas conductas, así como sobre los mitos que rodean a estos delitos tan delicados y que de forma perjudicial, mantienen en el tiempo ideas erróneas por falta de una formación adecuada y que pueden generar sesgos a la hora de valorar un hecho de estas características. También es un objetivo del presente trabajo aportar información que haga a los policías conocedores de los efectos perjudiciales que produce en la víctima la victimización secundaria, facilitándoles las herramientas necesarias para que no contribuyan a su aparición en el afán de querer averiguar si el testimonio es verdadero, obviando los efectos que su conducta puede ocasionar en el menor.

Es fundamental y por ello una parte extensa de este trabajo, formar a los policías en el modo más correcto de realizar la toma de exploración a los menores, siguiendo un modelo de entrevista cognitiva organizado en una serie de etapas adaptadas al modelo de trabajo policial, dado que si este proceso es llevado a cabo de forma adecuada y cumpliendo unas pautas espaciotemporales y

comportamentales adecuadas, se podrá conseguir crear un ambiente adecuado que propiciará las condiciones más idóneas para el bienestar del menor, ayudando a crear un ambiente relajado y de confianza, estableciéndose entre la víctima y el entrevistador un rapport que permitirá que la información obtenida sea mucho más extensa, permitiéndonos con ello, contar con muchos más detalles para poder analizar tanto la información verbal como la no verbal observada en el transcurso de la exploración y poder tener suficientes criterios para poder detectar un posible engaño.

Pese a las dificultades que puede entrañar el correcto manejo de las distintas herramientas para analizar la veracidad del testimonio, es fundamental una formación integral desde un enfoque teórico- práctico, destinada a todas las categorías policiales, especialmente para aquellos destinados en unidades en contacto con la investigación de delitos y el trato con el ciudadano, ya que es de gran importancia para la labor policial poder determinar con un porcentaje de acierto mayor al del resto de la población, la credibilidad de un hecho, puesto que de demostrarse real la comisión de un cierto hecho delictivo, podrían derivarse graves consecuencias legales.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBS CONSULTADAS

1. Alonso, H., et al. (2009). El entrenamiento de los policías para detectar mentiras. *Estudios Penales y Criminológicos*, vol. XXIX, pp. 7-60. Servizo de Publicacións da Universidad de Santiago de Compostela. Consultado en diciembre 2020 en: <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/4143>
2. Alonso de Sousa, H. (2009). Los policías como detectores del engaño: Investigación en torno al efecto del sesgo del investigador (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca. Consultado en noviembre de 2020 en: <https://www.gredos.usal.es/handle/10366/76195>
3. Alonso-Quecuty, M.L. (1995). Psicología y testimonio. M. Clemente (ed.), *Fundamentos De la psicología jurídica*, pp. 171-184. Madrid: Pirámide.
4. Alonso-Quecuty, M.L. (1999). Evaluación de la credibilidad de las declaraciones de menores víctimas de delitos contra la libertad sexual. *Papeles del Psicólogo*, 73, pp.36-40. Madrid. Consultado en diciembre de 2020 en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=829>
5. Arce, R. y Fariña, F. (2006). Psicología del testimonio y evaluación cognitiva de la veracidad de testimonios y declaraciones. *Psicología forense: Manual de técnicas y aplicaciones* (pp.563-601). Madrid: Biblioteca Nueva: ISBN: 84-9742- 431-X. Consultado en noviembre 2020 en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5916211>
6. Arce, R. y Fariña, F. (2014). Práctica de la prueba psicológica forense: El Sistema de Evaluación Global (SEG). *Aportaciones a la psicología jurídica y forense desde Iberoamérica* (pp.47-61). México. Consultado en febrero 2021. https://www.researchgate.net/publication/274389353_Practica_de_la_prueba_psicologicaforense_El_Sistema_de_Evaluacion_Global_SEG
7. Berlinerblau, V., Nino, M., y Viola, S. (2013). Guía de buenas prácticas para el abordaje de niños/as, adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual y otros delitos. Protección de sus derechos, acceso a la justicia y obtención de pruebas válidas para el proceso. JUFÉJUS, ADC, UNICEF. Consultado en noviembre 2020 en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/proteccion_Guia_buenas_practicas_we b.pdf
8. Dirección General de la Policía- Jefatura Central de información, investigación y ciberdelincuencia (2008) *Manual de procedimiento de las Unidades de Familia y Mujer de la Policía Nacional*.
9. Del Amo Vázquez, M., y Pérez Conchillo, M. (2020). Delitos de violencia sexual a niños, niñas y adolescentes. Propuesta de protocolo de actuación psicológica en el ámbito policial. *Desexología.com*.(Vol.9), pp. 87-101. Consultado en enero 2020: https://www.desexologia.com/wp-34_content/uploads/2020/12/Volumen-92-2020-diciembre.pdf
10. Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (1998). Abuso sexual en la infancia. *Manual de terapia de conducta*. Dykinson, vol. 2º, pp. 563-601. Madrid.
11. Echeburúa, E., y Subijana, I.J. (2008). Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol.8 (3), septiembre, 2008, pp 733-749. Asociación Española de Psicología Conductual. Granada. España. Consultado en noviembre 2020 en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712016008>
12. Esbec Rodríguez, E. (2000). *Psicología forense y tratamiento jurídico legal de la discapacidad*. Ed. Edisofer.
13. Garrido, E., Masip, J., Herrero, C., y Rojas, M. (2000). La detección del engaño a partir de claves conductuales por agentes de policía. In A. Ovejero, M.V. Moral, y P.Vivas (Eds.), *Aplicaciones en psicología social* (pp. 97-105). Madrid: Biblioteca Nueva. Consultado en noviembre de 2020 en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2209485>

