



de•sexología

Diciembre 2022

Vol. 11 N°2

Editorial / Editorial

Memoria científica del XXI CLASES

Scientific memory of de XXI CLASES

F. Hurtado Murillo, M. Pérez Conchillo

Simposios, mesas de debate y cursos / Symposiums, discussion tables, courses and workshops

Resúmenes

Comunicaciones / Communications

Resúmenes Eje temático de Clínica

Resúmenes Eje de Educación Sexual

Resúmenes Eje temático de Ciencias básicas e investigación

Resúmenes Eje temático de Género y diversidad

Resúmenes Eje temático de Violencias estructurales y sexualidad

Resúmenes Eje temático de Pandemia

Resúmenes Eje temático de Tecnologías y sexualidad

Resúmenes Eje temático de Parejas y consorcios afectivos

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)

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 Correales (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)
Cristina González Martínez (España)
Francisco Javier del Río Olvera (España)
Francisca Molero Rodríguez (España)
Guillermo González Antón (España)

ÍNDICE

VOL 11. NÚMERO 1. JUNIO 2022

Editorial / Editorial

Memoria científica del XXI CLASES

Scientific memory of de XXI CLASES

F. Hurtado Murillo, M. Pérez Conchillo 7

Simposios, mesas de debate y cursos / Symposiums, discussion tables, courses and workshops

Resúmenes 10

Comunicaciones / Communications

Resúmenes Eje temático de Clínica 52

Resúmenes Eje de Educación Sexual 71

Resúmenes Eje temático de Ciencias básicas e investigación 88

Resúmenes Eje temático de Género y diversidad 97

Resúmenes Eje temático de Violencias estructurales y sexualidad 102

Resúmenes Eje temático de Pandemia 107

Resúmenes Eje temático de Tecnologías y sexualidad 110

Resúmenes Eje temático de Parejas y consorcios afectivos 113

Agenda / Events	117
Normas de publicación	118
Authors guidelines	128
Boletín de suscripción / Subscription form	137

Oedien®

COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG

Dienogest 2mg + Etinilestradiol 0,03 mg

El control está en tus manos

ANTICONCEPCIÓN ORAL¹



**TRATAMIENTO DEL
ACNÉ MODERADO¹**



ACCIÓN SOBRE EL ENDOMETRIO²



**REDUCCIÓN DE LA
INTENSIDAD Y DURACIÓN
DEL SANGRADO MENSUAL³**



MEJORA DEL CUMPLIMIENTO⁴

**21 comprimidos
+ 7 placebo**



Envase
28 comprimidos

Envase
3 x 28 comprimidos

Bailleul
LABORATOIRES

1. Resumen de las características del producto Oedien 2 mg/0,03 mg comprimidos recubiertos con película EFG.
2. Bartsch V. - Gynaecological uses of dienogest alone and in combination with oestrogens. J Med Drug Rev 2015;5:1-31.
3. Pérez-Campos - Ethinylestradio/Dienogest in Oral Contraception – Drugs 2010; 70 (6): 681-689.
4. Sanchez Borrego R, Martínez Pérez O. Guía Práctica en anticoncepción Oral basada en la evidencia. SEC 2003.

Bailleul
LABORATOIRES

EDITORIAL

Memoria científica del XXI CLASES

Scientific memory of de XXI CLASES

Hurtado Murillo F (1), Pérez Conchillo M (2)

1-Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica y Sexología. Centro de Salud Sexual y Reproductiva "Fuente San Luis". Departamento Valencia Doctor Peset. Valencia (España)

2-Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica y Sexología. Instituto Espill de Psicología y Sexología. Valencia. (España)

INTRODUCCIÓN

En la exposición de la candidatura para sede del XXI CLASES se expuso que la motivación de proponer Valencia, era por el 25 aniversario de la celebración en nuestra ciudad del XIII congreso Mundial de Sexología, donde se proclamaron por primera vez los derechos sexuales.

Se pensó en un congreso híbrido, que fue votado y aprobado, porque seguíamos en situación de pandemia y había incertidumbre hacia donde podía encaminar la situación mundial, aunque se vislumbraba un horizonte positivo de control de los contagios que permitía poder plantearse volver a tener una sede presencial. Por otro lado, por las consecuencias económicas y las dificultades de algunos países latinoamericanos para poder viajar la posibilidad de transmisión en vivo era la opción más atractiva y así lo hemos hecho realidad.

Para la propuesta científica nos propusimos que se abordaran los diferentes campos y áreas en las que se diversifica la sexualidad humana y la investigación en sexología. Nueve ejes temáticos fueron propuestos en los que se abarcaban con amplitud con subtemas los diferentes

trabajos e inquietudes en las que están inmersos los y las diferentes profesionales y estudiantes en formación, sin dejar de lado, la necesidad de información y formación de la población general: Clínica, educación sexual, ciencias básicas e investigación, género y diversidad, violencias estructurales y sexualidad, derechos sexuales y ética, tecnologías y sexualidad, parejas y sexualidad.

Para el trabajo científico se convocaron profesionales de todos los países de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual-FLASSES. El trabajo se planteó en equipos de 7 personas por cada eje contando con 63 profesionales que realizaron la labor científica de evaluación de trabajos presentados y para ello y con el fin de tener criterios comunes, tuvieron los siguientes criterios de evaluación: Aporte al conocimiento, originalidad, diseño y calidad de los datos. Excluyéndose los trabajos que presentaban problemas éticos.

Fueron aprobados 41 simposios, 4 mesas de debate, 4 cursos de formación, 5 talleres, 5 conferencias plenarias y 112 comunicaciones. De entre las mismas, el comité científico valoró que merecían ser premiadas dos de ellas. Una en reconocimiento al trabajo de investigación o actualización más destacado en el campo de la Sexología y/o algunas de sus áreas "Premio Fernando J. Bianco Colmenares" que se otorgó al trabajo de investigación titulado "Agresiones sexuales a mujeres que ejercen la prostitución. Nuestra experiencia en Madrid Salud"

Autores/as: María Sánchez Sánchez, Victoria Marcos González, Cristina Llopis Sampedro, María José Guasch Villanueva, Alba Sánchez Langreo, Alicia Rodríguez García, Carmen de la Merced Soriano de la Cámara, Rocío Martínez Sierra, María Dolores Ruiz León, Pedro Palenzuela Carrasco.

CORRESPONDENCIA:

Felipe Hurtado Murillo

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

La otra, en reconocimiento al trabajo de investigación o actualización más destacado en el campo de la sexología y/o algunas de sus áreas, presentado por una persona igual o menor de 40 años de edad, presentado en el XXI Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual “Premio Andrés Flores Colombino” que se otorgó al trabajo de investigación titulado “Perfil psicológico de personas transgénero”

Autoras: Mireya Soriano Izquierdo y Vicenta Esteve Biot.

Tenemos que destacar que en congreso ha contado con organismos y asociaciones internacionales que han participado en mesas y simposios: la Academia internacional de sexología médica-AISM, la Asociación Mundial para la Salud Sexual-WAS, la Organización Mundial para la Salud-OMS y la Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual-SLAMS.

Además, la mayoría de las sociedades de FLASSES han participado de forma activa presentando trabajos de calidad y de interés profesional y para la formación:

- Sociedad Argentina de Sexualidad Humana – SASH
- Asociación Argentina de Sexología y Educación Sexual – AASES
- Federación Sexológica Argentina - FESEA
- Sociedad Venezolana de Sexología Médica
- Sociedad Portuguesa de Sexología Médica
- Sociedad Uruguaya de Sexología – SUS
- Federación Española de Sociedades de Sexología – FESS
- Instituto de Sexología y Psicoterapia ESPILL de España
- Asociación de Especialistas en Sexología – AES España
- Miami Center for Obstetrics Gynecology & Human Sexuality
- International Institute for the Advanced Study of Human Sexuality Miami
- Sociedad Brasileña de Estudios en Sexualidad Humana – SBRASH
- Asociación Peruana de Sexología, Salud y Educación Sexual – APSSES
- Educación Clínica e Investigación en Sexualidad – ECIS Paraguay
- Junto a las sociedades, otras Instituciones y Universidades han participado:
- Universidad Nacional de Educación a Distancia – UNED
- Sociedad Valenciana de Contracepción y Salud Reproductiva – SVCSR
- Grupo Salud Sexual y Derechos Sexuales de la Estrategia Valencia Saludable Ayuntamiento de Valencia
- Universidad de Caldas-Manizales de Colombia
- Universidad de Valencia
- Universidad Jaume I de Castellón
- Centro Nacional de Educación Sexual – CENESEX Cuba
- Academia Española de Sexología y Medicina Sexual - AESyMES
- Red Española de Iniciativas en Sexología- REIS
- Asociación Argentina de Menopausia – AAMA
- Sociedad Latinoamericana de Patología Vulvovaginal – SOLAPAV
- Fundación para la Salud Sexual – FUNDASSEX Argentina
- Instituto Valenciano de Infertilidad – IVI
- Gobierno de Aragón
- Universidad Internacional de la Rioja y Universidades de Salamanca, Granada y Jaén
- Asociación Nacional de Salud Sexual y Discapacidad – ANSSYD

Finalmente, para completar la actividad científica y para mostrar un aspecto cultural hemos contado con una exposición de pintura, cuya temática se ha centrado en los derechos sexuales y que ha sido realizado por el grupo de pintores/as el Grupo de Torrent D’Art.

Calcula tus seguros en menos de **2 minutos**

Calcular ahora los precios del seguro de Auto y Vida
es más fácil y está al alcance de cualquiera.

Gracias a las nuevas calculadoras online...



Accede a la nueva
calculadora
de Auto aquí



Accede a la nueva
calculadora
de Vida aquí



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

www.amaseguros.com

900 82 20 82 / 913 43 47 00

Síguenos en     

y en nuestra APP 

A.M.A. MADRID
Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A
Tel. 913 43 47 00
madrid@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Hilarión)
Hilarión Eslava, 50
Tel. 910 50 57 01
hilarion@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Leganés)
Avda. Doctor Martín-Vegué Jaudanes, 16
Tel. 911 75 03 33
leganes@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)
Villanueva, 24
Tel. 914 31 06 43
villanueva@amaseguros.com

RESUMENES DE SIMPOSIOS, MESAS DE DEBATE, CURSOS Y TALLERES

1. Novedades en Sexología Médica

Simposio de la Academia Internacional en Sexología Médica (AISM)

www.academiasexologia.org

La Academia Internacional de Sexología Médica es una Asociación científica y doctrinaria, sin fines lucrativos, que representa, a la Sexología Médica. Se ocupa en el ámbito de la Sexología, de la promoción, de la prevención, del tratamiento, de la rehabilitación y de la formación de pre y de postgrado, en estas áreas. Sus miembros son académicos de reconocido valor científico internacional. Este año se cumplen los 20 años de trayectoria Académica por lo que hemos decidido festejarlo con Simposio, Cursos, Conferencias y Acto conmemorativo en el marco del Congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual 2022.

El Simposio “Novedades en Sexología Médica” cuenta con las siguientes intervenciones:

1. Sexualidad y microbiota: ¿Que sabemos? Ac. Dra. F. Molero. España.
2. Dolor en la Relación Sexual - Formas de evaluar la Vulvodinea. Ac. Dra. S. Valente. Argentina.
3. Avances en la farmacoterapia del DSH en mujeres. Ac. Dr. F. Espitia. Colombia
4. Chemsex, trivaleros, sexo grupal. Ac. Dra. E. Sepúlveda. Chile.
5. Consejo Sexual y Decálogo para una buena dinámica de pareja. Ac. Dr. Froilán Sánchez. España.

Se transitarán temas novedosos para el profesional de la Sexología, como el estado de conocimiento actual de microbiota y funcionamiento sexual, estrategias de intervención para el dolor como síntomas en el ejercicio de la función sexual, transitaremos los avances farmacológicos en el tratamiento del deseo sexual hipoactivo en la mujer.

También abordaremos las nuevas sexualidades, el chemsex, sexo grupal y como brindar correcto consejo sexual y decálogo para una buena dinámica de pareja.

Les invitamos a participar del Simposio donde desde la mirada interdisciplinaria podremos avanzar en la frontera del conocimiento de temas tan emergentes en nuestra práctica clínica habitual.

2. Actualizaciones respecto a las Violencias Sexuales

Simposio de la Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS)

Moderadora: Molero Rodríguez Francisca

Autores/as: González Antón Guillermo, Honrubia Pérez Maria, García Rojas Antonio Daniel, Yáñez Otero, Ana.

Correo electrónico: franciscamolero@gmail.com

Resumen: Este Simposio se compone de tres intervenciones que reflejan los cambios y los nuevos retos con los que nos enfrentamos respecto a las violencias sexuales:

Moderadora: Dra. Francisca Molero Rodríguez

Consentimiento sexual afirmativo.

Ponente: Dr. Guillermo González Antón.

El consentimiento sexual perfecto no existe. Hemos de aceptar, por tanto, como objetivo, la mayor y mejor aproximación a un consentimiento sexual afirmativo que aleje de toda posible incertidumbre y duda a quienes protagonizan los encuentros eróticos y a quienes, dado el caso, deben observarlos objetivamente desde el sistema judicial, psicológico y/o social.

Desearía mucho equivocarme, pero, sinceramente creo, que legislar sobre la violencia sexual y las voluntades que entran en conflicto en estas interacciones íntimas y mayoritariamente privadas, puede llegar a generar una falsa seguridad de protección para las mujeres, víctimas mayoritarias de estas violencias (sin olvidar niñas, niños y personas con discapacidad intelectual). En el mejor de los casos solo podemos legislar sobre la voluntad de quien debe consentir y ello muy frecuentemente, desde posiciones desiguales y jerarquizadas relaciones de poder a favor de los victimarios frente a las víctimas

La exigencia a quien ha de consentir afirmativamente

de un conocimiento(autoconocimiento) tan preciso como estático e inamovible de sus deseos, solo es comparable a la ausencia de emocionalidad e incertidumbre en los deseos. La irrevocabilidad de estos deseos una vez manifestados e incluso desarrollados en otras ocasiones, puede limitar sin ninguna duda, la capacidad de autonomía de las mujeres que han de ser exquisitamente celosas con sus deseos para no ponerse en peligro.

Es preciso devolver a la mujer, si alguna vez la tuvo, la autonomía para manifestar sus deseos y su voluntad. A veces podrá desear y no consentir. O al contrario, consentir sin desear. Por su parte el hombre deberá aprender a cuestionar sus modelos de seducción y encuentros eróticos y, desde un plano igualitario, gestionar sus deseos sin erotizar la resistencia, sin considerarlos inaplazables y reconociendo y asumiendo, por fuerza de la razón y la ley, las violencias sexuales que se ejercen. Por fuerza de la razón, la educación y el respeto, también es necesario reconocer esas sutiles violencias que se emplean y que el patriarcado- y no pocas mujeres- no considera como tales violencias.

Lo legal y lo ético no siempre son conciliables

La doble discriminación por ser mujer con discapacidad

Ponente: Maria Honrubia Pérez

La sociedad actual, más inclusiva y sensible a la aceptación de la diversidad funcional que en otras épocas, gracias a la Convención de Derechos de las personas con discapacidad y a la Teoría Feminista, al integrar la perspectiva de género en el estudio de las personas con discapacidad, evidenciando las diferencias de trato, desigualdades, carencias y necesidades que tienen las mujeres y las niñas con una diversidad funcional, con la finalidad de la obtención de la igualdad social y de derechos, aunque no ha conseguido todavía, entrados ya en la segunda década del siglo XXI que sean visibles y estén erradicadas.

Objetivos

Exponer datos actualizados en referencia a las mujeres y niñas con discapacidad en el Estado Español

Evidenciar las violencias ejercidas sobre las mujeres y las niñas con discapacidad.

Visibilizar la doble discriminación de las mujeres y las niñas con discapacidad y las violencias sexuales y agresiones por su condición de mujeres y niñas.

Resultados

Según datos de la OMS y de CERMI mujeres, en España el 60% de los cuatro millones de personas con discapacidad, son mujeres.

La prevalencia de la violencia de género en cualquiera

de sus formas es más elevada entre las mujeres con una discapacidad acreditada igual o superior al 33 % que en las mujeres sin discapacidad.

De estas, el 21% están o estuvieron expuestas a violencia física o sexual de manos de sus parejas o exparejas, frente al 14% de mujeres sin discapacidad víctimas de esta forma de violencia.

Las mujeres con discapacidad acreditada han estado expuestas a violencia sexual fuera de la pareja en mayor proporción (10%), frente a mujeres sin discapacidad (6%).

El 5% de las mujeres con discapacidad han sido violadas por una persona distinta de su pareja o expareja frente al 2% de las mujeres sin discapacidad.

Conclusiones

Desde principios del siglo XXI ha habido acuerdos, normas y legislaciones con la finalidad de erradicar las violencias hacia las mujeres y niñas con discapacidad.

Queda pendiente visibilizar, desterrar prejuicios y en muchos casos dar respuesta a las demandas de las mujeres y niñas con discapacidad expuestas a las distintas violencias.

Son necesarios recursos sociosanitarios, policiales y jurídicos, así como protocolos específicos adaptados que tengan en cuenta sus necesidades.

Promover actitudes que fomenten la confianza de estas mujeres y la percepción empática hacia ellas a través de la formación e información de los/las profesionales que trabajan en el ámbito.

La violencia en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes: estado de la cuestión

Ponente: Antonio Daniel García Rojas

Objetivo: Realizar una revisión del estado actual de la investigación sobre la violencia en las relaciones de pareja, violencia en el noviazgo o dating violence.

Material y método: Análisis de investigaciones y programas de intervención.

Resultados y conclusiones: En la actualidad, la violencia en el noviazgo o dating violence, se reconoce como un problema social, lo que ha supuesto un avance en el estudio y diseño de programas de prevención e intervención sobre el fenómeno, ya que ha hecho que tanto desde la administración pública como desde el mundo académico esté recibiendo una nueva y fuerte atención, lo que se ha traducido en recientes investigaciones e intervenciones sobre la violencia en estas edades. A pesar de esta fuerte atención consideramos que las líneas de investigación de este problema se encuentran todavía en

sus inicios y es por lo que en este ponencia se realiza una revisión en la que se analizan las distintas definiciones y prevalencias del fenómeno, los tipos de violencia que se contemplan (agresión psicológica, física y sexual) en las investigaciones revisadas, así como los distintos factores de riesgo relativos a la persona que maltrata, a la víctima y a los contextos familiar y sociocultural donde se producen.

Sumisión química y violencia sexual: una propuesta preventiva y de intervención para su detección precoz y prevención

Ponente: Yáñez Otero, Ana.

Resumen: La sumisión química consiste en la administración de sustancias psicoactivas subrepticia a una persona, sin su consentimiento y sin su conocimiento, con el propósito de provocar alteraciones en su vigilancia, estado de conciencia y juicio, con fines delictivos. Los delitos contra la libertad sexual son los más frecuentes en esta práctica y, en su mayoría, las víctimas son mujeres, siendo las más vulnerables las más jóvenes o las personas con discapacidad que precisen de una especial protección.

Para ello se utilizan diversas sustancias (alcohol, cocaína, anfetaminas, benzodiacepinas, hipnóticos, estramonio, etc.) administradas por vía oral, entre otras formas. También se da la opción de que exista un consumo voluntario y el agresor se beneficie de esa situación (sumisión química oportunista o vulnerabilidad química).

En cuanto a las consecuencias más inmediatas, encontramos que los primeros síntomas son incapacidad para recordar los hechos, amnesia anterógrada, sedación, dificultad para moverse, alucinaciones, desorientación temporoespacial y desinhibición. Sin embargo, son más duraderas las secuelas psico-socio-sexuales que sufren las víctimas y de las que se hablará durante la ponencia.

Nos encontramos con escasos datos y estudios epidemiológicos en España, en gran parte debido a que hay víctimas que no denuncian por desconocimiento, dificultad para recordar lo ocurrido, dificultad para la detección de las sustancias en el organismo de las presuntas víctimas, o por el retraso o problemas en la ejecución de los actuales protocolos. Detectamos una falta de formación de los profesionales y de campañas de sensibilización, retraso en el diagnóstico provocando que no se detecten las sustancias, falta de análisis toxicológicos adecuados o no realizar pruebas por suponer que ha habido un consumo voluntario, sin olvidar, el estigma social de la víctima en este caso.

En las últimas décadas este fenómeno se ha incrementado notablemente, adquiriendo una gran relevancia y alarma social, justificando así la necesidad

de crear protocolos de actuación que permitan la rápida y correcta actuación y atención a las víctimas, de formar a profesionales e informar a la población.

Ofreceremos una propuesta preventiva y de intervención conforme a la reciente Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, que tipifica como agresión sexual esta práctica delictiva y como forma de violencia sexual, movilizand la asistencia multidisciplinar de calidad desde el primer momento a las víctimas, realizar el proceso de denuncia de forma adecuada y penar a quienes agreden con este tipo de prácticas.

3. Género y Diversidad

Simpósio de la Sociedad Argentina de Sexología y Educación Sexual (AASES)

Autoras: Capandegui Claudia, Del Sueldo Padilla Amelia, Marega Olga, Urbandt Patricia

Correo electrónico: olgamarega@gmail.com

Resumen:

Se respeta el trabajo individual de cada profesional participante del simposio. Títulos

1. Detección temprana de la patología anal-HPV en población transgénero.
2. Salud y derechos sexuales en el colectivo LGBTTIQ+ 25 años después.
3. Atención de la salud sexual centrada en la persona.
4. Redes sociales y género.

Objetivos:

1. Determinar la prevalencia de neoplasia intraepitelial anal en pacientes de alto riesgo.
2. Avanzar en la generación y cumplimiento de leyes y protocolos que inciden sobre la salud sexual.
3. Brindar un modelo de atención de la salud sexual centrada en la persona.
4. Evaluar el impacto de las redes sociales e internet (RSI) en el comportamiento sexual de adolescentes, adultos jóvenes, y diferencias en relación al género.

Material y métodos:

1. Estudios citológicos e histológicos de muestras anales. Papanicolaou (PAP), Anoscopia de alta resolución (AAR), toma de biopsias, estudio histopatológico.
2. Recopilación de leyes de los últimos 25 años que se relacionan con la salud sexual del colectivo LGBTTIQ+.

3. Principios y estrategias de la atención médica centrada en la persona.
4. Revisión bibliográfica internacional. Sexting, Sextorsión, Ciberbrooming, Ciberbullying, acoso y abuso sexual.

Resultados:

1. De un total de 75 pacientes, se encontró algún grado de patología relacionada con el HPV en el 38% de los casos.
2. El avance en materia jurídica para el colectivo LGBTTIQ+ en Argentina en estos últimos 25 años es manifiesto y significativo.
3. Las personas desarrollan perfiles sexuales únicos e irrepetibles, con significados y necesidades diversas e individuales que deberían ser respetadas.
4. La población adolescente y de adultos jóvenes por el desconocimiento de los riesgos es la más expuesta. Las personas no heterosexuales utilizan mas las redes. Con respecto al género hay mucha variación estadística según qué tipo de RSI utilicen.

Conclusiones:

1. La detección temprana de las lesiones intraepiteliales anales es importante para evitar la progresión a cáncer de ano. Como ginecólogos nos encontramos encargados de la prevención primaria y secundaria de nuestras/os pacientes.
2. Las personas LGBTTIQ+ tienen derecho a disfrutar de un estado pleno de salud, entendiendo que el mismo se ve afectado cuando el Estado incumple con las normas y reglas por las que se rige una sociedad.
3. El cuidado de la salud sexual se basa en una comprensión amplia de las dimensiones bio-psico-sociales-espirituales y ecológicas de las personas, respetando los derechos humanos y sexuales.
4. El riesgo al que se exponen los adolescentes por el uso indebido de RSI se debe a la escasa información que hay desde la familia, la escuela y los medios de comunicación.

Es fundamental trabajar en orientaciones preventivas con las familias y la institución educativa (ESI).

4. Miradas sobre el comportamiento de la pareja en sus diversos aspectos

Simposio de la Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana (SBRASH)

Autoras: Reis, Sheila; Portela, Yeda; Werner, Cristina; Mattedi, Marlon

La performance en el área clínica proporciona miradas sobre el comportamiento de la pareja en sus diversas facetas: en la fase de embarazo, en la convivencia ofensiva, en la reflexión sobre género y sexualidad, y en los trastornos sexuales promovidos por el acceso excesivo a sitios pornográficos. El objetivo de este simposio es presentar estudios recientes sobre parejas, comportamiento y relaciones. La sexualidad de la pareja embarazada: como en muchas otras situaciones de la vida matrimonial, el hombre y la mujer reaccionan de manera diferente a la actividad sexual en el embarazo. No existe un comportamiento típico para las parejas embarazadas, el único punto que parece ser común es que todos enfrentan a un aumento simultáneo del afecto y el miedo. Aún hoy en día, la maternidad y el sexo son dos situaciones que, para algunas parejas, no se combinan, e incluso pueden generar conflictos emocionales entre las parejas. Es una fase marcada por la expectativa de las grandes transformaciones de lo que está por venir. Con el tercer elemento que surge en la composición de la diada conyugal, se necesitan nuevas adaptaciones y ajustes, tanto en el sentido personal como en el interpersonal. Otra mirada importante se refiere a la violencia contra las mujeres en la conyugalidad. Hace poco más de un año, Brasil dio un paso importante hacia la ampliación y actualización de la política de combate a la violencia contra las mujeres, con el reconocimiento de la violencia psicológica contra las mujeres, que se entiende como cualquier conducta que cause daño emocional, y que perjudique su salud emocional y su libre determinación. Muchas conductas consideradas como nocivas son percibidas en la relación conyugal como conductas comunes de la relación, naturalizando la violencia. En este sentido, muchas violencias contra las mujeres se producen de forma sutil, silenciosa, lenta y difícil de identificar, y se entienden y disuelven en factores culturales, no relacionados con el concepto de violencia. El patriarcado y sus subproductos -machismo y misoginia, por ejemplo- reafirman la asimetría del poder en relación al género, con la imposición del hombre sobre las mujeres. El reconocimiento de la violencia se vuelve fundamental para que las mujeres puedan buscar ayuda y cambiar su rol, dentro y fuera de un contexto ofensivo. Con este fin, los Estudios de Género y Sexualidad se convierten en un mister hoy en día, debido a las numerosas violaciones sufridas por las mujeres, tanto en su cuerpo físico, territorio aún visto como posesión masculina; como en su psique, un espacio de individualidad invadido por la violencia psicológica y otros fenómenos descritos en la modernidad. Existe una necesidad urgente de promover políticas públicas que cubran la protección de las mujeres en estas dos áreas. La Sexología y los Estudios de Género tienen gran contribución a dar en el enfrentamiento de la

violência de gênero. Com los recientes cambios sociales, y aunque la pandemia ha "terminado", el acceso a los sitios pornográficos en todo el mundo ha alcanzado niveles que nunca lo tiñen, alimentando el coito centrismo sexual, las disfunciones sexuales y otros problemas. La Educación Sexual insertada en la Terapia Sexual puede eliminar varias disfunciones sexuales con el simple hecho de que guiamos, mostramos la realidad, la edición de imágenes y las tramas, utilizadas estratégicamente por la industria pornográfica. Este género de película, con objetivos específicos, alimenta una sexualidad diferente a la realidad y a la experiencia real, generando numerosas disfunciones.

5. Simposio de la Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica

Coordenadoras: Patrícia M. Pascoal y Joana Carvalho

Correo electrónico: patriciapascoalsexualhealth@gmail.com

Neste simposio pretendemos mostrar os trabalhos mais relevantes desenvolvidos no âmbito da investigação e formação da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica e que se agregam em dois eixos fundamentais: os estudos relacionados com o Dia Nacional da Saúde Sexual de 2021 (Resumo 1 e 2) e os de relevância clínica (Resumo 3 e 4)

RESUMO 1

Como podemos definir Saúde Sexual?

Autoras: Margarida Brazão e Patrícia M. Pascoal

As políticas de atuação na saúde sexual dependem das definições partilhadas nos consensos internacionais. Contudo, a utilização dos recursos pelas populações está diretamente ligada à percepção que as pessoas têm do que é a saúde sexual, podendo existir uma clivagem entre os recursos existentes e as necessidades populacionais, inviabilizando a promoção e intervenção ótima nesta área da saúde. Neste estudo qualitativo transversal desenvolvido online com 148 participantes com idades entre os 19 e os 75 anos a questão de investigação foi: "O que é saúde sexual?". As respostas foram analisadas através de uma análise temática de abordagem reflexiva tendo sido identificada uma visão multidimensional do conceito, constituída pelos seguintes temas: primado biológico; eu estou no comando!; não estou sozinho; e justiça sexual. Os resultados remetem para a cidadania da intimidade interrelacionada com a justiça social nas práticas de saúde. O nosso estudo salienta que a população

reconhece a saúde sexual como uma parte importante da saúde global. Há uma grande ênfase na vivência corporal da sexualidade (e.g., excitação, IST's, gravidez), contudo esta não é separada do contexto relacional em que esta experiência maioritariamente acontece, nem dos seus determinantes sociais. A saúde sexual é crucial para o bem-estar psicológico, físico, relacional e reflete políticas sociais, sendo, por isto, uma área de atuação por excelência para profissionais de diferentes áreas da psicologia (e.g., Saúde, Clínica, Social, Educacional) junto de diferentes segmentos populacionais.

RESUMO 2

Perceção Do Impacto Dos Meios De Comunicação E Informação Digitais Na Sexualidade: Estudo Exploratório Misto

Autoras: Joana Mestre, Patricia M. Pascoal e Ana Filipa Beato

Os Meios de Comunicação e Informação Digitais (MCID) são utilizados diariamente para múltiplos fins, inclusive para efeitos de acesso a informação institucional e para intervenções na área da saúde (e-health) como recomendado pela APA. Uma das áreas de maior preocupação entre os profissionais de saúde e de educação é a utilização do MCID no contexto da sexualidade e o impacto que esta utilização pode ter na saúde sexual ao longo do percurso de vida. No presente trabalho pretendeu-se descrever frequências de utilização dos MCID para efeitos ligados à sexualidade, como também explorar, recorrendo a uma metodologia qualitativa, a percepção que as pessoas têm sobre o impacto dos MCID na sexualidade, junto a uma amostra recolhida online de 167 participantes entre os 19 e os 75 anos que responderam

à seguinte questão de investigação: "Como podem os MCID ter impacto na sexualidade?". Analisaram-se as respostas seguindo os pressupostos da análise temática reflexiva de Braun & Clarke. Identificaram-se 3 temas: "Yes, it's sex, so what?", "I'm more vulnerable now!" e "Sexual expansion". Os temas identificados remetem para aspetos individuais, interpessoais e sociais. Este conhecimento permite perceber que os

MCID constituem um recurso indiscutível da área da saúde sexual, na linha do que acontece com outras dimensões da saúde, mas que viabiliza a exposição a contextos de agressão com impacto nefasto na saúde mental, especialmente de jovens. Os profissionais de Psicologia Clínica e da Saúde estão numa posição privilegiada para recorrer aos MCID para promover a saúde sexual, mas também para minimizar o

impacto negativo que estes podem ter na saúde.

RESUMO 3**Qualidade de Vida em Pessoas transgênero: revisão da Literatura**

Autoras: Sara Magano, Maria Maleitas, Graça Santos

Introdução: Há evidência crescente que os indivíduos transgênero têm QoL significativamente mais baixa que a população geral.

Objetivo: Sistematização da literatura sobre QoL da população transgênero em diferentes momentos do percurso terapêutico de transição e identificação de fatores protetores de QoL nesta população.

Metodologia: Revisão sistemática de acordo com as orientações PRISMA.

Resultados: De 371 artigos, foram selecionados 57. A população transgênero tem pior qualidade de vida que a população geral. A QoL em FtM é superior a MtF. Os indivíduos trans mais velhos têm uma QoL significativamente superior à de indivíduos mais novos. A percepção de apoio social e familiar é importante preditor de QoL na população trans. O uso de tratamento (hormonoterapia e cirurgia de afirmação de gênero) está associado a uma maior QoL independentemente da idade.

Conclusão: A idade avançada, apoio social e tratamento são fatores protetores de QoL na população transgênero.

RESUMO 4**Uma abordagem transdiagnóstica ao distress sexual e ao prazer: considerando o perfeccionismo, a preocupação e a distração cognitiva num modelo de mediação seriada.**

Autoras: Rui Ferreira-Carvalho, Patrícia M. Pascoal, Leonor P. Costa

O presente estudo pretende expandir o conhecimento sobre os correlatos do distress sexual e será focado em fatores transdiagnósticos bem estabelecidos, nomeadamente no perfeccionismo e nos processos cognitivos (preocupação), mas também nas contribuições de modelos cognitivos aplicados ao estudo da resposta sexual, distração cognitiva na resposta sexual.

Após receber a aprovação ética, usamos questionário online e um método tipo bola de neve para a coleta de dados e coletamos as respostas de 906 pessoas (mulheres = 534), com idade média de 32,89 anos (DP = 11,21). A maioria mantinha relacionamento monogâmico (71,5%), era heterossexual (69,2%) e tinha concluído um curso

superior (71,8%). Para testar as nossas hipóteses, foram efetuados dois modelos de mediação paralela serial, utilizando o PROCESS versão 3.5 para IBM SPSS Statistics. A identidade de gênero e a orientação sexual foram incluídas na análise como covariáveis.

Encontramos os efeitos indiretos dos modelos de mediação em série, primeiro por meio da preocupação e, em segundo lugar, por meio do corpo ($B = 0,06$, BootSE = 0,02, Boot CI 95% [0,03, 0,10]) e distração cognitiva de desempenho ($B = 0,08$, BootSE = 0,02, Boot CI 95% [0,05, 0,13]) foram significativos.

Os nossos resultados estão de acordo com outras pesquisas recentes neste campo e contribuem para estabelecer a relevância de uma abordagem transdiagnóstica do distress sexual.

6. Nuevas Ideas en Sexología**Simposio de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH)**

Autora: Claudia Derossi

Correo electrónico: contacto@psicologiaysexualidad.com

Introducción de la base teórica:

Poder generar un enlace entre la Sexología y la Psicología Profunda. Las miradas clínicas y teóricas que nos ofrece la Psicología profunda nos permiten involucrarnos y profundizar en el ser humano desde su más vulnerable período de dependencia hasta las herramientas fuertes o frágiles que ha podido desarrollar de acuerdo a su devenir en la infancia con sus seres queridos primarios. ¿Por qué el Psicoanálisis como valiosa herramienta? ¿Por qué la escucha psicoanalítica? porque las teorías del Apego? Serán los siguientes autores sobre los que fundamentaré el presente trabajo: Sigmund Freud, John Bowlby, Klein Melanie, Mahler, M. S, Winnicott, D.W. Rene Spitz, Wilfred Bion)

Propuesta:

Puede demostrarse que la actitud sexual no aparece como algo que viene definido en la estructura cromosómica del ser ni en las mismas gónadas, sino que se va estructurando como consecuencia de las experiencias vividas en la infancia. El cuidador principal actúa como un prototipo para las relaciones futuras, por lo tanto, estas vivencias, que configuran su historia también determinarán la conducta sexual del individuo tanto en lo afectivo, amar y ser amado, como en lo sexual, desear y ser deseado,

Comentario: Es importante la optimización profesional

en el campo de la Sexología, para ello propongo un enlace entre la Sexología y el Psicoanálisis y preguntarnos cuáles son nuestras dificultades y sobre qué escucha apuntalar la clínica.

¿Cuán profunda y activa es nuestra escucha? ¿Estamos dispuestos a correr los límites de nuestro discurso habitual? de nuestra zona de confort? y cuánto es nuestro autoconocimiento?

Preguntarnos esto tiene como objetivo mejorar la salud mental y sexual en todos sus aspectos y nuestra calidad como profesional consultado. Ya que no son sólo teóricos los límites que podemos tener sino también es relevante revisar nuestros límites personales. No conocerlos puede colocarnos en un lugar por demás omnipotente y soberbio, y por lo tanto de debilidad ética.

Sugerencia: los factores a tener en cuenta para Un enfoque Integrador de La Psicoterapia en Sexualidad que propongo son:

- La Integración de las teorías de la psicología profunda con técnicas modernas de la psicología de la conducta, adaptadas al paciente y la problemática presentada.
- Individualizar y conocer nuestros límites, nuestras fortalezas y debilidades. Pilares fundamentales para ejercer la profesión con ética y singularidad.

“Vínculos y disfunción sexual en el varón”

Coordinador: Adriel Hudson

Autoras: Viviana Caruso, Viviana Wapñarsky, Federico Rinaldi, Milena Mayer.

Correo electrónico: lic.viviana@hotmail.com

Resumen

Introducción: Abordar la salud sexual de las masculinidades continúa siendo un gran desafío, ya que los mitos, exigencias, las presiones, la vergüenza y los mandatos sobre esta temática continúan ocupando un gran lugar en la sociedad, siendo una de las mayores problemáticas el retardando en la consulta. Esto lleva a un oportuno deterioro en la emocionalidad de la persona que padece la dificultad, como muchas veces también, de su pareja.

Objetivo: Proponemos que abordar la disfunción sexual en las masculinidades debe realizarse siempre de manera multidimensional. Es decir que si la disfunción sexual incluye la dimensión vincular no podemos dejar afuera el vínculo, cuando este existe.

Marco teórico: La sobrevalorización de la sexualidad

coitocentrista, impacta y puede generar un deterioro consecuente en la vida de los pacientes, tanto en lo emocional, psicológico, vincular, social y médico que podría condicionar la capacidad para el cortejo, conquista, seducción, y los vínculos amorosos. La sexualidad es una conducta social por lo cual la inclusión de ambos miembros de la pareja en la terapia sexual requiere de método y arte. La evaluación y el adecuado acompañamiento de ambos es parte de la función de la sexología clínica. El compromiso con el abordaje integral incluye avances terapéuticos clínicos, farmacológicos, biológicos, tecnológicos y quirúrgicos complementarios

Método: Compartiremos los resultados de una encuesta realizada a terapeutas sexuales, donde se puede observar, las diferencias potenciales cuando en el tratamiento se puede trabajar con ambos integrantes, o cuando la pareja no se integra o no se compromete con la terapia o los consultantes realizan intervenciones autoinferidas sin compartirlas con los profesionales actuantes.

Conclusión: A lo largo de 4 charlas abordaremos de manera integral e interdisciplinaria la temática y concluimos confirmando la mejora en el abordaje de las disfunciones sexuales masculinas y en la salud integral de la pareja, cuando se toma en cuenta el vínculo.