14. Godoy-Cervera, V., y Higuera, L.(2005). El Análisis de Contenido Basado en Criterios (CBCA) en la evaluación de la credibilidad del testimonio. *Papeles del Psicólogo*, vol. 26, núm 92, septiembre-diciembre. 2005, pp. 92-98. Madrid. Consultado en diciembre 2020 en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1249>
15. González Amado, B. (2017). Evaluación forense de la credibilidad del testimonio y sintomatología internalizante en delitos cometidos en la esfera privada. (Tesis doctoral). Universidad de Santiago de Compostela. Consultado en enero 2021 en: <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/16194>
16. Guerra, C., y Bravo, C. (2014). La Víctima de abuso sexual infantil versus el sistema de protección a la víctima: reflexiones sobre la victimización secundaria. *PRAXIS. Revista de Psicología* Año 16, Nº26 (71-84), II Sem.
17. Gutierrez Rebolleda, D. (2016). El menor víctima de abusos sexuales ante el proceso judicial. El estatuto de la víctima del delito. *Cuaderno Electrónico de Estudios Jurídicos*. Núm.6, Año 2016 (Diciembre), pp. 25-56. Consultado en enero 2021 en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5911665>
18. Hernández, J. y Miranda, M. (2005). ¿Deben declarar los menores victimizados en el acto del juicio oral? *Revista la Ley*, 6335, pp. 1-5.
19. Jiménez Cortés, C., y Martín Alonso, C. (2006). Valoración del testimonio en abuso sexual infantil (A.S.I.). *Cuadernos de Medicina forense*. Vol. 12, pp. 83- 102. Consultado en diciembre de 2020 en : https://www.researchgate.net/publication/244952714_Valoracion_del_testimoni_o_en_abuso_sexual_infantil_ASI.
20. Lameiras Fernandez, M. (2000). Los abusos sexuales a menores. *Psicología clínica y de la salud en el Siglo XXI*. Posibilidades y retos. *Dykinson psicología*, 35 pp.361-407.
21. Manzanero, A.(2000). Credibilidad y exactitud de los recuerdos de menores víctimas de agresiones sexuales. *Anuario de Psicología Jurídica*, Colegio Oficial de Psicólogos.
22. Manzanero, A.(2001). Procedimientos de evaluación de la credibilidad de las declaraciones de menores víctimas de agresiones sexuales. *Psicopatología clínica, Legal y Forense*, Vol. 1, nº 2, pp. 51-71. Consultado en diciembre de 2020 en: https://www.researchgate.net/publication/39159897_Procedimientos_de_evaluacion_de_la_credibilidad_de_las_declaraciones_de_menores_victimas_de_agresiones_sexuales
23. Noguerol, V. (1997). Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil. J. Casado, J.A. Díaz y C. Martínez (Eds), *Niños maltratados* (pp.177-182). Madrid.
24. Novo, M., Velasco, J., y Arce, R. (2014). *Psicología del testimonio: La entrevista forense. Salud y Bienestar* (pp.73-87). Universidad Santiago de Compostela. Consultado en noviembre 2020 en: <https://www.researchgate.net/publication/270751663>
25. Varios autores (2001). *Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales*. Ed. Save the Children. Consultado en noviembre 2020 en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf
26. Varona Martínez, G., et al., (2000). *VICTIMOLOGÍA: Un acercamiento a través de sus conceptos fundamentales como herramientas de comprensión e intervención*. Unidad 11: Victimización y libertad sexual, pp. 217-235.
27. Vázquez Mezquita, B. (2004). Etiopatogenia del abuso sexual infantil: efectos la personalidad y en la memoria. *evaluación de la credibilidad del testimonio*, pp.35-44. Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Consultado en enero 2021 en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp302.pdf
28. Vilariño Vázquez, M. (2010). ¿Es posible discriminar declaraciones reales de imaginadas y huella psíquica real de simulada en casos de violencia de género? (Tesis doctoral). Universidad de Santiago de compostela. Consultada en febrero 2021 en: https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/2831/9788498874327_con_tent.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Schade, B. (2013). La declaración de niños menores de edad (preescolares) como testigos en casos de un supuesto abuso sexual. *Política criminal*. Vol. 8, nº 16, Doc. 1, pp. 600-611. Consultado en febrero 2021 en: <http://politicrim.com/wp-content/uploads/2019/04/Vol8N16D1.pdf>