1. El hombre sexualmente desorientado. Lic. Rinaldi
2. Somos mucho más que dos... Lic. Wapñarsky
3. La importancia de un tratamiento oportuno a tiempo Dra. Mayer
4. La influencia del vínculo en el pronóstico de tratamiento Lic. Caruso

7. Derechos sexuales, derechos feministas

Simposio de la Asociación de Especialistas en Sexología (AES)

Moderador: César Martínez Romero

Autores/as: Cobo Carmela, Bustamante Jose, Granados Zoraida, Cesar Martínez Romero

Correo electrónico: info@josebustamante.Org

- Título 1 ponencia: Mujer rural y sexualidad. La sexualidad como herramienta de empoderamiento.
- Título 2 ponencia: Nuevas masculinidades. La revolución sexual masculina desde el feminismo.
- Título 3 ponencia: TEA, diversidad sexual y de género, en femenino.

Resumen: Los derechos sexuales solo pueden serlo

si se entienden como derechos feministas. A través de los trabajos expuestos en el simposio, se exponen diferentes retos sociales a los que nos enfrentamos los especialistas en sexología, donde la perspectiva de género es fundamental.

La mujer en el mundo rural, las nuevas masculinidades y la sexualidad de las niñas y mujeres con TEA son los tres enfoques que hemos escogido para mostrar esta realidad. El Simposio cuenta además con la voluntad de facilitar el debate y reflexión en relación a esta temática.

8. Controversias del lenguaje inclusivo

Simposio del Comité de Nomenclatura Sexológica de FLASSES

Coordinadora: Raquel Simone Varaschin

Autor/es: Cristina Tania Fridman, Guillermo González Antón, Olga Beatriz Marega, Ralmer Nochimowski Rigoletto, Raquel Simone Varaschin

Correo electrónico: raquel_varaschin@hotmail.com

Este Comité trabaja en el campo de la nomenclatura sensible a los cambios que presentan nuevos paradigmas y cosmovisiones.

La sexología conlleva múltiples dimensiones. Este trabajo examina los supuestos socio- políticos, contextuales, históricos y epistemológicos, que subyacen a las diferentes posturas en torno del tema del sexismo lingüístico. La dicotomía lengua / habla; la independencia vs. condicionamiento de la lengua con respecto a la realidad, prácticas del feminismo, lógicas no binarias, instrumentaciones políticas, género gramatical y género como constructo socio cultural y utilización en poblaciones no académicas y otras.

La metodología comprende investigación bibliográfica, entrevistas dirigidas, cuestionario cuali-cuantitativo, análisis de redes, y otros sondeos de interés.

El debate en -Argentina, Brasil y España- sobre el uso del lenguaje inclusivo/no sexista se ha visto incrementado en los últimos años, incluso con tintes beligerantes entre las sociedades civiles y las academias de lenguas española y brasileña.

Este estudio cuali-cuantitativo pretende analizar las actitudes de los profesionales de la Sexología en diferentes campos y con distintos grados de especialización, así como también, estudiantes y profesionales de otras disciplinas ajenas a la sexología, pero vinculados con la temática, ante este lenguaje y el debate público sobre su uso.

Los resultados del mismo se presentan durante el presente Congreso sirviendo para ilustrar variadas

categorías de argumentos esgrimidos en pro y en contra de su utilización y contribuir a suscitar la reflexión individual y colectiva, explicitar opiniones y puntos de vista propios versus institucionales, y transparentar el grado de identificación con informaciones derivadas en el propio campo de estudio de la sexualidad.

Poder referenciar otras lenguas y formas de comunicación diferenciales (v.gr.: sueco, alemán, español, hebreo, portugués, dialectos, lenguas de señas) así como el campo de las ideologías lingüísticas propicia mayor elasticidad al caso de la profesión en el ejercicio educativo, de investigación y clínico de la sexología de “lo políticamente correcto a lo intrínsecamente elegido”.

Se incluye referencias a la creación literaria, impresión de libros, traducción, y software y app de programaciones web sobre estilos.

La relación oscilante con la lengua, cuando la dominamos y cuando nos gobierna. O pensar que la lengua no es aséptica, pudiendo ser un hecho de vanguardias y no de masas. EL uso voluntario y el obligatorio; el juego que ambos usos colisionan o se unen en pos de derechos sexuales. De allí, la invitación a posteriori a un estudio amplio geográficamente y profundo epistémicamente.

9. Ideología de Género: ¿Deconstrucción de la sexualidad integral?

Simposio de la Sociedad Venezolana de Sexología

Moderador: Gerardo Giménez Ramírez

Autores: Ender Boscán Salas, Fernando Torres Álvarez, Gustavo Torres Brito

Toda ideología se define como un conjunto de ideas, creencias o principios a través de los cuales se analiza la realidad para poder intervenir sobre ella y transformarla en beneficio de las propias ideas y un programa de acción en el que se asienta el ideal que se persigue. La ideología de género (IDG) busca cambiar el concepto de naturaleza humana o la inversión de la primacía al sexo por encima del género y que este último sea el que permita construir la sexualidad del individuo. El cuestionamiento que plantea de las categorías fundamentales científicas, teóricas y metodológicas le convierte en un problema que afecta al mundo.

Como profesionales de la sexología, teniendo un basamento científico basado en el desarrollo sexual humano –haciendo hincapié en la fase de expresión- proponemos el desmontaje de la IDG desde el punto de vista científico en función a la sexualidad integral del individuo, recordando que esta se define como “cualidad innata del ser humano que le permite construirse y constituirse biopsicosocialmente como ser sexual único

e irrepetible, presente desde su concepción y a través de las diferentes edades, involucrando lo anatómico, fisiológico, psíquico, cultural, social y ambiental”. Se deben organizar consensos para definir conceptos y postulados para manejo internacional y ser aplicados a nivel mundial y proveer salud sexual, así como su planeamiento a los organismos mundiales de salud.

La fase de expresión es la etapa final del desarrollo del sexo. Inicia con el nacimiento y culmina en su muerte. Está determinada por la interacción de su fisiología con la sociocultura. Durante la vida, cada persona se expresa de acuerdo a su sexo, su identidad sexual, su identidad de género y su orientación sexual, componentes que se conjugan para resultar en múltiples combinaciones que resultan en el patrón fenotípico de expresión sexualidad. Este proceso, espontáneo y natural, no puede ser interferido por políticas e ideologías.

Recomendamos:

- Educación sexual adaptada a los diferentes grupos etarios y al rol humano que se desempeñe (padres, hijos, estudiantes, docentes, profesionales de la salud mental, voceros comunales).
- No considerar la IDG como baluarte del ser humano pues carece de sustento desde el punto de vista científico y sexológico.
- Pronunciamento y fijación de posición de la sexología como ciencia ante la IDG.

Difundir información sobre este tema a través de eventos regionales, nacionales, continentales e internacionales.

10. Adaptación del Inventario de Sexismo Ambivalente en profesionales que atienden en el área de la salud sexual

Simposio de la Asociación Peruana de Sexología, Salud y Educación Sexual (APSES)

Autores/as: Alvarado Lyzzeth, Santa Cruz Alonso, Palomino Joel, Hidalgo Violeta

Correo electrónico: obstetra.lyzzethalvarado@gmail.com

Resumen:

Título: Adaptación del Inventario de Sexismo Ambivalente en profesionales que atienden en el área de la salud sexual

Objetivos:

Adaptar el Inventario de Sexismo Ambivalente elaborado por Glick (1997) en profesionales que atienden a la población peruana en el área de la salud sexual. Revisar

los resultados obtenidos en el estudio para continuar con un estudio más amplio. Aportar en los conocimientos que se tienen sobre sexismo en profesionales que atienden la salud sexual.

Materiales y Métodos: Investigación no experimental, cuantitativa, de corte transversal, con un muestreo no probabilístico, recolectado por bola de nieve, considerando un total de 535 profesionales de ambos sexos; entre los que tenemos: médicos, obstetras y psicólogos.

Resultados: Los resultados del Análisis Factorial Confirmatorio evidenciaron que hay un ajuste adecuado al modelo bifactorial, de Sexismo Hostil y Sexismo Benévolo con un RMSEA=0.05; CFI=0.918; TLI=0.909 con una confiabilidad de omega superior a 0.7. Con lo que se confirmaría la utilidad de aplicar del instrumento “Inventario de Sexismo Ambivalente” en profesionales que atienden la salud sexual

Conclusiones: El Inventario de Sexismo Ambivalente (Glick, 1997) es útil y adecuado para medir el nivel de sexismo en profesionales peruanos que atienden en el área de la salud sexual. Realizar un estudio a fondo utilizando el instrumento validado, nos permitirá reflexionar sobre la realidad del profesional que atiende la salud sexual y la importancia de conocerla para determinar acciones y/o intervenciones que mejoren dicha realidad.

11. La Respuesta Sexual de Hombres: Resultados de la Encuesta sobre Función Sexual en una muestra de Hombres Paraguayos

Simposio de Educación, Clínica e Investigación en Sexualidad (ECIS) de Paraguay

Autores: Gonzalez Galeano, Ariel; Appleyard Biscotti, Maria Rosa; Parodi, Greycy; Flores Vargas, Carola

Correo electrónico: ariel@ecisweb.com - info@ecisweb.com

Resumen

ECIS - Educación, Clínica e Investigación en Sexualidad ha desarrollado varias investigaciones a lo largo de su existencia; durante el 2022 ha generado una encuesta dirigida a hombres. El objetivo de la investigación fue conocer la respuesta sexual de hombres paraguayos. La herramienta utilizada fue el Índice Internacional de la Función Erectil, en formato de encuesta virtual mediante la plataforma de google forms. Participaron de la encuesta 123 hombres. El 38,2% en edad de 30 a 39

años y el 23,6% de 40 a 49 años. El 77,2% de Orientación Heterosexual, el porcentaje restante en orientaciones homosexual, bisexual, asexual y demisexual. El 51,2% del Departamento Central de Paraguay. El 94,3% menciona ser activo sexualmente. El 73,2% logra una erección siempre o casi siempre, sin embargo, el 59,3% logra desarrollar una penetración. El 36,6% menciona algún nivel de dificultad para mantener la erección. El 27,6% menciona algún nivel de insatisfacción sexual. El 100% menciona tener deseo sexual, al menos en algunos momentos. Solo el 2,4% califica su deseo sexual de “muy bajo o nulo”. El 35,7% menciona algún nivel de insatisfacción sexual con su pareja. Se puede inferir a través de los resultados, que la respuesta sexual de los hombres de la muestra no se ve tan afectada en cuando al deseo sexual; sin embargo, en cuanto a la consecución del acto sexual penetrativo, satisfacción propia y con la pareja, si se presentarían desafíos para los integrantes de la muestra. La creación de más estrategias que acerquen a sexólogos con pacientes hombres debe ser también un punto importante en la agenda de la Sexología.

12. La soberanía del placer femenino: la lucha contra los enemigos orgánicos, psicológicos y culturales

Simposio de la Federeación Sexológica de Argentina (FESEA)

Coordinadora: Elizabeth Schulz

Autores/as: Mirta Granero, Daniel Castellarín, Javier Lola, Elizabeth Schulz

Correo electrónico: infofesea@gmail.com

Resumen

El presente simposio trata sobre la mujer y las vicisitudes que ha tenido que atravesar a lo largo de los años, para poder derribar y seguir derribando todos los impedimentos orgánicos, psicológicos y socioculturales que la han privado de vivir durante siglos la soberanía de su placer sexual.

Que las mujeres puedan ser ellas mismas sin temores ni tabúes tuvo un alto costo. Sangrar libremente o ser climatéricas y postmenopáusicas han sido de esos temas de los que las mujeres no podían hablar con libertad, puesto que las ponían en riesgo de ser consideradas incorrectas y desubicadas.

Las mujeres han sido muchas veces objetos de burlas y de dichos naturalizados, como, por ejemplo, “¿Estás con la regla, por eso estás llorona?” “¡Estas menopáusica y con los calores!” “¿Vas al baño a cada rato ¿se te rompió el cuerito?” “¿Sos buena en la cama?” y la lista podría

seguir. El síndrome premenstrual ha sido considerado una enfermedad y ha desacreditado su acción social.

Esto, sumado a la falta de acceso a información adecuada, llevo a muchas mujeres a vivir ignorando el valor de lo sagrado femenino y los cuidados que sus cuerpos necesitan para conservar la buena salud física, mental y espiritual.

También el exceso de información ha generado nuevos enemigos del placer femenino, porque surgen nuevas exigencias y con ellas consecuencias en salud sexual.

Por esta razón y considerando que el trabajo de los profesionales de la sexología y la educación sexual, requiere en forma permanente de actualizaciones e investigaciones, se ha encontrado valioso compartir información acerca de las nuevas formas de abordar temas tales como la menstruación, el climaterio, la cistitis intersticial y la sexualidad consciente, porque las mujeres siguen en la lucha por recuperar la soberanía de su placer y nosotros desde nuestra profesión tenemos que acompañar esta lucha.

13. Situaciones sexuales especiales en la menopausia y andropausia

Comisión de sexualidad humana de la AAMA (Asociación Argentina de Menopausia y Andropausia), socio adherente de FESEA, (Federación Sexológica Argentina)

Subtemas

"Abordaje de la sexualidad post-cáncer"

"Discapacidad adquirida y formas de abordaje de una sexualidad que no termina"

"Nuevas modalidades de parejas atravesadas por la tecnología"

Autores/as: María Florencia Echevarría Avellaneda, Silvina Arcari, Sandra Brunacci, Andrea Loza

Correo electrónico: sandr brunacci@gmail.com

14. Sexualidad y curso de vida

Simposio de la Sociedad Uruguaya de Sexología

Coordinadora: Patricia Pivel

Autoras: Vanesa Martínez y Lizet Tabeira

Correo electrónico: ppivel@yahoo.com

El presente simposio propone una reflexión teórica y un acercamiento al abordaje de la sexualidad en el desarrollo evolutivo.

Comenzando con la ESI (Educación Sexual Integral) como herramienta para garantizar trayectorias educativas. En Uruguay la ESI en la educación media está incorporada en el ámbito formal desde el año 2007. La propuesta pedagógica es desde la transversalidad de las asignaturas a cargo del docente Referente de Educación sexual y desde un marco conceptual con perspectiva de derechos, género y diversidad.

El abordaje de esta temática desde estas miradas permite que situaciones de vulnerabilidad emerjan, se socialicen, se denuncien o se acompañen desde distintos frentes evitando el alejamiento de las aulas y garantizando el derecho a la educación como factor protector.

La situación de pandemia por Covid 21 fue un claro ejemplo, donde pese a no estar físicamente en las aulas, distintas estrategias permitieron que la ESI garantizara ese derecho.

Seguido del estudio acerca de cómo aparecen y se mantienen los problemas de pareja, para así evitarlos y resolverlos. Considerando las áreas donde se producen los conflictos, y sus consecuencias. Sabiendo que los conflictos cotidianos pueden llevar a la separación, y que se asocian al predominio de interacciones negativas. Por lo tanto, es importante aumentar las conductas positivas y mejorar la resolución de problemas la comunicación, y la intimidad. Teniendo en cuenta que los modos de vincularnos están cambiando. Derribando expectativas falsas sobre la pareja.

Por último, se realiza un recorrido conceptual y vivencial acerca de la vejez y el proceso de envejecimiento. Teniendo en cuenta los prejuicios, significaciones y creencias que se mantienen sobre la sexualidad de las personas mayores. Trabajando aspectos como la identidad y el cuerpo.

15. ¡Quemad al monstruo! El ataque a lo diferente desde la normatividad sexual y los cuidados como estrategia de respuesta

Simposio de la Red Española de Iniciativas en Sexología (REIS)

Moderador: Aritz Resines Ruiz

Autores: Mel Constain, Rafael Torregrosa Rodríguez, Ignasi Puig Rodas

Correo electrónico: info@reisex.com

Resumen: ajustado a las normas del reglamento de trabajos para cada tipo de modalidad y que contenga los apartados correspondientes: título, objetivos, material y método, resultados, conclusiones etc.

Mesa simposio con contribución de tres ponentes que expondrán desde la experiencia profesional y personal las realidades de diferentes disidencias sexuales y afectivas y/o sexualidades no-normativas. Entre ellas se destacan las identidades enebé/no-binaries, orientaciones que se apartan de lo alo-heterosexual, prácticas más allá del coitocentrismo y modelos afectivos no hegemónicos y/o no-monógamos.

El objetivo del presente simposio es acercar a les profesionales de la sexología una realidad interseccional que demasiado a menudo queda oculta incluso desde la perspectiva de la diversidad sexual (centrada en sólo una parte de ésta y viéndola descontextualizada de su realidad social compleja que trasciende lo exclusivamente sexual) y plantear estrategias de responsabilización y acción personales, profesionales y conjuntas.

Al ser este un simposio informativo de una realidad no está vinculado a una investigación ni proyecto concreto, por lo que no se puede definir un método de trabajo ni unos materiales. Sí que habrá una metodología de actuación durante el mismo simposio, participativa y colaborativa, mediante dinámicas y debates. Las conclusiones serán producidas in situ desde la elaboración colectiva.

Por tanto, se dará un peso importante al intercambio de ideas grupal, más allá la transmisión unidireccional. Se debatirá sobre (a) qué supone estar fuera de la normal, en las periferias o la disidencia, (b) las dinámicas de violencia, poder y discriminaciones encarnadas, (c) las estrategias de resistencia, cuidados y creación de espacios propios, así como (d) el papel que tiene la sexología en perpetuar, combatir o transformar la estigmatización de las sexualidades no-normativas.

16. Novedades en evaluación y variables clínicas implicadas en el uso de problemático de pornografía.

Autores/as: Villena-Moya, Alejandro, Mestre-Bach, Gemma y Chiclana, C.

Alejandro Villena y Gemma Mestre: Universidad Internacional de la Rioja (UNIR). La Rioja, España.

Alejandro Villena: Unidad Sexología Clínica. Consulta Dr. Carlos Chiclana. Madrid-Sevilla, España.

Carlos Chiclana: Universidad San Pablo CEU

alejandrovillena@doctorcarloschiclana.com

Introducción: investigaciones recientes ponen de manifiesto la necesidad de atender el Uso Problemático de Pornografía (UPP) en población adolescente. En población hispano hablante los datos son escasos y limitados respecto al consumo en adolescentes y además

no contamos con ningún instrumento psicométrico con validez estadística para establecer un punto de corte entre el uso y el uso problemático de los mismos. Existen diferentes variables clínicas asociadas al uso de pornografía como la soledad, las conductas sexuales de riesgo, la religiosidad y otras variables sociodemográficas que siguen siendo objeto de estudio y debate actual.

Objetivos: el objetivo de este estudio será presentar la validación española de la escala Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS) en población adolescente hispanohablante. Además este estudio pretende profundizar en las variables clínicas implicadas en el uso problemático de pornografía (UPP) en adolescentes y realizar un análisis Cross-Cultural de las diferencias entre la población mexicana y española de 12-18 años.

Material y Método: se diseñó un protocolo de evaluación que incluía: variables sociodemográficas, la PPCS, medidas en relación al consumo de pornografía, la escala UCLA de Soledad, conductas sexuales de riesgo (alcohol/drogas y no uso del preservativo) y nivel de religiosidad. Se contó con un total de 1810 participantes de México y España que cumplieron el protocolo de forma online.

Resultados: se obtuvo una fiabilidad adecuada de la PPCS tanto en su versión larga (18 ítems) como en su versión abreviada (6 ítems), se presentan además diferentes escalas que pueden ser utilizadas para el UPP en adolescentes. Se observan diferencias significativas en las diferentes muestras (mexicana y española), se discuten en el simposio los resultados en relación con las variables culturales implicadas. Se asocia el UPP a mayores niveles de conductas sexuales de riesgo.

Conclusiones: la escala PPCS-18 y PPCS-6 son instrumentos que pueden ser utilizados para medir el UPP de adolescentes hispanohablantes. Existen diferentes variables clínicas y socio-culturales a tener en cuenta en el tratamiento de la UPP.

17. Cuando la vulva grita: Liquen esclero atrófico vulvar

Solapav (sociedad latinoamericana de patología vulvo vaginal)

Coordinadora: Analía Blanco

Autores/as: Valente, Silvina; Gómez Cherey, Facundo; Maldonado, Verónica; Blanco, Analía

1. ¿Qué es el liquen escleroso? Dr. Facundo Gómez Cherey
2. Nuevos tratamientos para el liquen escleroso. Dra. Verónica Maldonado
3. Impacto sexual en la paciente con liquen escleroso. Dra. Silvina Valente

analiablanc@gmail.com

Resumen

¿Qué es el liquen escleroso?

El liquen escleroso (LE) es una enfermedad crónica de la piel que afecta principalmente la piel de la zona genital. Generalmente inicia en edades cercanas a la menopausia. Tiene una incidencia de 1:1000 mujeres, mucho más frecuente de lo que uno pensaría, afectando a un gran número de mujeres.

A pesar de su incidencia muchas veces no es diagnosticado por los profesionales de la salud, incluso puede ser subestimado e interpretado como atrofia debido a la menopausia.

La causa del LE es desconocida. Puede asociarse en algunos pacientes con enfermedades autoinmunes tales como desórdenes tiroideos o vitíligo. El LE no es infeccioso y no contagia.

La picazón es el síntoma más común. Algunas personas sienten dolor y ardor especialmente al mantener relaciones sexuales. Pequeñas grietas en la piel y úlceras pueden ocurrir como resultado del rascado y estas pueden arder.

La piel se palidece y luce blanquecina. Puede haber cicatrización que genere pérdida de tejido vulvar (por ejemplo, borramiento de los labios menores) o estrechamiento del introito vaginal, que puede generar dolor e interferir con las relaciones sexuales.

Nuevos tratamientos para el liquen escleroso

No existe cura definitiva para el LE, pero los síntomas pueden ser muy bien tratados. El aspecto de la piel de la vulva habitualmente puede ser mejorado, pero si hay mucho tejido cicatrizal, estos cambios quizás no puedan ser revertidos.

Se encuentran en estudio opciones de tratamiento de segunda línea, todos con el objetivo de mejorar el confort de las pacientes que lo padecen, teniendo en cuenta que es una patología de curso crónico. Se debe hacer un abordaje multidisciplinario el médico ginecólogo, sexólogo y muchas veces psicólogos. Es muy importante el diagnóstico precoz de la patología para evitar la mayor afectación del área genital

Impacto sexual en la paciente con liquen escleroso

A pesar de que no puede ser transmitido a una pareja sexual, debido a los cambios anatómicos que genera

a nivel genital tiene un gran impacto en la esfera psicosexual de las personas

Los cambios anatómicos del LE puede generar lesiones a nivel vulvar, y dolor en las relaciones sexuales. También se genera un adelgazamiento de los tejidos lo que puede afectar la lubricación genital.

Todos estos cambios generan un gran discomfort y predisponen a las pacientes a presentar varias disfunciones sexuales.

18. Intervención psicoeducativa en medio penitenciario a personas condenadas por delitos sexuales

Universidad de Caldas- Manizales- Colombia

Autores/as: Adriana Arcila Rivera, Felipe Estrada Velásquez, Felipe garzón Farah

Correo electrónico: Adriana.arcila@ucaldas.edu.co

Resumen:

La delincuencia sexual suscita aversión y rechazo social especialmente cuando se trata del abuso sexual de niñas o la violación de mujeres, sin embargo, las propuestas de la sociedad frente a este fenómeno son ineficaces, y en ocasiones peores que el suceso, generando revictimización, destrucción de familias, falsas denuncias, castigos desproporcionados. Desde la academia es preciso propuestas educativas y terapéuticas más que punitivas.

Se ha documentado que vivencias sexuales traumáticas en la infancia o la adolescencia pueden contribuir a una futura implicación en conductas de agresión sexual. Muchos delincuentes sexuales en sus infancias tuvieron experiencias sexuales variadas, atípicas y traumáticas, como utilización de pornografía con imágenes violentas o de sexo con menores. Estas vivencias pudieron alentar un interés sexual desviado y dificultar la adquisición de inhibiciones necesarias para evitar conductas sexuales ilícitas.

Varones que en la pubertad y la adolescencia sufrieron experiencias traumáticas de abandono familiar, rechazo afectivo o victimización sexual muestran baja autoestima, capacidad de comunicación y habilidades interpersonales. Estilos parentales negligentes, incongruencia educativa o desvinculación emocional, pueden incrementar la vulnerabilidad de los adolescentes para adquirir repertorios sexuales desviados.

El tratamiento no elimina el crimen sexual, pero disminuye el número de ofensas y protege potenciales

víctimas. Se informan porcentajes de reducción en reincidencias, varios metanálisis que evalúan programas de tratamiento muestran reducción significativa de la reincidencia.

La metodología utilizada para el tratamiento de las personas privadas de la libertad se basa en el modelo de Marshall y Barbaree 1989. Contempla 2 fases, inicial de participación voluntaria (evaluación), e intervención en programa de acción (tratamiento). Contiene módulos que trabajan: prevención de recaídas, mecanismos de defensa, empatía hacia la víctima, distorsiones cognitivas, educación sexual, estilo de vida positivo y modificación del impulso sexual

La experiencia referente al programa psicoeducativo y psicoterapéutico desarrollado en un grupo de hombres condenados por delitos sexuales recluidos en la cárcel La Blanca, de Manizales, Colombia. Más allá de las dudas técnicas, había expectativa frente al trabajo y resultado, emociones variadas ante la novedad de la experiencia, convicción en la importancia y la necesidad social de invertir tiempo, talento humano y recursos económicos, en un programa que busca a través de la educación sexual, el conocimiento profundo de los casos, la interacción y psicoterapia, se logre el objetivo de resocializar y disminuir la reincidencia de conductas sexuales delictivas.

19. Recomendaciones y orientaciones técnicas para el abordaje de la sexualidad en adolescentes que viven con VIH

Universidad de Chile, Facultad de Medicina

Autores/as: Vergês Valeska, Chávez Ana, Pacheco Paola, González Carolina.

Correo electrónico: vvvergesh@gmail.com

Resumen:

Introducción

Como resultado de una investigación cualitativa realizada en Chile durante 2016 a 2018 sobre "Percepciones, creencias y experiencias en sexualidad de los adolescentes que viven con VIH vertical de la región Metropolitana y Quinta región" (Vergês & col, Rev. Chilena Infectología. 2019) se pesquisó falta de conocimiento y profundización sobre temas como sexualidad, de su condición de vivir con VIH y en la temática de derechos sexuales y reproductivos, dejando descubierta la falta de educación en estas áreas.

La adecuada educación sexual en el grupo de

adolescentes que viven con VIH debe considerar la entrega de conocimientos referentes a su patología, fomento del autocuidado y la entrega de herramientas que le permitan disfrutar su sexualidad. En el caso de la prevención de embarazo, la educación sexual permite buscar el momento adecuado para ser padres o madres, disminuyendo al máximo el riesgo de transmisión vertical.

Propuesta

Como insumo de la investigación se obtiene una guía de “Recomendaciones y orientaciones técnicas para el abordaje de la sexualidad en adolescentes que viven con VIH”

Este instrumento contribuye a que los profesionales de la salud puedan abordar la temática de sexualidad de manera clara y efectiva, con un enfoque dirigido a este grupo, para otorgar conocimientos a los adolescentes que les permitan acceder a una sexualidad sana, libre de mitos y prejuicios.

Un valor agregado a este documento es que los temas que se plantean surgieron de las necesidades referidas por los participantes de la investigación quienes manifestaron también la necesidad de espacios de consejería individual y talleres, que les permitan conocer a otros adolescentes con su misma condición.

Comentarios

El propósito de estas recomendaciones, a partir de los resultados del Proyecto FONIS “Percepciones, creencias y experiencias en sexualidad de los y las adolescentes que viven con VIH de transmisión vertical de los hospitales de la región Metropolitana y Quinta región” en Chile, es contribuir con una guía de temas importantes a tratar con estos adolescentes de manera empática e inclusiva, que les permita no solo tener acceso a mejor información, sino también promover una actitud y convicciones para expresar la sexualidad de manera sana y responsable dentro del contexto de autocuidado y basado en los derechos sexuales y reproductivos.

20. Las representaciones del placer, la masturbación y la relación con el cuerpo en libros álbum infantiles relacionados con la sexualidad

Fundación Sexpol

Autora: Cabrera Soto, Belén

Correo electrónico: bbcabrera.soto@gmail.com

Objetivo: Analizar las representaciones del placer, la masturbación y la relación con el cuerpo en libros álbum infantiles relacionados con la sexualidad, desde una perspectiva educativa feminista.

Metodología: Se analizan 9 libros álbum infantiles asociados a la temática y en español. El análisis se centra en el nivel textual, para luego observar las representaciones pragmáticas que se traducen en los dispositivos utilizados en los textos. Se usa la noción de que los libros son representaciones de prácticas sociales y se buscan las recontextualizaciones de la educación sexual presentes en ellos. Se presta atención al modo visual y al modo escrito y se aborda la metafunción representacional. Es decir, se enfoca a la forma en que texto e ilustraciones representan procesos, circunstancias y procesos que conllevan unas representaciones de la sexualidad, la infancia, el placer, la masturbación, la relación con el cuerpo y la educación sexual.

Resultados: Se identifican seis tendencias sobre las representaciones en los libros álbum analizados: (1) La transmisión de un doble estándar sexual 2.0, pues la mayoría de ellos tienen como personajes y protagonistas a niñas y apuntan a la necesidad de cuidarse y protegerse cuando hablan de sexualidad; (2) Una tradición de representar la sexualidad y el género a partir de un binarismo cis-sexuado y estereotipado; (3) Una sexualidad del NO, asociada a mandatos de auto-protección, énfasis en lo que no se debe hacer y advertencias sobre los peligros y amenazas; (4) Representación de la infancia como inocente y obediente, asociada a evitar una posible corrupción, lo que se refuerza a través de recursos lingüísticos como el modo imperativo; (5) La representación del placer corporal y la masturbación, a veces en proximidad con la prevención y el establecimiento de normas para ello, así como con explicaciones anatómicas; y (6) La predominancia de una pseudo-literatura moralizante y didactista y la aparición de algunos ejemplos o fragmentos que avanzan hacia una estética literaria, con el foco en el goce lector.

Conclusiones: El placer se encuentra subrepresentado en relación al peligro, la biología, los tabúes y la edulcoración de la sexualidad infantil. Suele presentarse una literatura infantil que busca enseñar algo y que se aleja de sus propósitos y recursos estéticos y poéticos. Desde una pedagogía feminista queer, decolonial y prosexo, se proponen miradas que inviten a cuestionar lo establecido, reivindicar el placer y diversificar las representaciones de las sexualidades para las infancias.

21. La promoción de la salud sexual desde un Enfoque Holístico de la Salud y la Enfermedad (Enfoque Gestalt de la Dra. Adriana Schnake).

AESYS – Asociación de Educación Sexual y Sexología.

Autor: Andrek, Federico Martín.

Correo electrónico: federico.andrek@gmail.com

Resumen

Introducción de la base teórica:

Se propone un acercamiento al enfoque Gestalt desde una mirada particular: encontrarnos, a lo largo de su recorrido, con el cuerpo que somos. Es decir, una oportunidad para escucharnos y experimentarnos, no sólo desde lo que nos agrada de nosotras mismas, sino también desde aquellas características rechazables o que identificamos como ajenas, y poder integrarlas así, a la unidad que somos. Este es el significado de salud para este enfoque.

Por un lado, se parte de las ideas socialmente compartidas y avaladas por el discurso médico acerca de que la enfermedad es considerada como enemiga, como aquella que viene a interrumpir un proceso natural; que termina con el bienestar del organismo y se hace presente la mayoría de las veces en nuestro cuerpo.

Por otro lado, al posicionarse desde los aportes de Schnake (2015), quien propone mirar a la enfermedad como una verdadera mensajera de la salud, se propone en este trabajo, favorecer una experiencia vivencial de encuentro y de diálogo con nuestro cuerpo, confiando en la inteligencia del mismo, en la autorregulación del organismo.

La sexualidad es una parte más de ese todo que compone nuestro yo soy.

Va a decir Marina, en su libro El rompecabezas de la sexualidad, “sobre un humilde hecho biológico – el sexo – hemos construido un gigantesco mundo simbólico – la sexualidad –.

Este universo está conformado por mi cuerpo, por mis emociones, mis pensamientos y mis acciones. La sexualidad es una forma de comunicación con nuestro propio yo y un encuentro con el otro. El amor, el afecto y la intimidad sexual son parte de este lenguaje y juegan un papel importante en las relaciones saludables. De esta buena comunicación depende que nos sintamos satisfechos o no con nuestra esencia de quiénes somos.

La salud sexual, desde este enfoque, nos lleva a hablar de la vivencia positiva de nuestra sexualidad.

Propuesta: El presente trabajo tiene por objetivo presentar un modelo de aprendizaje del cuerpo basado en la fisiología vivenciada, posibilitando alternativas de

acción educativas en el campo de la promoción de la salud sexual.

Comentario:

Es urgente presentar distintos dispositivos que promuevan y garanticen los derechos sexuales en la población en general, para vivir una sexualidad sana, placentera, segura y responsable.

Sugerencias/Recomendación: Se trata de un enfoque innovador que permite aplicaciones y dispositivos amenos para la incorporación, al menos, en la manera de vernos y ver a las personas.

22. Los gobiernos locales como promotores de salud sexual, salud mental y salud comunitaria. Municipalidad de San Carlos. Costa Rica

Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica; Universidad Nacional de Costa Rica.

Autora: Murillo Gamboa, Margarita.

Correo electrónico: mmurillo@sexoamoryvida.com

Objetivos:

1. Generar espacios de formación en educación sexual buscando crear mayor conciencia de creencias limitantes y prácticas sexuales de riesgo por género.
2. Generar espacios de reflexión acerca del impacto de las creencias limitantes, factores de género, prácticas sexuales de riesgo que son más usuales en sus espacios comunitarios y familiares.

Material: Técnicas de intervención en espacios educativos y comunitarios.

Método: Talleres con metodología participativa en Colegios y Grupos organizados de comunidad rural.

Resultados: El que los Gobiernos locales incorporaran el tema de la Educación Sexual dentro del proceso de la política cantonal ha logrado visibilizar y abordar temas de conductas de riesgo permitiendo crear mayores servicios de apoyo para las poblaciones.

Promover la salud sexual ha logrado impactar en una mayor visibilidad de las creencias limitantes en las poblaciones de jóvenes y grupos de adultos organizados que podrían estar relacionados con los índices de suicidio, embarazos no deseados, violencia intrafamiliar y adicciones en jóvenes.

Conclusiones:

1. Incorporar Políticas de salud mental y salud sexual en los gobierno locales impacta en la calidad de

vida de las comunidades, especialmente en las zonas rurales.

2. La Metodología de Taller ha mostrado por más de una década que es la mejor impacta para disminuir las resistencias ante el tema de la educación sexual.

El utilizar como apoyo, en espacios de educación sexual, salud sexual y salud mental y emocional, los videos demostrativos para sensibilizar, la musica, los espacios interactivos de reflexión en grupos y crear grupos de trabajo que permitan la toma de decisiones colectivas, logran aumentar el deseo de participar y generan mayor confianza y seguridad en el tema,

23. Talleres de sexualidad en espacios de campamento comunitario. Monteverde. Costa Rica.

1. Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica; Universidad Nacional de Costa Rica.
2. Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica; Integravita

Autoras: Murillo Gamboa, Margarita; Ramírez Vásquez, María Lucia

Correo electrónico: mmurillo@sexoamoryvida.com
Mariarv12@gmail.com

Objetivos:

1. Generar espacios recreativos interactivos y participativos en jóvenes de 12 a 18 años por medio de la metodología de campamento.
2. Generar espacios de reflexión acerca del impacto de las creencias limitantes, factores de género, prácticas sexuales de riesgo que son más usuales en sus espacios comunitarios y familiares.
3. Fomentar el cuidado mutuo por medio del fortalecimiento de los vínculos entre pares y con sus familias.

Material: temas y técnicas de intervención en espacios comunitarios.

Método: Talleres de sexualidad con metodología de campamento.

Resultados: El tema de la educación sexual en espacios de campamento en la zona rural, posiciona el tema de la sexualidad como algo importante de conocer, reflexionar y como base para tomar decisiones.

Al Utilizar dentro del campamento el espacio de juego, acertijos, grupos de reflexión, el estímulo de la interacción y la consecuente presentación de sus discusiones y

propuestas construidas permite aumentar la habilidad para poder hablar sobre las creencias limitantes y de esta forma poder tomar conciencia de cuales conductas son de riesgo y cuáles están estimuladas por factores de género.

Abrir estos espacios de educación sexual en campamentos permite generar un proceso de protección comunitaria entre jóvenes y familias.

Conclusiones:

1. Incorporar el tema de la educación sexual en el espacio de campamentos dirigidos a jóvenes de la comunidad rural de Monteverde ha generado una mayor toma de conciencia acerca de la importancia de saber y construir espacios de protección para prevenir prácticas sexuales de riesgo.

Utilizar el juego y el acertijo dentro de los campamentos como herramienta pedagógica en la educación sexual para generar conciencia colectiva por medio de los valores y la ayuda mutua en la construcción de espacios seguros y afectivos en sus comunidades.

24. Formación de formadores en educación afectivo-sexual para personas adultas con diversidad funcional intelectual

Universitat de València y Universitat Jaume I de Castelló

Autores/as: Gil-Llario, M^a Dolores, Ballester-Arnal, Rafael, Morell-Mengual, Vicente, Fernández-García, Olga, Estruch-García, Verónica

Correo electrónico: Dolores.Gil@uv.es

Introducción. En diversos estudios realizados desde SALUSEX se corrobora que la calidad de vida de las personas con diversidad funcional intelectual (DFI) mejora sustancialmente cuando se les proporciona una formación ajustada a sus características que potencie el desarrollo de una sexualidad saludable. Los formatos tradicionales en los que formadores externos a su contexto realizan una intervención puntual no ha obtenido los efectos esperados. La opción que se ha mostrado más adecuada consiste en una intervención continuada ofrecida por las personas cercanas. La evidencia empírica obtenida tras los diversos estudios realizados por nuestro equipo nos ha permitido identificar las áreas más relevantes que se deben trabajar según el perfil de los y las usuarios y usuarias en cuanto a su necesidad de apoyos, grado de autonomía, etc. Y sobre todo el modo en que deben trabajarse, es decir, la metodología. Sólo aunando una correcta selección de contenidos con la metodología pertinente se puede

asegurar la eficacia. Pero muchas personas con DFI no pueden siquiera optar a esta formación a la que tienen derecho si sus progenitores se lo prohíben.