RESEÑA DE LIBRO

TÍTULO

ESTILOS AMOROSOS ¿De qué factores depende nuestra biografía sexual y amorosa?

AUTOR

Félix López Sánchez

EDITORIAL

Pirámide

2022

En este libro **nos centraremos en los afectos sociales**. Los afectos sexuales han sido tratados en otras publicaciones López, F, (2020). Viejos y nuevos mitos sobre sexualidad. Madrid: Pirámide.

Los seres humanos no solamente nos buscamos unos a otros movidos por los afectos sexuales (deseo, atracción y enamoramiento), sino también por los afectos sociales. Somos seres sociales que no podemos sobrevivir ni resolver nuestras necesidades en soledad. La dependencia social forma parte de la naturaleza humana, porque los recién nacidos (durante varios años, al menos) no pueden sobrevivir físicamente sin adultos que les cuiden. Y los adolescentes, adultos y personas viejas no alcanzan el bienestar sin vincularse afectivamente a algunas personas.

Los afectos sexuales son necesarios para la reproducción de la especie, aunque entre los humanos cumplen otras muchas funciones sexuales, amorosas y sociales. Los afectos sociales son necesarios para que la

supervivencia, la crianza y la socialización de cada niño sea un éxito. Los afectos sociales aseguran que cada niño que nace se sienta impulsado y motivado para formar parte de una familia y un grupo social y que los adultos se sientan impulsados y motivados para criar, cuidar y socializar a los hijos. Este doble impulso o motivación, en concreto, se expresan en un conjunto de conductas del menor y de los adultos que tienen básicamente el fin de asegurar la supervivencia de cada niño y del grupo, así como la socialización de todas las personas.

Somos seres para el contacto y la vinculación. De cómo resolvamos nuestra vida emocional y los afectos depende en gran medida nuestro bienestar o malestar.

El afecto más necesario es el apego, como veremos. Pero no puede ser un vínculo seguro y eficaz si a lo largo de la infancia y adolescencia no tenemos figuras de apego adecuadas, cuidadores incondicionales, afectivos y eficaces. Si eso no sucede sufriremos de soledad emocional, la más dolorosa y destructiva, porque es una falta de satisfacción de nuestra necesidad de vinculación. Por eso comenzamos este libro con el Sistema de Cuidados, que es el que garantiza la supervivencia y el adecuado desarrollo a lo largo de la infancia y adolescencia. El sistema de cuidados y el apego a los cuidadores es la esencia de la familia, cuyo núcleo lo forman, el menos, una persona adulta con capacidad de cuidar y una cría que se vincule a ella. Claro que es mucho más ventajoso para la infancia tener varias figuras de apego y una amplia red familiar.

CORRESPONDENCIA:

flopez@usal.es

Pero no es suficiente el vínculo del apego. Es necesario que las crías se socialicen más allá de la familia, que tengan una red de amistades, compañeros de juego y escuela, vecinos, conocidos, etc. Es la red de relaciones sociales más allá de la familia. Esta red es hoy más necesaria por la reducción de la familia nuclear. Si no se resuelve esta necesidad se sufre de soledad social. La amistad es muy importante desde los 3 o 4 años, y esencial en la pubertad-adolescencia. Los amigos y amigas son lo más importante de la red social, la mejor respuesta a la necesidad de afiliación a personas, grupos, comunidades, etc. Por eso dedicaremos también un capítulo a la amistad.