Propuesta: Para alcanzar el objetivo de contribuir al desarrollo sexual saludable de las personas con DFI es necesario, en primer lugar, realizar una evaluación exhaustiva de las necesidades de apoyo, así como de los puntos fuertes sobre los que podemos fundamentar nuestra intervención (dominio de la lecto-escritura, p.e.). En segundo lugar, es aconsejable que los grupos sean lo más homogéneos posible. En tercer lugar, se precisa que se impliquen las personas cercanas (progenitores y profesionales) contribuyendo a mejorar sus actitudes hacia la sexualidad de las personas DFI.

Comentario: Los procedimientos que vamos a comentar han sido testados en diferentes proyectos de investigación financiados por el Ministerio de Ciencia e Innovación en centros ocupacionales, residencias y viviendas tuteladas de la Comunidad Valenciana tanto de la red pública (IVASS) como de la concertada (COPAVA) mostrando en todos los casos su eficacia diferencial.

Sugerencias o recomendaciones. En el presente simposio presentamos las pautas específicas que proporcionamos a los profesionales para adecuar su intervención a la población diana, así como para implicar a los progenitores en el proceso.

Las comunicaciones que integran este simposio son:

Comunicación 1. Aspectos generales para la formación de formadores en el ámbito de la educación afectivo sexual de personas con diversidad funcional intelectual.

Autores/as: Gil-Llario, M^a Dolores, Ballester-Arnal, Rafael, Morell-Mengual, Vicente, Fernández-García, Olga, Estruch-García, Verónica.

Comunicación 2. Recomendaciones para profesionales que trabajen en sexualidad en personas con diversidad funcional intelectual leve.

Autores/as: Fernández-García, Olga, Gil-Llario, M^a Dolores, Ballester-Arnal, Rafael, Estruch-García, Verónica, Morell-Mengual, Vicente

Comunicación 3. Recomendaciones para profesionales que trabajen en sexualidad en personas con diversidad funcional intelectual moderada.

Autores/as: Estruch-García, Verónica, Gil-Llario, M^a Dolores, Ballester-Arnal, Rafael, Fernández-García, Olga, Morell-Mengual, Vicente

Comunicación 4. Recomendaciones para profesionales para implicar a los progenitores en la educación afectivo-sexual de sus hijos con diversidad funcional intelectual.

Autores/as: Morell-Mengual, Vicente, Fernández-García, Olga, Gil-Llario, M^a Dolores, Estruch-García, Verónica, Ballester-Arnal, Rafael

25. Derechos sexuales de las adolescencias cubanas: nuevos desafíos desde la Educación Integral de la Sexualidad

**1 Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).
2 Centro de Estudios Sobre la Juventud (CESJ).
3 Centro de Estudios Sobre la Juventud (CESJ)/
Departamento Sociología, Universidad de La Habana.
4 Unidad Nacional de Promoción de Salud y
Prevención de Enfermedades (PROSALUD)**

Autor/es: Guerrero Borrego Natividad¹, Semanat Trutie Raida², Fleitas Ruiz Reina³ y Mederos Villalón Lídice⁴

Correo electrónico: semanattrutie.raida@gmail.com

Resumen

Los derechos sexuales como derechos humanos, tributan al bienestar social de las personas; la información, educación, salud, protección, cuidados y seguridad, entre otros, contribuyen al desarrollo de una vida sexual plena y responsable.

En Cuba, se tienen en cuenta los derechos sexuales para todas las personas. Se brinda especial atención a las adolescencias, por ser éstas un sector de la población que necesita y demanda servicios imprescindibles en el proceso de formación y trayectoria hacia la vida adulta, distinguiéndose educación y salud.

Las familias, escuelas y comunidades son altamente significativas para lograr este empeño, asumiendo las transformaciones que se observan en las prácticas sexuales después de la pandemia. La actual crisis sanitaria ha impuesto a la humanidad cambios en las maneras de existir y de actuar, por ello, los contenidos de la educación, y en particular, los relacionados con la sexualidad exigen ajustes, teniendo en cuenta que las formas de vivir las sexualidades también cambiaron. La efectividad de la educación dependerá de cómo se comprendan y visualicen las prácticas que se van naturalizando.

Investigaciones sociales realizadas con adolescentes develan diversas configuraciones para satisfacer deseos y placeres sexuales. Desde la virtualidad, se generaron nuevas maneras de relacionarse, y quedaron incorporadas a las muchas expresiones de vivir las sexualidades. Esta realidad requiere ser profundizada desde las ciencias sociales para contribuir a tomar decisiones más saludables.

Se partió de un diseño de investigación cualitativo, empleando la sistematización como método para obtener información sobre las prácticas sexuales de las adolescencias, incluyendo el período anterior y durante la pandemia. Se aplicaron grupos focales, para conocer criterios de adolescentes sobre sus comportamientos sexuales; el clima favorable logrado facilitó el desarrollo abierto de quienes participaron. Se analizaron resultados de investigaciones de instituciones académicas y se seleccionaron adolescentes de diferentes niveles de enseñanza. La información recopilada se examinó desde el análisis de contenido, técnica que favoreció reflexiones interesantes.

Se reconoce la diversidad de comportamientos sexuales de las adolescencias. Predomina el vínculo con relaciones sexo-erótico-afectivas. La Covid-19 marcó nuevas maneras de vivir sus sexualidades y relaciones con el entorno; la virtualidad resultó una de las vías principales de satisfacción. Demandan espacios para la preparación en temas sobre educación sexual desde la escuela, y lograr mejor comunicación con la familia. Los temas sobre las ITS son poco abordados en sus espacios de aprendizaje. Transformar estas realidades, sin dudas, contribuirá al crecimiento y desarrollo integral de las adolescencias.

Coordinadora/Moderadora: Natividad Guerrero Borrego/Raida Semanat Trutie

PONENCIAS INDIVIDUALES

Título: Educación Integral de la Sexualidad en adolescentes cubanos, una necesidad incuestionable. Desafíos para su perfeccionamiento

Autora: Guerrero Borrego Natividad

Resumen

En la región latinoamericana existe la controversia acerca de eliminar la Educación Integral de la Sexualidad (EIS) en las escuelas, aduciendo que es cuestión de las familias, un asunto privado. Este movimiento responde a la posición de religiosos conservadores que reducen la sexualidad a lo pecaminoso, sin tener en cuenta que la sexualidad va más allá; es una dimensión de la personalidad e inherente a todos los seres humanos.

Cuba no estuvo exenta de esta influencia. Los debates en torno a la Carta Magna develaron algunas divergencias, puntos de vista encontrados y resistencias acerca de algunos temas. Claro está que todos y todas con creencias y trayectorias de vida singulares, no tienen por qué estar de acuerdo, pero muchos han sido los argumentos y esclarecimientos que han facilitado un análisis más inclusivo y humanista. Finalmente, fue

aprobada la Constitución de la República y hoy se cuenta con un respaldo legal que incluye a todas las personas independientemente de sus particularidades.

La complejidad de la EIS no debe levantar resistencias en los procesos que lleva implícito, solo el debate de los temas que la contienen, el diálogo abierto, franco basado en evidencias científicas, facilitarán que las personas sean más saludables, seguras, plenas y dignas. La historia de la sexualidad justifica que en estos tiempos se defienda su educación por que el ser humano necesita seguir su evolución. En este sentido los procesos educativos de EIS deben ajustarse, pues no constituyen acciones estáticas; sus contenidos deben ir variando de acuerdo a las nuevas prácticas sexuales y demandas de la población, con énfasis en las adolescencias, por las singularidades de la etapa por la que transitan.

La ponencia hace parte de una investigación cualitativa, en la que se sistematizan los resultados de investigaciones desarrolladas en los últimos años. Se aplicaron también grupos focales con adolescentes de diferentes enseñanzas para profundizar en el conocimiento de sus prácticas sexuales, lo que permitió diagnosticar las necesidades educativas actuales en esta esfera. Evidenciándose que se hace imprescindible repensar los contenidos de la EIS para que respondan a las necesidades de este segmento de la población.

En tiempos de pandemia, las adolescencias encontraron otras formas de satisfacer sus deseos sexuales mediante la virtualidad. Ello requiere incluir nuevos contenidos a la EIS para que responda a las demandas actuales de este grupo etario. Una educación efectiva en este sentido tributará a la toma de decisiones más saludables.

Título: Familias cubanas por la salud sexual y reproductiva de sus adolescentes: realidades y desafíos desde un enfoque de derechos

Autor/a: Semanat Trutie Raida

Resumen

Resulta oportuno en las actuales circunstancias posicionar en el centro de las reflexiones el papel de las familias, en un contexto en que se vivencian nuevas configuraciones, en las dinámicas familiares y de pareja, que impactan la salud sexual y reproductiva de las adolescencias. La institución familiar, es principal referente para el proceso de creación y reproducción de comportamientos, normas sociales que marcarán las interacciones que se establecerán en la esfera de la sexualidad.

La ponencia resume experiencias prácticas, resultantes del intercambio con adolescentes; y sistematiza investigaciones desarrolladas por el Centro de Estudios

Sobre la Juventud, acerca de la temática. La investigación cualitativa predomina, resaltando los grupos focales, talleres y revisión de documentos.

Aluden problemas referidos a barreras en la comunicación sobre estos temas. En muchos casos, la familia se muestra desorientada acerca de cómo abordar temáticas sobre la sexualidad de sus adolescentes y, particularmente el cuidado a su salud sexual y reproductiva. No se comprende que sean sexualmente activos y que tengan el derecho de serlo; y no siempre se fomentan relaciones de equidad entre los géneros.

Para muchos, la solución a grandes desafíos de la EIS, relacionados con el riesgo de un embarazo no deseado o no planeado, prevenir un aborto, las ITS, el VIH/sida, está en la prohibición de la relación sexual, en las limitaciones de las salidas, en el excesivo control. Sin embargo, existen otras alternativas para contribuir a comportamientos responsables.

Se manifiestan actitudes menos favorables, el exceso de confianza, excesivas libertades, falta de supervisión y control, el no establecimiento de límites, entre otras conductas no saludables, también diferenciales por género, responsabilidad de cuidadores y cuidadoras. Prevalen mitos y prejuicios respecto a conocimientos sobre protección, asunción de decisiones de interrumpir un embarazo no deseado o no planeado. Maternidad y paternidad responsables, es tema poco tratado, dada la lejanía temporal con la avizoran este fenómeno.

En condiciones de aislamiento social y distanciamiento físico, tecnologías, internet y redes sociales, ocuparon un lugar importante; las maneras de relacionarse con sus parejas cambiaron. Es necesario e imprescindible ofrecer recursos, fomentar habilidades para asumir una sexualidad responsable; su carencia coloca a adolescentes en situaciones de riesgo y vulnerabilidades que impactarán en su propio desarrollo integral y bienestar general. Es primordial la participación de las familias para una Educación Integral de la Sexualidad, inclusiva, en beneficio de la salud sexual y reproductiva de actuales y futuras generaciones; siendo estas sus propias demandas.

Título: La Maternidad Adolescente: Un riesgo para el logro de la igualdad de derechos

Autor/a: Fleitas Ruiz Reina

Resumen

El trabajo tiene como fin explicar cómo la literatura cubana en salud visualiza los riesgos que para la igualdad de derechos traen las altas cifras de maternidad adolescente en el contexto de un país que aspira a la justicia social, y que así lo reconoce su sistema de salud.

Se realizó una sistematización de investigaciones en diferentes áreas de conocimiento que permiten tener una perspectiva de análisis de la salud sexual y reproductiva integral de esas mujeres y no solo biomédica. El análisis del discurso científico desde una perspectiva cualitativa permitió llegar a resultados que aquí resumimos.

Han pasado varias décadas desde que se publicó uno de los primeros textos cubanos sobre Fecundidad adolescente, donde la misma se aborda desde una perspectiva integral y se reconoce como un problema de salud de las mujeres. Desde entonces se han desarrollado muchas y variadas investigaciones de corte demográfico, médico, psicológico, sociológico, incluso económico, de las cuales se infiere la consolidación de la tesis de que la maternidad adolescente es un problema de salud en Cuba, que atenta contra su bienestar y el de la sociedad. Las evidencias apuntan a la imposibilidad de que ellas puedan concluir una formación de calidad para aspirar a un trabajo que le permita generar ingresos y alcanzar un bienestar que contribuya a su autonomía. Las diferencias estadísticas entre madres adolescentes y padres a esas edades son significativas, en el 2020 los nacidos vivos de madres a esas edades llegaban al 15%, mientras que los padres apenas eran el 3%. Pero las cifras no son las que revelan el riesgo mayor al logro de la igualdad; lo es la persistencia de un patriarcado que obstaculiza que esas mujeres puedan salir del escenario de una división sexista del trabajo para construir un entorno familiar más equitativo y una vida personal más plena. El papel central que aún se les asigna a las mujeres como cuidadoras, atenta contra la agenda de su empoderamiento y, por ende, contra la igualdad como meta para hacer una mejor sociedad. Para la sociedad significa la pérdida de una probable profesional, o una trabajadora con capacidades para construir su propio camino.

Conclusión: Se requiere de una nueva estrategia para el abordaje de este tema en las políticas de salud que incorpore la perspectiva de género.

Título: Las juventudes cubanas y las Infecciones de Transmisión Sexual. Desafíos después de la pandemia

Autor/a: Mederos Villalón Lidice4

Resumen

Las múltiples epidemias de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un importante problema de salud global. Cada año, millones de nuevas infecciones son reportadas y como consecuencia de ellas miles de nuevos casos de cáncer cérvicouterino, cáncer de ano y pene, dolores crónicos, muerte neonatal y anomalías

congénitas. Igualmente, constituyen una de las principales puertas de entrada de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) al organismo humano.

En Cuba, las ITS son una de las principales causas de morbilidad de la salud sexual y reproductiva en la población juvenil. El Ministerio de Salud Pública cuenta con un programa nacional para la prevención de estas infecciones que coordina una respuesta integral e integrada con el objetivo de reducir las complicaciones y las muertes relacionadas con estas entidades y proteger a las futuras generaciones. Sin embargo, se han identificado brechas programáticas que limitan alcanzar una respuesta eficaz, eficiente y sostenible, basada en la prestación de servicios de calidad, basados en evidencia y centrados en las personas, la optimización de los sistemas, los datos, involucrar a la sociedad civil y fomentar la innovación tecnológica.

La epidemia de Covid19 sobrepasó a los sistemas de salud de todo el mundo y Cuba no estuvo fuera de esa realidad. El país realizó grandes esfuerzos por evitar las interrupciones de los servicios de salud e introdujo acciones para re direccionar y acercar los servicios a las comunidades y las personas. A pesar de ello, se ha identificado que las medidas sanitarias para la prevención del SarsCov2 limitaron el acceso a estos servicios y el diagnóstico oportuno de las ITS, observándose un incremento en la incidencia en los meses posteriores al control de la Covid19 en el país.

Esta ponencia refiere una investigación cualicuantitativa con el objetivo indagar sobre las principales prácticas sexuales, la prevención de las ITS asumida por este grupo poblacional durante la pandemia de Covid 19. Se aplicaron instrumentos y grupos focales para explorar y comprender las dinámicas y principales prácticas sexuales asumidas, lo que permitió realizar sugerencias para adecuar y re direccionar la estrategia de prevención primaria actual.

La pandemia de covid19 obligó a introducir nuevos códigos y comportamientos sexuales que, muchos de ellos, incrementan el riesgo de infección, por lo que insistir en los comportamientos seguros, el mantenimiento de la salud sexual y las acciones efectivas de prevención primaria constituyen una prioridad para alcanzar las metas propuestas.

26. El consentimiento como núcleo de la salud sexual

Laboratorio de Humanidades Médicas - Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Tucumán.

Autor: Viola Francisco Juan José

Correo Electronico: francisco.viola@fm.untu.edu.ar

El consentimiento es un elemento central dentro de la concepción moderna de la salud sexual, ya que define la noción integral e interdisciplinaria de la sexualidad. Es un concepto operativo que tiene sus raíces en los derechos Humanos, particularmente los sexuales. Además, su desarrollo precisa de dos elementos claves actualmente: a- La justicia sexual (WAS, 2021) y, b- La educación sexual integral eficaz (UNESCO, 2021).

La construcción del consentimiento es un proceso personal, limitado por leyes que van estableciendo criterios de inclusión y exclusión de este procedimiento personal e interrelacional. A pesar de su centralidad no ocupa un lugar axial en la consulta y la terapéutica sexual.

Este trabajo realiza dos análisis conceptuales sobre el tema consentimiento:

1. La revisión de los artículos publicados durante el período de un año (septiembre 2021 a septiembre 2022) seleccionados en el motor de búsqueda de PUBMED con el uso de las palabras claves “sexual consent”, dando 354 publicados. Las revistas que se orientan a violencia y abuso (son 49= (15%) y aquellas orientadas a la sexualidad 46 publicaciones (13%).
2. El análisis de los procesos de construcción del consentimiento como proceso legal y como proceso de personal, estableciendo los puntos de incompatibilidad de los dos procesos, el primero establecido por la ausencia, por lo tanto, basado en los datos más tangibles y el personal que aparece como un proceso más dinámico y complejo.

A partir de estos análisis presentamos un modelo de definición y de análisis del proceso de consentimiento. El consentimiento es el proceso dinámico, complejo, constante que relaciona con un deseo, de consideración sexual, no siempre nombrado claramente, pero si expresado con diferentes recursos comunicativos (verbales y no verbales), con una intencionalidad, no siempre explícita, que busca ocupar un rol dentro de un comportamiento a carácter sexual, y que está directamente influenciado por los contextos y los scripts sexuales personales y que recapta los estímulos para redefinir, la noción de consentimiento y, por lo tanto, reiniciar el proceso en cuestión.

En función de ello se sugiere algunos lineamientos clínicos para la inclusión del proceso de consentimiento como básico y transversal a la terapia que se propone orientando a preguntas que nos permitan identificar, como intervinientes del tema sexual qué están dando su consentimiento las personas en la relación que está en el origen de la consulta.

27. Estudio comparativo del componente Interno y Externo del Consentimiento sexual en relaciones sexuales consentidas y no consentidas

Universidad de Salamanca. Universidad de Granada-
Universidad de Granada- Universidad de Jaén

Autores/as: Hidalgo Antonio Rafael, Sánchez-Fuentes Mar, Moyano Nieves y Granados de Haro Reina

Correo electrónico: arhidalgom@usal.es

Resumen

Objetivos. Recientemente se plantea que el consentimiento sexual está formado por diversas dimensiones, las cuales, engloban un componente Interno (manifestaciones psicofisiológicas) y un componente Externo que engloba las diversas señales o manifestaciones externas para expresar el consentimiento/no consentimiento. Considerando que podría haber diferencias entre tales manifestaciones ante relaciones sexuales consentidas y no consentidas, se plantea el siguiente estudio cuyo objetivo es analizar las diferentes características y manifestaciones psicofisiológicas entre relaciones sexuales consentidas y no consentidas.