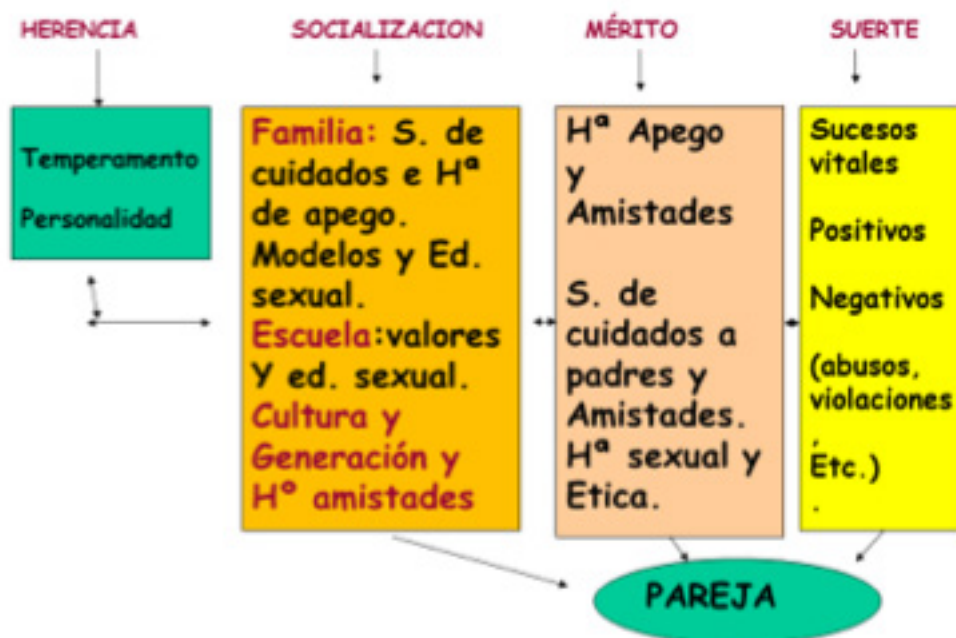
La solidaridad, generosidad y altruismo o amor es una necesidad social. Siempre a lo largo de la vida la necesitamos por diferentes motivos. Y en toda organización social hay personas marginadas o necesitadas de ayuda. No hay una sociedad tan justa que lo haya evitado. Las enfermedades, catástrofes y diferentes avatares de la vida nos hacen muy vulnerables. Por eso, numerosas tareas y obras humanas solo son posibles con la cooperación y el trabajo en equipo y con personas solidarias.

De hecho, si no conseguimos socializar a las personas en estos valores, el egoísmo acaba destruyendo a las personas y a las comunidades o haciéndolas muy hostiles e inseguras.