Material y método. Para ello, se aplicó la escala de Consentimiento Interno/Externo (Jozkowski et al., 2014) que consta de 25 y 24 ítems que permite evaluar los sentimientos internos y las señales externas, respectivamente, para manifestar consentimiento/no consentimiento. La escala del componente Interno se distribuye en las siguientes dimensiones: respuesta física, seguridad, excitación, acuerdo/deseo y disposición. La escala del componente Externo evalúa cinco factores: conductas no verbales directas, conductas pasivas, conducta de comunicación/iniciación, presión-límite y señales de no respuesta. Sus ítems se responden en una escala tipo Likert de 4 puntos “Muy en desacuerdo” hasta “Muy de acuerdo”, de forma online a una muestra de 277 participantes de entre 18 y 65 años (20% varones y 80% mujeres).

Resultados. Los resultados mostraron diferencias significativas en la manifestación psicofisiológica (componente Interno), en todas sus dimensiones, así como en el componente Externo en todas sus dimensiones, avalando así las diferencias en ambas dimensiones ante encuentro sexuales consentidos y no consentidos.

Conclusiones. Este estudio permite avalar la multidimensionalidad del consentimiento sexual, al abordar dos de sus componentes principales,

contribuyendo así a añadir matices a la definición del consentimiento. Futuros estudios deberán profundizar además en el componente de la interpretación de señales que la pareja sexual realiza ante un posible encuentro, aspecto fundamental en la negociación de las relaciones sexuales.

28. Sincretismo de Género en los consultantes y en la consulta

Sociedad Argentina de Sexualidad Humana – SASH

Autores/as: Beschera, Valeria, Ibarra, Federico, Blanco, Analía, Suarez, Mercedes.

Correo electrónico: licmercedessuarez@gmail.com

Resumen

Objetivo: favorecer un acercamiento a pensar y repensar la práctica clínica desde la perspectiva de género considerándola una herramienta para comprender y enriquecer posibles nuevos recursos en el desafío diario del trabajo con personas.

Introducción: Nos enfrentamos frente a una avalancha de cambios culturales. Actuales masculinidades, femineidades y otras, avances tecnológicos, prácticas y decisiones particulares, hoy se pueden pensar y realizar, y tenemos permiso para cuestionarnos mucho de lo que considerábamos "verdades". Los cambios en el uso del lenguaje, angustias y dolor, dudas y descubrimientos, son algunos de los desafíos a los que nos enfrentamos los profesionales, a veces sin tener claridad. Planteamos la necesidad de realizar un análisis sobre contextos actuales, comenzando por los nuevos conceptos y definiciones. Intentaremos plasmarlo desde una perspectiva científica, transcultural, dialéctica, compleja y no concluyente.

Desarrollo: El sincretismo es un término empleado para referirse a la hibridación o amalgama de dos o más tradiciones culturales. Nosotros pensamos a nuestra práctica clínica en un momento donde se presentan desafíos que tienen que ver con la coyuntura social y particular de este momento histórico, pero sobre todo para resaltar su carácter de fusión y asimilación de elementos diferentes.

Sabemos que este cambio es a nivel social, es decir que todo lo que hablemos nos va a atravesar de alguna manera, y nos va a generar rechazo o entendimiento, desde nuestra propia vivencia y experiencia, visualizar este obstáculo epistemofílico es parte del proceso de poder repensarnos a nosotros y a nuestros consultantes.

Las reformulaciones, y reconfiguraciones de cómo

pensar la práctica clínica se vuelven importantes y cada vez más necesarias, ya que se puede ver en las consultas el malestar, angustia, desconcierto que generan en las personas y en los profesionales encontrarse a diario con situaciones para las cuales no hemos recibido formación.

Muchas veces los profesionales tienden a querer trabajar con las problemáticas de los pacientes tendiendo a querer "normalizarlos" para que bajen su malestar. Es decir, encasillarlos en una norma, desestimando las individualidades de cada consultante, especialmente si se sale de lo que se considera "normal" (que ya de por sí, tienen un sesgo muy subjetivo). Y que esto es más importante ahora, que nos encontramos en un cambio cultural, donde lo "normal" no sólo está cambiando, sino también se está cuestionando (cosa que los sexólogos ya venimos haciendo desde hace mucho).

Propondremos aceptar la pérdida de sentido o desinterés de ciertas rutinas, maneras, creencias, etc., pensándolas como algo esperable y común, ya que los contextos cambian por lo tanto nosotros también.

Nudos problemáticos: dificultades y cuestionamientos que surgen en la práctica clínica. Impacto social, ético y responsabilidades.

29. Identidad trans en personas con diagnóstico de TEA. Diagnósticos, intervención en la familia, tratamiento psicológico y reflexiones. Costa Rica – España

Autores: Murillo Gamboa, Margarita; Hurtado Murillo, Felipe.

Correo electrónico: mmurillo@sexoamoryvida.com
hurtado_fel@gva.es felipehurtadomurillo@gmail.com

Resumen:

Objetivos:

1. Dar a conocer el proceso de intervención en tres casos clínicos de identidad trans en personas con diagnóstico TEA.
2. Generar la recomendación de una ruta clínica sexológica para el abordaje integral (familia y paciente) de la persona TEA con identidad Trans.
3. Generar una ruta clínica para el abordaje con la familia de la persona TEA con identidad Trans.

Material: Procesos de intervención clínica en línea.

Método: Entrevista psicológica en profundidad para la familia, la persona trans/TEA y seguimiento terapéutico

Resultados: Abrir espacios de intervención en sexología clínica utilizando el abordaje integral entre clínicas especializadas y profesionales independientes

permite la integralidad y formación para un mejor abordaje aumentando el respeto a los derechos sexuales.

Generar espacios para que la persona TEA/ TRANS y sus familias puedan expresar sus dudas, anhelos, temores y angustias permite crear espacios seguros y mejora el acompañamiento terapéutico.

Conclusiones:

1. Los espacios interdisciplinarios en sexología clínica, son indispensables en el abordaje, diagnóstico y tratamiento integral de personas TEA con identidad trans.
2. Generar muchos espacios en sexología clínica para que la persona pueda aceptar su identidad es indispensable dada su condición de visibilizar, aceptar y hablar de su identidad.

Entre más espacios de abordaje para conversar y reflexionar sobre la condiciones de la persona TEA en las familias, mayor será su proceso de aceptación y se logrará generar un mejor acompañamiento terapéutico.

30. Reflexiones desde la educación sexual para la consolidación del placer como derecho

Fundacion para la salud sexual (fundassex)

Autor/es: Pavicich, Mileva; Viola, Francisco; Guerra, Lucrecia; Pereyra, Analía

Correo electrónico: cfts.fundassex@gmail.com -
licmileva@live.com.ar

Resumen

Los derechos sexuales contribuyen a la salud sexual -individual y colectiva- plena, que se construye y consolida desde la educación sexual. La misma, siguiendo las pautas de eficacia (UNESCO, 2021) implica optimizar los recursos y tomar los contenidos fundamentales para desarrollar una sexualidad que favorezca un comportamiento sexual responsable (OPS/OMS/WAS, 2000) y potenciar la justicia sexual (WAS, 2021).

A esta gran misión buscamos seguir aportando desde esta mesa de debate, a partir de:

1. Una mirada integral sobre el placer sexual desde la perspectiva de género y otros enfoques, tomando como marco el Modelos de los cinco lentes, con el objeto de no se reduzca el placer a la dimensión física o a la promoción de prácticas diversas.
2. El aporte de las Pedagogías feministas para el crecimiento erótico, considerando la exploración de los niveles de autoconocimiento, crecimiento erótico y de registro de la conexión entre los

malestares sexuales, la educación recibida, la realidad cotidiana y el acompañamiento recibido por parte de especialistas en las poblaciones con quienes trabajamos tanto en la clínica como en la formación.

3. El aporte de recursos didácticos para la enseñanza de cuerpos sexuados, a colegas educadores de herramientas concretas para el desarrollo de la salud sexual, especialmente el placer sexual.
4. La centralidad del consentimiento en la construcción de una vida sexual saludable, como cuestión axial en la educación sexual.

31. Promoviendo la salud en 3D

Dirección General de Salud Pública. Departamento de sanidad. Gobierno de Aragón. España

Autores/as: Ferrer Gracia M^a Elisa, Moreno gonzalez Carlos, San Isidro Carmen

Correo electrónico: eferrerg@aragon.es

Justificación

El audiovisual es un recurso atractivo y fácil de utilizar que permite profundizar en todos los determinantes de salud, a partir del desarrollo de habilidades personales, sobre aquellas situaciones de la vida cotidiana de los/las jóvenes y poder reflexionar sobre las mismas.

Cada curso escolar, Cine y Salud incluye una oferta de recursos educativos que comprende actuaciones en el aula dentro de la sesión de tutoría con el alumnado, formación para el profesorado sobre el buen uso de las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación) y el Certamen de cortometrajes y spots. Los contenidos de salud ayudan a desarrollar las competencias básicas incluidas en el currículum de educación secundaria. Cine y Salud es un modelo de buenas prácticas de reconocimiento nacional e internacional.

Objetivos

- Sensibilizar al alumnado sobre la importancia del cine como medio cultural, como instrumento educativo y como recurso de apoyo en el aprendizaje de valores y en la creación de habilidades que conduzcan a una vida más saludable.
- Fomentar el espíritu crítico en aquellos aspectos que estén relacionados con la sexualidad, la imagen, redes sociales, internet y la publicidad.
- Reflexionar sobre la relación que existe entre sexualidad y salud, favoreciendo la responsabilidad individual y colectiva y la toma de decisiones que contribuyan a adoptar hábitos

saludables en su conducta personal cotidiana.

- Valorar buscar espacios en los que conversar con la familia, el profesorado como factor relacional de protección frente a la influencia externa.
- Considerar otros determinantes como factor de salud estrechamente relacionados con la sexualidad.

Metodología

Como cualquier otro tema de salud, la educación sexual integral en la escuela se trabaja a partir del visionado de películas donde el mundo o motivos de la sexualidad están representados. Partiendo de sus experiencias personales y entornos sociales, provocar en el alumnado la puesta en común de circunstancias y problemas relacionados con la sexualidad.

En este marco no podemos olvidar el importante papel que tiene el profesorado de secundaria en la educación para algo tan esencial y cotidiano como es la educación sexual. Su tarea, en ocasiones difícil, consiste a través de este recurso en hacer reflexionar al alumnado sobre su propia sexualidad, de manera consciente y asertiva modelar actitudes y estilos de vida jugando con la simulación y la analogía, que nos faculta trabajar en grupo con los chicos y chicas adolescentes. Sin descartar en un futuro comenzar en edades algo más tempranas. Para asegurar que el profesorado este dispuesto y comprometido a desarrollar los programas de educación sexual, hay que facilitar su tarea con la formación precisa, así como materiales didácticos que contemplen una visión desde la promoción de salud, e integre todos los aspectos del hecho sexual humano.

Conclusiones

- Buena aceptación
- Innovación y difusión
- Modelos de buena práctica
- Salud global y currículum
- Educar la mirada

32. CENESEX: 30 años al servicio de la educación integral de la sexualidad, la salud y los derechos sexuales

Institución. Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), Cuba

Coordinadora: Alfonso Ada Caridad

Autoras: Alfonso Rodríguez Ada Caridad, Perdomo Cáceres Ana Belkis, Puentes Rodríguez Yamira

Correo de contacto: ada.alfonso@gmail.com

El Centro Nacional de Educación Sexual desde hace más de 30 años ha desarrollado un trabajo sistemático en la formación de recursos humanos profesionales y no profesionales, la educación integral de la sexualidad, la salud sexual y los derechos humanos. La mesa tiene como objetivo socializar la experiencia de trabajo en materia de educación integral de la sexualidad fuera de la escuela y en la coordinación del Programa Nacional de Educación Sexual y a la vez compartir los principales resultados de investigación en el área de las sexualidades, género e identidades de género, la vulneración de derechos sexuales y la violencia de género. Asimismo, los recursos empleados para mantener de forma ininterrumpida la atención a los malestares sexuales durante la pandemia. El trabajo de CENESEX se presentará en tres intervenciones. La formación de recursos humanos en educación integral de la sexualidad, salud sexual y derechos sexuales expone las experiencias de superación profesional, capacitación, entrenamientos y maestrías desarrolladas y las necesidades educativas que sustentan los programas académicos acreditados por la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. En materia de investigación se socializarán los principales resultados de investigación introducidos en la práctica social y en diseño e implementación de políticas públicas y que por su relevancia han sido acreedores de Premio y Mención por la Academia de Ciencias de Cuba y en el Premio Salud y por último, se expone la experiencia de teleatención en lo relativo a malestares sexuales utilizando los canales de Telegram y WhatsApp que por su aceptación e impacto se han mantenido brindando servicios a solicitud de la población a la que se dirige.

Formación de recursos humanos en educación integral de la sexualidad, salud sexual y derechos sexuales

Perdomo Cáceres Ana Belkis

Cenesex durante 30 años ha contribuido al desarrollo de políticas y estrategias para el desarrollo de la educación integral de la sexualidad en Cuba y en otros países de la Región con el propósito de la EIS de contribuir a la apropiación de herramientas para el análisis crítico de la realidad, conocimientos, habilidades, actitudes y valores relacionados con la sexualidad con el objetivo de transformar la realidad desde un enfoque de derechos humanos, género y curso de vida. Cuba cuenta con políticas, programas y un marco jurídico que incluye la EIS como derecho lo cual se refrenda en la Constitución de la República vigente desde 2019. Se realiza un análisis crítico de la formación de recursos humanos y se presentan las brechas que obstaculizan el desarrollo de la educación integral de la sexualidad y el ejercicio

pleno de los derechos sexuales. Presenta programas desarrollados por CENESEX fuera de la escuela y las principales proyecciones de trabajo con énfasis en el reconocimiento de la diversidad en todos los órdenes, la relevancia del análisis interseccional y la identificación de las situaciones de vulnerabilidad que se constituyen en barreras para el ejercicio pleno de derechos de todas las personas.

Resultados de investigaciones en sexualidades, género y violencias de género

Alfonso Rodríguez Ada Caridad

La investigación científica es uno de los pilares fundamentales del trabajo del Centro Nacional de Educación Sexual. Los enfoques teóricos que transversalizan las investigaciones son: género, determinantes sociales, interseccionalidad y derechos humanos. La intervención tiene el objetivo de sistematizar los principales resultados de investigación que tienen como objeto de estudio las sexualidades, el género y las violencias de género y la atención en servicios de orientación jurídica que brinda la institución. Se utiliza la metodología cualitativa y el análisis de contenido de los resultados de los proyectos nacionales e institucionales concluidos y cuyos resultados responden a políticas públicas nacionales. La muestra estuvo constituida por los estudios realizados en los últimos 10 años de trabajo. Resultados: Débil formación en género del personal que se desempeña en los ámbitos educativos, de salud y derechos; Desigual implementación de la educación integral de la sexualidad en los diferentes territorios del país lo que influye en la resistencia a la disminución de los indicadores de embarazo en edades tempranas; persistencia de brechas de género que se expresan en diversas formas de violencia de género; persistencia de vulneración de derechos en poblaciones LGBT. Conclusiones. Estos y otros resultados que se exponen han sido introducidos en los programas de formación a actores sociales, en el Programa para el Adelanto de las Mujeres y en la Estrategia de Prevención y atención a la violencia de género y en el escenario familiar.

Atención a los malestares sexuales en tiempos de pandemia

Puentes Rodríguez Yamira

Acompasex surge como una alternativa para sostener los servicios de salud sexual que brinda CENESEX a través de las Tics. Objetivo socializar la experiencia de la teleatención grupal a los malestares sexuales durante la pandemia. Metodología paradigma cualitativo basada en la investigación acción participativa como proceso

de reflexión-acción reflexión mediante el cual los miembros del grupo estudio identifican y analizan los malestares que les afectan. En los grupos intervienen profesionales, activistas de redes sociales y todas las personas que se interesan en la salud sexual y/o aquejadas de malestares sexuales. Las necesidades del grupo son incluidas en las diferentes sesiones grupales. Resultados. Las experiencias de los usuarios del grupo han promovido debates en temas tan sensibles como el abuso sexual infantil, la violencia en las redes sociales y la violencia sexual; se identificaron brechas en los conocimientos de los profesionales que trabajan temas relacionados con la salud sexual. Entre los temas más debatidos se encontraron el Código de las familias, las preocupaciones relacionadas con la función sexual y las violencias en sus diferentes formas. La exposición recoge los resultados de 51 grupos realizados. Conclusiones. Acompasex ha devenido en espacio de reflexión y debate y de enriquecimiento profesional y personal de los participantes en los grupos. Ha posibilitado además la identificación de nuevas necesidades educativas de los profesionales que han acompañado a CENESEX en la teleatención brindada durante la pandemia.

33. Desafíos en la construcción de las sexualidades ante los estereotipos culturales

Asociación Argentina de Sexualidad Humana (SASH)

Autores/as: Carpintero Pablo, Urretavizcaya Analía, Derossi Claudia, Romero María Bernarda

Correo electrónico: pcarpin@intramed.net

“El rol de los medios cinematográficos en la construcción de estereotipos femeninos y su influencia en la configuración social de género”.

Dr. Pablo Carpintero. Médico especialista en Ginecología, Obstetricia y Sexología Clínica.

Resumen

Los conceptos de masculinidad y femineidad se construyen a partir de los comportamientos que la sociedad considera normales, deseables y apropiados para hombres y mujeres, dando lugar a la creación de estereotipos de género.

La asignación de género se adquiere durante el proceso de socialización, durante el cual, los medios de comunicación cumplen un rol fundamental, y los medios cinematográficos, en especial.

La cinematografía (junto con otros agentes socializadores, como la familia o la escuela, tradicionalmente), dota a los individuos de determinados

valores y herramientas con las que dar forma al comportamiento humano, permitiendo construir identidades y establecer los sistemas simbólicos, a través de los cuales, los discursos y el imaginario se transmiten.

La infancia es el período de mayor flexibilidad cognoscitiva, en el cual se consolidan los comportamientos y actos sociales.

Las películas infantiles, además de potenciar la fantasía y la creatividad, son también un mecanismo transmisor de opiniones, juicios, estereotipos, prejuicios y valores, de manera consciente e inconsciente, influyendo en la construcción de espacios, roles y emociones asignados a las mujeres en función del género, naturalizando su integración en el comportamiento femenino durante una etapa clave para el desarrollo conductual.

Dale Play DJ: estereotipos de género en jóvenes y su configuración a través de la música.

Lic. Analía Urretavizcaya. Psicóloga y Sexóloga Clínica

Resumen

La música es una fuente para la adquisición de roles y estereotipos de género congruentes con una identidad de género e identidad sexual en los adolescentes. Los mensajes de las músicas populares urbanas: rap, trap, reggaetón, hip hop son utilizados para la transmisión, afirmación o ruptura de los diferentes estereotipos ligados a un determinado grupo social y cultural. En la adolescencia se aceptan los medios que se reciben sin cuestionarlos previamente donde se encuentran mensajes sexistas y/o discriminatorios que se perpetúan y predisponen a los jóvenes. Las imágenes y menciones en las letras a la apariencia, a las características físicas, al sexo y al poder son explícitas y condicionan las cogniciones sexuales de los chicos

Trabajando las masculinidades “Saliendo del horror de la SALA N, entrando al horror de la realidad”

Lic. María Bernarda Romero. Psicóloga y Sexóloga Clínica

Resumen

Desde la Justicia Restaurativa, como forma de ir construyendo la Paz Social, articulada con personas que quieran construirla, podemos decir: si los varones, por acción, omisión o indiferencia son parte de la problemática de la existencia de la violencia de género y de otras violencias, podrían ser también parte de la solución. El objetivo del presente trabajo es mostrar como la asistencia específica a varones mediante dispositivos de trabajos grupales por “buenas masculinidades”, en un marco de varios programas psico socio educativos

que intentan la creación de un modelo de acción, que incluyen una profunda actitud reflexiva, de construcción y deconstrucción del concepto de masculinidad, mediante un modelo de participación profesional multidimensional e inter y transdisciplinaria, más una estrategia de participación comunitaria, que permite la recuperación de los sectores comunitarios, como estrategia de compromiso participativo y como actores sociales activos, configuran una herramienta facilitadora para la modificación de las conductas abusivas, aportando una respuesta válida para la articulación en las acciones contra la violencia de género, la cultura patriarcal y la equidad de género.