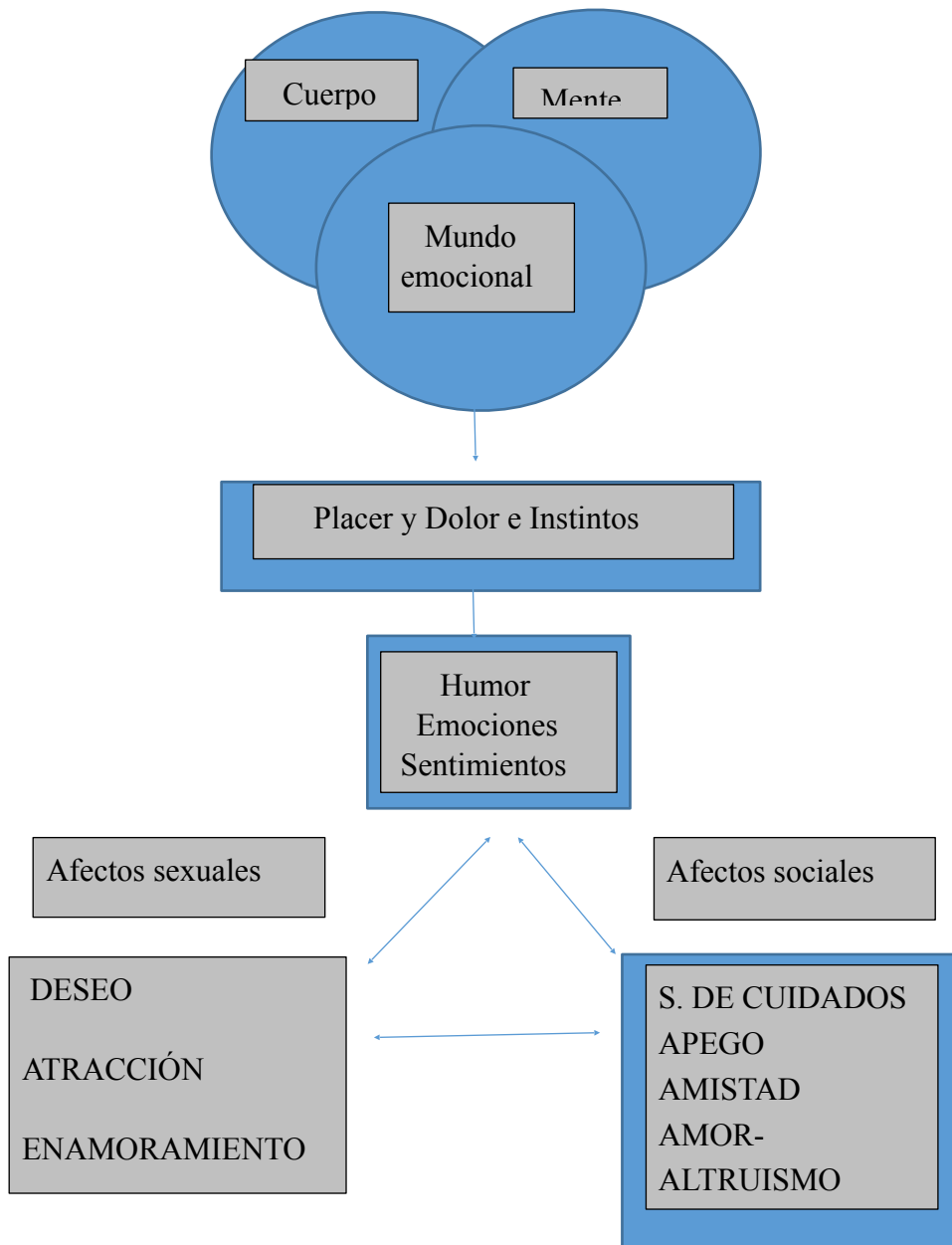
Por último, nuestros afectos sexuales ponen de manifiesto nuestra necesidad de contacto placentero y de vínculos amorosos de naturaleza sexual. La soledad sexual-amorosa es compatible con la vida, pero se trata de una motivación tan grande que no es fácil vivir sin resolverla. Solo por razones personales muy poderosas o por no encontrar la persona o personas que respondan a nuestros afectos sexuales, puede entenderse renunciar a esta motivación. Por cierto, los afectos sexuales y sociales están abiertos toda la vida, incluso en la vejez (López, 2012, 2018).

Antes de entrar de lleno en los capítulos dedicados a los afectos sociales, daremos una visión general de la familia y reflexionaremos sobre un grave problema social de nuestra cultura: la crisis del Sistema de Cuidados. Esta crisis contamina y pone en riesgo la vida (especialmente en la infancia y vejez dependiente), las relaciones de pareja, la formación de familias, la demografía de numerosos países y el bienestar de las personas. El malestar afectivo y los problemas de soledad en nuestra cultura no está hoy en la represión sexual, como diagnosticaba Freud (1915, 1930), a principios del siglo XX, sino en la **crisis del Sistema de Cuidados**, la piedra angular de todo entramado familiar y social. Es la nueva patología de querer ser cuidado, pero sin cuidar a los demás.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL E. AMOROSO



ESQUEMAS SIMPLIFICADOS DE LA ESPECIE HUMANA



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>

Octubre

27-29

XIII Congreso FEMESS. Educación Integral de la Sexualidad. Derecho Humano Universal

Mérida, Yucatán (México)

<https://congresofemess.org>

Noviembre

24-26

XXI Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual

Valencia (España)

<https://www.congresosexologia2022.com>

NORMAS PARA LOS AUTORES

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 Serpis, 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 del 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 Discussion), 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.

- FOTOGRAFÍAS

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.

- BIBLIOGRAFÍA

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) Autor corporativo

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

3) No se indica el nombre del autor

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

4) Suplemento de un volumen

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

5) Suplemento de un número

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

6) Número sin volumen

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

7) Indicación del tipo de artículo

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

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

8) Trabajo en prensa

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

Libros y otras monografías

9) Autores personales

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

10) Editores o recopiladores como autores

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

11) Capítulo de un libro

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

12) Actas de reuniones

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

Material electrónico

13) CD-ROM

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

14) Artículos de revistas en Internet

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

15) Monografías en Internet

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

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

AUTHORS GUIDELINES

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 Serpis, 8-1º-2ª. 46021 - Valencia

The text must be typed on DIN-A4 sheets, double-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, double space,

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 must 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 carefully 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 article, 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) Corporate author.

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 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>