Amor, intimidad y sexualidad en personas adolescentes con diversidad funcional.

Lic. Claudia Derossi. Psicóloga y Sexóloga Clínica

Objetivo:

Poder abordar la sexualidad y la diversidad funcional

Ya no desde el MODELO MEDICO REHABILITADOR sino partiendo del MODELO SOCIAL:

- Esto implica un importante cambio y ya no abordar:
- La sexualidad desde las disfunciones.
- La Discapacidad desde las clasificaciones
- La Adolescencia desde los conflictos, y como etapa de riesgo. Sino poder acceder a un MODELO SOCIAL:

Donde la discapacidad se define como la resultante negativa de las interacciones entre la persona portadora de una enfermedad o condición crónica y su contexto, incluidos los factores ambientales y personales.

Así es como se transforma en un concepto complejo, multidimensional y cambiante, pues la discapacidad sería entonces la resultante de una “interacción” y ya no un atributo de la persona.

Según la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad “es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual” (OMS).

De acuerdo a ello entonces la discapacidad es un concepto que cambia con el tiempo y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y barreras debidas a las actitudes y los entornos. Estas barreras condicionan de todas formas la participación plena y efectiva de las PCD en igualdad de condiciones con las demás.

Esto implica a veces la falta de su pleno reconocimiento como sujetos sexuados, con vidas diversas, con diversidad

funcional, con diversos modos de vivir la sexualidad, con una posición activa y con capacidad de decidir por sí mismas.

Olvidando la sexualidad como expresión afectiva, de naturaleza vital, y parte de la comunicación humana

Material y método:

Tomaremos una población de adolescentes con DF de una colonia de vacaciones.

La población con diversidad funcional fue tratada focalizando en sus habilidades reconociendo sus capacidades para comprender su entorno e incluso modificarlo.

Involucrándose como agentes activos y no como agentes pasivos del mismo.

Descripción de una experiencia donde esta población pasó de ser receptor de cuidado y educación sexual a ser activos multiplicadores de Salud Sexual al involucrarlos a través de grupos de trabajo y generación de información a la comunidad.

Resultados: Cuando además de respetar la intimidad e individualidad de cada persona con diversidad funcional podemos lograr que sean activos en el ámbito que se encuentren la resultante es además de positiva absolutamente sorprendente.

Conclusión: la inclusión activa no solo nominal y en todos los aspectos sociales, desenmascara los prejuicios con que se aborda la diversidad funcional. Excluyéndolos del valioso aporte que pueden ofrecer desde la diversidad o diferencia a su entorno social.

34. La realidad virtual en sexualidad ya es realidad

CONSEXUAR y SASH

Autoras: Silvina Valente, Viviana Wapñarsky, Valeria Baschera

Correo electrónico: Lic.Viviana@hotmail.com

Objetivo. Presentar la creación de una herramienta basada en realidad virtual y videojuegos, para terapia sexual y la educación en sexualidad.

Introducción. El despliegue de las nuevas tecnologías se encuentra revolucionando la manera de relacionarse socialmente, así como también el ámbito de la educación y de la salud humana. Especialmente en Sexología, nos

encontramos en los primeros años en los que la ciencia en salud sexual y tecnología están comenzando a unir intereses.

Marco teórico. Los videojuegos aportan un ambiente lúdico y motivador, donde el individuo puede aprender conductas, maneras de verse a sí mismo y al mundo que lo rodea, que generan un impacto en la vida real. Dentro de las tecnologías ampliamente potenciadas por los videojuegos, se encuentra la Realidad Virtual (VR en inglés), cuyo uso ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de múltiples dificultades, entre ellas, sexuales.

Principalmente se estudia como una herramienta para la exposición a diversas situaciones difícilmente replicables en la práctica. En Sexología, diversos estudios han manifestado los beneficios que podrían obtenerse de formular tratamientos para las disfunciones sexuales que incluyan VR.

Por otro lado, la inmersión de la población mundial en prácticas sexuales online, en los últimos años demostró la necesidad de reformular la educación sexual para que incluya la virtualidad. Con la llegada de la VR, y el crecimiento exponencial de su utilización diaria, se desconoce el impacto que tendrá el interactuar con un dispositivo tan inmersivo, especialmente incluyendo la sexualidad.

Nuevamente se evidencia la necesidad de incluir la VR en la educación sexual, comenzando por utilizarla como una herramienta para desarrollar habilidades trasladables a la vida cotidiana.

Método. A partir de una necesidad detectada en la clínica cotidiana, en conjunto con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud y de desarrollo IT, diseñamos una herramienta novedosa con el objetivo de generar habilidades emocionales, eróticas y vinculares.

Conclusión. La herramienta VR permite desarrollar una inmersión en tiempo y espacio a diversas situaciones eróticas y sexuales, simulando la realidad y diversas interacciones que se podrían encontrar en la vida cotidiana. Posee el potencial de ser adaptada para terapia y educación sexual: en tratamientos de disfunciones sexuales; así como también expandirse para educación sexual escalable a población general, con contenido estratificado por edades.

Actualmente, puede ser utilizada para el enriquecimiento sexual a través del desarrollo de habilidades eróticas y de regulación (o gestión) emocional sexual, flexibilizando guiones y permitiendo la exploración libre de prejuicios.

Charlas: Explicación y fundamentos del juego. Bases neurobiológicas del juego de VR en sexología. La clínica y la educación sexual con VR

35. Sexualidad y reproducción asistida

Simposio Instituto Valenciano de Infertilidad Valencia IVI

Cómo impacta la esterilidad en la sexualidad. Aportación de las técnicas de reproducción asistida

Marian Obiol Saiz

La anticoncepción permite a las parejas heterosexuales disfrutar de la sexualidad sin miedo al embarazo no deseado. Los métodos anticonceptivos son seguros, efectivos y en la mayoría de casos, reversibles. Cuando la pareja desea buscar embarazo, suspendemos la anticoncepción, suplementamos con ácido fólico, incentivamos hábitos saludables y esperamos conseguir un embarazo en el plazo de un año. Y esto es así, en la mayoría de parejas, pero, más del 10% de las parejas no conseguirán un embarazo de manera espontánea. Y aquí, aparece la reproducción asistida, una oportunidad para estas parejas y para el colectivo de mujeres que deciden emprender la maternidad en solitario.

Este simposio pretende dar respuesta a las dudas y problemas de estas personas.:

Pilar Alama Faubel expone la relación esterilidad-disfunción sexual y nos actualiza las diferentes técnicas de reproducción asistida, la ovodonación y la preservación de gametos.

Pilar Dolz del Castellar Pareja explica los problemas psicológicos que tienen las parejas durante los tratamientos de esterilidad y como enfocarlos para disminuir el estrés.

La sexualidad, la anticoncepción y la reproducción no se pueden entender de manera aislada, conviven a lo largo de la vida de las personas. El tratamiento de la esterilidad va más allá del mero tratamiento de reproducción, implica atender las necesidades psicológicas y sexuales de la pareja.

Pilar Dolz del Castellar, Maria del Mar Tirado

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida.

La sexualidad cumple un papel muy importante, ya que, desde el punto de vista emocional, afectivo y social, va más allá de la finalidad reproductiva y compromete la

vida de pareja, familia y lazos afectivos interpersonales.

Sabemos que la infertilidad, supone un auténtico desafío para la pareja. Se trata de una situación de crisis vital que irrumpe en sus vidas provocando un fuerte impacto en todas sus áreas: emocional, comunicativa, social, espiritual, económica, sexual... La pareja se ve obligada a hacer frente a nuevas demandas que surgen de manera inesperada. En ocasiones, sus recursos personales y de pareja no son suficientes para abordar esta situación. En este proceso de adaptación a la situación a menudo surgen dificultades en la relación que pueden generar mayor tensión. Dentro de esa afectación general, podemos afirmar que la sexualidad se ve directamente “tocada” por la infertilidad. Los coitos programados, la incertidumbre, el proceso en general y el significado emocional de “sentirse infértil” modifican el sentido lúdico que deben tener las relaciones sexuales y los encuentros empiezan a ser menos frecuentes y placenteros provocando alteraciones en la vida cotidiana. Lo que vemos habitualmente en consulta son situaciones de falta de deseo, en mujeres y hombres y disfunciones eréctiles en los varones.

Por otro lado, hay disfunciones sexuales que afectan a la fertilidad, esto es, son causa de infertilidad: vaginismo, dipareunia, disfunción eréctil, falta de deseo... Todas aquellas disfunciones que impidan llevar a cabo una relación sexual completa y que impidan también exploraciones y analíticas que son imprescindibles en los tratamientos de reproducción asistida.

Podemos decir que la relación entre sexualidad e infertilidad, tienen una relación bidireccional.

Se hace necesario que se incluya una valoración de la sexualidad dentro de la valoración general de la pareja, se normalicen los cambios y se aborden las dificultades que lleguen a detectarse.

Independientemente de su origen, resulta evidente que la infertilidad interfiere en las relaciones sexuales de la pareja. El grado de afectación dependerá en gran medida de la calidad de la relación previa a la situación de infertilidad y por supuesto, de factores personales. En nuestros centros tratamos aquellas disfunciones sexuales puntuales causadas por la tensión y el estrés de los procesos de reproducción asistida y las emociones que genera “sentirse” infértil. También tratamos y ayudamos en aquellas disfunciones que son causantes de la infertilidad y que dificultan los procesos médicos de tratamientos y diagnóstico como son los vaginismos y la disfunción eréctil.

En reproducción asistida, se ofrece a los pacientes una atención integral en todas las dimensiones, médicas, biológicas, psicológicas y sociales.

36. El acné en la imagen de la mujer visto por dermatología, ginecología y sexología

Simposio Oedien

Autora: Isabel Mª Silva Reus

Realizamos un Simposio sobre el acné, para ello contamos con tres invitadas que nos dieron su visión desde tres aspectos muy importantes, desde la dermatología, desde la sexología y desde la ginecología.

Sabemos que el acné es causa de muchos problemas en las personas, tanto adultas como adolescentes. Cuando nos planteamos tratar el acné, debemos tener en cuenta que la persona que tenemos delante afronta en ocasiones problemas relacionales y de autoestima. Con el uso de las mascarillas todos estos problemas se han visto agravados, de hecho, ha habido sobre todo adolescentes a los que les supone un gran esfuerzo quitarse la mascarilla.

Nuestra propuesta es abordar el acné desde varios puntos de vista. Consuelo Jiménez expone la importancia de la autoimagen facial y su impacto en la autoestima y sexualidad. Marian Obiol revisa la anticoncepción combinada y la importancia del acné a la hora de realizar el asesoramiento anticonceptivo. Por último, Irene Latour expone la patogenia del acné y actualiza los diferentes tratamientos dermatológicos.

Sin duda esta sesión cambia nuestra mirada hacia el acné

El acné visto desde la ginecología.

Autora: Marian Obiol Saiz

La historia de la anticoncepción combinada ha sido doble, por una parte, la búsqueda de nuevos preparados mas seguros, efectivos y aceptables para la mujer. Y, por otra parte, la lucha contra mitos, bulos y fakes. El acné no ha sido ajeno a este combate. Las formulaciones mas antiguas o los gestágenos androgénicos pueden provocar o empeorar el acné.

No todos los anticonceptivos son iguales, cada uno tiene unas características que mejoran diferentes aspectos en la salud de la mujer. Oedien® (2 mg de dienogest-0.030 mg de etinilestradiol) además de ser un anticonceptivo hormonal combinado tiene la indicación de tratamiento del acné moderado que no responde a tratamiento tópico o a antibioticos orales. resistente a tratamiento local. Además, el dienogest es el gestágeno con mayor afinidad por el endometrio. A nivel clínico esta afinidad se traduce en disminución de dismenorrea y de sangrado menstrual abundante.

Promocionar la anticoncepción es promocionar la salud sexual-reproductiva y trabajar por la autonomía y libre decisión de la mujer. Un asesoramiento anticonceptivo honesto y ético derriba mitos, la anticoncepción es efectiva, segura, no produce acné ni seborrea ni hirsutismo. Además, con las pautas prolongadas la mujer decide cuando tiene el sangrado de privación, se derrumba el mito de la necesidad de sangrar todos los meses. Cambiamos un sangrado “natural” abundante y doloroso por un sangrado escaso e indoloro “saludable”.

En conclusión, Oedien® proporciona a la mujer un anticonceptivo muy efectivo, seguro con pocos efectos secundarios, y un aumento de calidad de vida que se traduce con una mejoría de la dismenorrea y del acné.

Acné desde el punto de vista dermatológico

Autora: Irene Latour Alvarez

El acné es un proceso inflamatorio de la unidad pilosebácea. En su desarrollo del acné intervienen diferentes factores, entre los que destaca el exceso de producción de sebo, la hiperproliferación de *Propionibacterium acnes*, la hiperqueratinización de los folículos pilosebáceos y diferentes mecanismos de la inflamación.

Existen diferentes tipos y grados de acné, y de ello va a depender el tratamiento. Asimismo, es necesario hablar con la paciente de la afectación de su calidad de vida a causa del acné, ya que en ocasiones un acné leve tiene una importante repercusión en las pacientes. En general, los acnés más leves, pueden manejarse con tratamientos tópicos pero si las lesiones son muy inflamatorias debe asociarse un tratamiento oral. Entre los tratamientos disponibles están los antibióticos orales del grupo de las tetraciclinas (minociclina o doxicilina), los anticonceptivos orales antiandrogénicos (preferiblemente dienogest/etinilestradiol) y la isotretinoína, un retinoide oral.

El tratamiento de elección en los acnés muy inflamatorios o con riesgo alto de cicatriz, es la isotretinoína. El uso de los retinoides en el acné es seguro pero requiere controles analíticos y una anticoncepción ya que es teratogénico en las mujeres. Por ello, es útil la combinación de un anticonceptivo antiandrogénico con la isotretinoína. Antes del inicio del tratamiento, debe de realizarse una analítica sanguínea que incluya hemograma, perfil hepático, lipídico, creatinina y prueba de embarazo. Este control debe de repetirse a los dos meses de iniciar el tratamiento y cada 3-4 meses. Se contraindica la toma de bebidas alcohólicas por el metabolismo hepático de la isotretinoína. Tras alcanzar la dosis objetivo del tratamiento (calculada mediante la fórmula de $120 \times \text{Kg}$ peso de la paciente), se suspenderá la isotretinoína y se

dejará un ciclo más antes de buscar un embarazo, aunque por seguridad, siempre se recomienda esperar dos ciclos. Como efectos secundarios esperables de este tratamiento está la sequedad, por lo que se recomiendan emolientes tanto en cara como cuerpo, siempre libres de grasas cuando se escoja la emoliente facial.

En cuanto a la alimentación en el desarrollo del acné, no hay nada claro. Se recomienda una dieta equilibrada rica en consumo de pescado, evitar la tomar excesiva de lácteos y de alimentos con alta carga glucémica.

Bibliografía.

1. Leung A, Barankin B, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Dermatology: how to manage acne vulgaris. *Drugs Context.* 2021; 10: 2021-8-6.

37. Mejorando la salud sexual: prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Curso de la Sociedad Valencia de Contracepción y Salud Reproductiva (SVCSR)

Autor: Joaquín García Cervera

Las ITS son infecciones producidas por agentes infecciosos específicos para las que el mecanismo de transmisión sexual (relaciones vaginales, anales u orales sin protección) tiene relevancia epidemiológica, aunque en algunas de ellas, dicho mecanismo no es lo más importante. Algunas ITS también se pueden transmitir durante el embarazo y parto y por medio de sangre o productos sanguíneos infectados. Constituyen un problema relevante de salud pública a nivel mundial por su alta prevalencia y por las graves consecuencias que tienen en la salud: salud general, salud reproductiva y en la salud sexual (disfunciones sexuales) si no son diagnosticadas y tratadas. Muchas de estas infecciones son asintomáticas.

Las ITS están producidas por bacterias, virus, protozoos, hongos, artrópodos y otros gérmenes. Las ITS más comunes y curables son trichomoniasis, chlamidiasis, gonorrea y sífilis. Los principales síndromes de las ITS por los que las personas consultan son: úlceras genitales, secreción uretral, descarga vaginal, verrugas genitales, lesiones en piel, problemas anales, dolor e hinchazón en genitales masculinos, dolor abdominal en mujeres o síntomas generales.

La prevención son las medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad (reducción de factores de riesgo) y a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria.

Prevención primaria: medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante control de los factores causales, predisponentes o condicionantes. La prevención primaria de las ITS se realiza mediante educación sanitaria (información del sexo seguro y los riesgos que existen de contraer una ITS ante las diferentes prácticas sexuales: oral, vaginal y anal), vacunación (hepatitis A y B y virus del papiloma humano), vigilancia epidemiológica, abstinencia y reducción del número de parejas sexuales, condones masculinos (reducen de forma considerable la transmisión de VIH y otras ITS), condones femeninos (controlados por la mujer), diafragmas vaginales (menor protección), circuncisión masculina, profilaxis previa a la exposición (PrEP) para el VIH y otras ITS, profilaxis posterior a la exposición para el VIH y las ITS (PEP), tratamiento del VIH como prevención (tratamiento antirretroviral de personas con VIH para prevenir el VIH entre parejas).

Prevención secundaria: diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin clínica) mediante la búsqueda de enfermedades lo más precozmente posible en sujetos "aparentemente sanos". Se realiza mediante el cribado de ITS en poblaciones en riesgo, estudio de contactos, servicios de pareja/s y terapia de pareja acelerada.

En la prevención terciaria se realizan acciones para la recuperación total de la enfermedad clínicamente manifiesta mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente (nuevas pruebas para detectar infecciones repetidas) para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunas.

Referencia:

1. Workowski KA et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR / July 23, 2021 / Vol. 70 / No. 4

38. Mejorando la salud sexual. Anticoncepción.

Curso de la Sociedad Valencia de Contracepción y Salud Reproductiva (SVCSR)

Autoras: Jessica Nogueira García; Isabel Maria Silva Reus

Correo electrónico: jesnogar@gmail.com

Introducción

Fuimos invitadas a participar en el XXI Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual "25 años de derechos sexuales", donde realizamos un curso sobre anticoncepción.

Cuando hablamos de Salud Sexual y Reproductiva, no debemos olvidarnos de la información que debemos dar sobre los distintos métodos anticonceptivos, tanto a las/los usuarias/os, como a las/los profesionales. Cuando hablamos de anticoncepción, "en algunos sectores" se considera que esta información la damos desde el miedo, pero nada más lejos de la realidad. Cuando informamos y educamos sobre la utilización de métodos anticonceptivos estamos educando en libertad, libertad para aquellas personas que quieren disfrutar de su sexualidad sin el miedo a un embarazo no deseado. Tenemos que reconocer que con la utilización de los métodos anticonceptivos estamos ayudando a separar el binomio sexualidad-reproducción.

No hace falta que os comentemos, que al usar un método anticonceptivo estamos separando nuestro aspecto sexual del reproductivo, y esto va a provocar que esa pareja pueda disfrutar de su sexualidad de una forma más libre, respetuosa y segura.

Clasificación métodos anticonceptivos.

Los diferentes métodos anticonceptivos los podemos clasificar en dos grupos en función de si se puede recuperar la fertilidad tras interrumpir su uso.

1. Métodos Irreversibles

Son aquellos métodos también llamados definitivos, en los que tras su realización la fertilidad queda interrumpida de forma permanente. Se deben aplicar en aquellas personas que tengan su deseo genésico cumplido, ya que de forma natural no podrán tener descendencia. Podemos distinguir:

a) Esterilización masculina: Vasectomía.

Se trata de un proceso quirúrgico simple realizado por un profesional sanitario que corta y sella/liga los conductos deferentes bajo anestesia local. Un 4.7 % de las mujeres españolas afirma que su pareja la tiene realizada.¹ No afecta al deseo sexual ni a la producción de hormonas masculinas, no afecta a la erección ni disminuye el volumen de semen. Su eficacia anticonceptiva es de un 99.85%.

Se debe tener en cuenta que este método anticonceptivo no protege de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) por lo que si te tienen relaciones con una nueva pareja es importante la utilización de método barrera como el preservativo.

b) Esterilización femenina: Ligadura de Trompas bilateral.

Un 3.8% de la población española femenina afirma haberse realizado este proceso quirúrgico simple.¹ El profesional sanitario liga/corta/sella las trompas de Falopio bajo anestesia general en una laparoscopia. Su acción anticonceptiva es de un 99.5% y al igual que la

vasectomía no protege de ITS.

Cada vez es más frecuente que mujeres y hombres con una esterilización definitiva deseen tener nuevamente hijos (tras separaciones, nuevas parejas, etc.) por lo que se deben ver abocados a técnicas de Reproducción asistida como la Fecundación in Vitro (FIV) o a técnicas complejas como la vasovasostomía (recanalización de los conductos deferentes).

2. Métodos Reversibles

Son aquellos en los que la fertilidad se recupera en cuanto cesa el uso del anticonceptivo. En este grupo vamos a diferenciar dos grandes grupos: los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) y los métodos anticonceptivos de corta duración (SARC):

a) Métodos reversibles de larga duración (LARC).

Estos métodos requieren que un profesional sanitario los inserte, sustituya o retire. No depende de la usuaria, por lo que los hace métodos muy efectivos con altos índices de continuidad. Una de las desventajas a tener en cuenta es que no protegen de las ITS.

Forman parte de este grupo métodos como:

- DIU Cobre.

El Dispositivo intrauterino de cobre es el método anticonceptivo más utilizado a nivel mundial. Su duración oscila entre los 5-10 años y debe ser colocado y retirado por un profesional sanitario. Es utilizado por un 2.9 % de la población femenina española¹. No contiene ningún componente hormonal y su acción anticonceptiva es del 99.2%. El mecanismo por el cual actúa es debido a su efecto espermicida y anti-implantatorio que genera la respuesta inflamatoria local estéril a la presencia de cuerpo extraño². Un inconveniente de este método es que genera mayor cantidad de sangrado menstrual y mayor dismenorrea y no protege de ITS. Cabe señalar que son métodos totalmente seguros en múltiparas y nulíparas así como en mujeres adolescentes.

- DIU Hormonal.

Dispositivo intrauterino de liberación hormonal (levonorgestrel) cuya duración oscila entre los 5-8 años que al igual que el DIU de cobre debe ser colocado y retirado por profesional sanitario. Es utilizado por un 3.8% de la población femenina española y su acción anticonceptiva es del 99.8%¹ Su efecto anticonceptivo se debe al espesamiento del moco cervical, inhibición de la movilidad de los espermatozoides y un efecto antiproliferativo del endometrio. Se trata de un método que genera cambios en el patrón de sangrado pudiendo producir ciclos irregulares y situaciones de amenorrea. Lo que lo hace útil además de para la anticoncepción para tratamientos de anemia, sangrado menstrual abundante, hiperplasia endometrial, etc². Están comercializados en España varios tipos, dependiendo de su carga hormonal

(Jaydess, Kyleena, Mirena, Levosert).

- Implante subdérmico

Se trata de un dispositivo subcutáneo de duración de 3 años inserto en la cara interna de la parte superior del brazo no dominante por un profesional sanitario. En España sólo está comercializado un dispositivo llamado Implanon NXT (68 mg etonorgestrel), el cual es utilizado por un 1.7% de la población femenina¹ y cuya acción anticonceptiva es del 99.95%. Su acción se consigue espesando el moco cervical, produciendo cambios en el endometrio que dificultan la implantación e inhibe la ovulación. Hay que tener en cuenta que es un método que puede modificar el patrón de sangrado y que no protege de ITS.

-Inyección Trimestral

Anticonceptivo de administración intramuscular cada 12 semanas utilizado por un 0.4% de la población femenina, cuya acción anticonceptiva es del 94%¹. Su mecanismo de acción se debe al espesado el moco cervical, cambios en el endometrio que dificultan la implantación e inhibición de la ovulación. Hay que tener en cuenta que es un método que puede modificar el patrón de sangrado, que no protege de ITS y que el regreso de la fertilidad se puede retrasar hasta un año tras su cese de administración.

b) Métodos reversibles de corta duración (SARC)

Son aquellos cuya efectividad depende de que la usuaria los utilice de forma adecuada y constante. Podemos distinguir en este grupo:

- Preservativo

Se trata del método anticonceptivo más utilizado por la población española, un 35.7%¹. Es el único que previene de embarazos no deseados y además protege de enfermedades de transmisión sexual. Son baratos, disponibles sin prescripción médica, asequibles, fáciles de usar y en caso de alergia al látex se disponen de preservativos de otros materiales como poliuretano. Se aconseja que, aunque utilicemos un anticonceptivo hormonal, siempre asociarlo al preservativo, lo que se considera, doble método, para así estar protegido contra ITS. El doble método es utilizado por un 27.6% de la población¹. Es importante resaltar que en caso de rotura de preservativo se debe utilizar la Píldora del Día Después lo antes posible (<72 h tras relación sexual en caso de píldoras con Levonorgestrel y < 120 h en píldoras con acetato de Ulipristal)

- Píldora sólo gestágeno

Píldora de uso diario utilizada por un 0.8% de la población femenina Española¹, cuya acción anticonceptiva alcanza el 91%. Su mecanismo de acción se debe al espesado del moco cervical, cambios en el endometrio que dificultan la implantación e inhibición de la ovulación. Su utilización más frecuente es cuando

están contraindicados anticonceptivos combinados que llevan estrógenos, como en la lactancia, obesidad, mujeres fumadoras >35 años, hipertensas, antecedentes de trombosis, etc. Hay que tener en cuenta que es un método que puede modificar el patrón de sangrado, no son reguladores de la regla y que no protegen de ITS.

- Anticonceptivos Hormonales Combinados.

Son aquellos que combinan un gestágeno, que inhibe el pico de LH y por lo tanto la ovulación y el estrógeno, que inhibe la liberación de FSH y por lo tanto impide el desarrollo folicular y estabiliza el endometrio. Su mecanismo de acción se lleva a cabo porque espesan el moco cervical, producen cambios en el endometrio que dificultan la implantación y regulan el ciclo menstrual.

Los podemos encontrar en 3 formatos diferentes:

Anticonceptivos hormonales combinados orales (AHCO).

1. Anticonceptivo de uso diario utilizado por el 17% de la población femenina española¹, cuya eficacia anticonceptiva es del 91%.
2. Anticonceptivos hormonales combinados: Parche. Anticonceptivo de administración transdérmica semanal utilizado por un 0.7% de la población¹. Existe un único parche comercializado en España, EVRA (libera 150µg de norelgestromina y 20 µg de etililestradiol cada 24h). Su acción anticonceptiva es del 91%. Al evitar el primer paso hepático, los niveles plasmáticos son más constantes y estables que la vía oral. No protege de ITS³.
3. Anticonceptivos hormonales combinados: Anillo vaginal.

Método utilizado por un 1.9% de la población femenina española¹, cuya acción anticonceptiva oscila en un 91%. Se trata de un anticonceptivo de administración vaginal mensual (anillo de etileno-vinil-acetato que libera 120 µg de etonorgestrel y 15 µg etinilestradiol al día) que durante tres semanas se mantiene en la vagina y la cuarta de descanso se retira, que es cuando se produce el sangrado menstrual. Al evitar el primer paso hepático los niveles plasmáticos son más constantes y estables que la vía oral. No protege de ITS³.

Una de las cosas que tenemos que tener en cuenta es cuándo están contraindicados los anticonceptivos hormonales combinados (Categoría 3y4 de la OMS). En casos de lactancia materna, mujeres >35 años fumadoras, obesidad (IMC>35), hipertensión, antecedentes de trombosis, trombofilias, cardiopatías, migrañas con aura, cáncer de mama, hepatopatías (cirrosis, adenoma hepático, hepatocarcinoma, etc)⁴.

Hay que tener en cuenta, que con toda la variedad de anticonceptivos que disponemos, sigue habiendo un 22.4% de la población femenina española que afirma no utilizar ningún método¹.

Beneficios no anticonceptivos y su afectación en la sexualidad

Con la llegada de la anticoncepción se pudo separar la reproducción de las prácticas sexuales, abriendo así el camino al disfrute de la sexualidad sin riesgos, aportando la liberación a la mujer. Pero tenemos que tener en cuenta, que los anticonceptivos además de poder utilizarlos para evitar embarazos no deseados, van a tener unos beneficios no anticonceptivos de gran utilidad en la práctica clínica.

- Mejorar la dismenorrea. Sabemos que es el dolor de origen ginecológico más frecuente en adolescentes y adultas jóvenes. El 60-73% lo padecen y un 56% puede ver disminuida su actividad cotidiana y un 14% falta a actividades escolares o laborales⁵. Todos los anticonceptivos hormonales combinados mejorarán la dismenorrea.
- Regulan el ciclo menstrual. En edades extremas de la vida fértil (adolescencia y perimenopausia) y síndromes de anovulación crónica (SOP) se pueden presentar alteraciones del ciclo menstrual que pueden generar angustia, ansiedad y que se pueden ver corregidas por a los anticonceptivos hormonales combinados que gracias al componente estrogénico son reguladores del ciclo menstrual.
- Mejoran situaciones de anemia disminuyendo el sangrado menstrual. El sangrado menstrual abundante (SMA) afecta al 10-30% de las mujeres en edad fértil. Ocasionan el 60% de consultas al médico de atención primaria por alteraciones menstruales y el 12% de derivaciones al Ginecólogo⁵. Con los anticonceptivos hormonales combinados podemos disminuir el volumen de sangrado en un 35-68% y con los DIUs hormonales llegar a disminuir el volumen en un 80-94% mejorando así la calidad de vida y salud sexual de estas mujeres.
- Disminuye el Síndrome premenstrual. Se trata de una serie de síntomas tanto físicos (aumento de peso, hinchazón abdominal, cefalea, mastalgia, dolor muscular y articular, etc.) como psicológicos (ansiedad, irritabilidad, cambios de humor, etc.) que generan un impacto significativo en la actividad diaria y relaciones interpersonales⁵. Esta sintomatología se puede ver mejorada por el efecto de los AHC con gestágeno drospirenona.
- Mejora dermatológica. Existen situaciones en las que las acciones biológicas de los andrógenos están aumentadas en la mujer, dando lugar a seborrea, hirsutismo, acné y alopecia⁵. Lo cual puede repercutir en baja autoestima, aislamiento social, peor salud mental, etc., que se puede mejorar gracias a anticonceptivos con acción

antiandrogénica. Y aportar por tanto mejora en la autoestima, la autoimagen, las relaciones interpersonales y su salud sexual⁶.

- Previene la pérdida de masa ósea. Los anticonceptivos hormonales generan un efecto positivo en la densidad ósea de las mujeres perimenopáusicas, en mujeres con insuficiencia ovárica prematura y en casos de osteopenia por hipoestrogenismo en mujeres deportistas con amenorrea⁶.
- Previene de enfermedades mamarias benignas tales como mastopatía fibroquística, fibroadenomas, quistes mamarios, mastodinias, etc.⁶
- Disminuye el riesgo de patología ginecológica, como endometriosis, dolor pélvico crónico, enfermedad inflamatoria pélvica, miomas, pólipos, etc.⁶, mejorando así la calidad de vida de estas mujeres y por consiguiente mejorar su salud sexual.
- Previene de enfermedades neoplásicas. Los AHC reducen un 40-60% el cáncer de ovario, cáncer con una alta mortalidad debido al retraso en su diagnóstico. Reduce un 50% el cáncer de endometrio, tercer cáncer más frecuente en la mujer y disminuye un 20% el cáncer de colon, que es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres⁷.

¿Cómo afectan los anticonceptivos a al deseo sexual? ¿Se trata de un mito, de una realidad? Contestar esta pregunta no es sencillo, ya que existe una gran dificultad, en el deseo sexual intervienen factores personales, psicológicos y sociales. En la literatura hay numerosos estudios que tratan de dar luz a esta pregunta, pero la mayoría son ensayos no controlados y con resultados controvertidos. Un reciente estudio valenciano indica que los anticonceptivos hormonales no ocasionan directamente alteración sobre la respuesta sexual en la mayoría de las mujeres que lo utilizan. Hay que tener en cuenta otras variables sociodemográficas, culturales, conducta sexual, etc.⁸. Aunque si miramos los prospectos de los diferentes métodos, en la mayoría, un efecto secundario que se expone es la disminución del deseo sexual/líbido. Por lo que habrá que individualizar, que sea la usuaria la que valore las desventajas y los beneficios que ese anticonceptivo le ocasiona.

Puntos clave

- La anticoncepción da libertad y es la mujer quien elige su método tras ser debidamente asesorada.
- La edad no contraindica ningún método anticonceptivo.
- La anticoncepción es más que evitar un embarazo.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Contracepción (SEC). Encuesta anticoncepción 2022. Disponible en: <http://hosting.sec.es/descargas/encuesta2022.pdf>
2. Rojas, H. B. (2019). Elección de Método LARC y Personalidad: Evaluación con Método DISC. Obtenido de http://hosting.sec.es/Memorias_Master/Barahona_Hector.pdf.
3. Serrano JR, Quílez J. Protocolo en Anticoncepción oral combinada, transdérmica y vaginal. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2019.
4. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5.ª ed. 2015. ISBN: 978-92-4-154915-8.
5. Pérez E, Lobo P. Gestágenos y mujeres. Algoritmos de decisión. Lab. Effik. Dic. 2016.
6. Mendoza N, Sánchez-Borrego R. Classical and newly recognised non-contraceptive benefits of combined hormonal contraceptive use in women over 40. *Maturitas*. 2014; 78(1): 45-50.
7. Lobo Abascal P. Protocolo anticoncepción hormonal y riesgos de cáncer de mama, ovario, endometrio, cérvix y otros. Disponible en http://hosting.sec.es/descargas/PROTOCOLOS/PR_AH_Cancer_PalomaLobo_FIRMADO.pdf
8. Hurtado-Murillo F, Sanchez Pérez R, Orenga Orenga BJ, Donat Colomer F, Perpiñá Cano J, Savador Vila I, Parra Ribes MI, García Cervera J, Silva Reus IM, Bernabeu Pérez S. Estudio sobre el efecto del uso de anticonceptivos hormonales en el deseo sexual de las mujeres. *Revista desexología* 2020; 9(2): 8-30

39. Casos clínicos: determinantes del éxito.

Curso FLASSES.

Autores/as: Rafael García Álvarez; Silvina Valente; Alicia Fernández Villanueva; Jaqueline Brendler; Felipe Hurtado Murillo; Stuart Oblitas Ramírez

Coordinadora: Jaqueline Brendler

Correo electrónico: jesnogar@gmail.com

Presencia de vaginismo en una pareja cristiana
Rafael García Álvarez

INTRODUCCIÓN

La condición que hoy llamamos vaginismo fue descrito por primera vez en el siglo XII por la Ginecóloga Trotula de Salerno, pero no es hasta 1881 en que Sim lo describe como lo conocemos hoy día. En 2013 la Asociación Americana de Psiquiatría lo incluye junto a la dispareunia, dentro de los trastornos por dolor y los

clasifica como “Dolor Genito-Pelvico Penetración”.

El riesgo de vida de sufrir vaginismo se ha estimado entre un 17% y un 19% (Laumann, Paik, & Rosen, 1999). Un estudio realizado con 322 casos seleccionados aleatoriamente de una población de 1,651 mujeres Hondureñas, se encontró una prevalencia de 20%, hasta el momento esta es la prevalencia más alta encontrada en Latinoamérica, (Zabala, Zelaya, Donaire, et.al.2012). Sin embargo, los mejores estimados son reportados por otros investigadores (Christensen, et al, 2011) quienes muestran cifras entre 0.4% y 6%, aunque en otras culturas se han reportado cifras mucho más elevadas. (Yasan y Nurten, 2009).

Fadul (2019) realizó un estudio de casos y controles en República Dominicana con una muestra de 120 mujeres (40 casos de vaginismo y 80 controles sin patología sexual). Analizó variables psicosociales como predisponentes de vaginismo. Concluyó, que los patrones de crianza flexibles o restrictivos, la falta de educación sexual, el abuso sexual, este último, aunque se encontró en mayor frecuencia en el grupo de casos, no mostró diferencias significativas ni tampoco ninguno de los otros elementos estudiados, aunque se podría hablar de factores de riesgo. Sin embargo, identificó cuatro variables o indicadores que si correlacionaron con la aparición del vaginismo:

1. miedo al desgarro o sufrir daño vaginal,
2. miedo al sangrado,
3. miedo al dolor y
4. miedo a sufrir un ataque de pánico si eran penetradas,

Caso Clínico: Ana es una mujer de 30 años, casada hace 6 meses en que decide ir al ginecólogo debido a dificultades de intenso dolor ante todo intento de penetración y que por esa razón no se ha podido consumir el matrimonio.

El ginecólogo me informo que no había ninguna anomalía en sus genitales externos aunque no se hizo examen vaginal con introducción del dedo o especulo debido a que la paciente era virgen.

En su historia personal refiere estar estudiando en la universidad la carrera de mercadeo y además trabaja en una empresa de 8:00 AM a 5:00 PM. no se encontraron antecedentes de abuso o violencia sexual en su infancia o adolescencia. Dice que fue criada en un ambiente estable sin violencia donde son fervientes obedientes de los mandatos de su religión cristiana donde se insistía en que la iniciación sexual debe hacerse bajo las reglas impuestas por su religión y la masturbación era considerada como pecar contra su propio cuerpo.

La pareja antes del matrimonio podía realizar besos, abrazos, caricias que no envolvieran los genitales. No había historia de masturbación porque tampoco era permitido.

Considera que el intento de la primera relación sexual fue traumático debido a que su marido fue brusco al intentarlo y tremendamente doloroso, no reporto daños a sus genitales y no ha seguido intentando tener relaciones porque ahora no sabe si es miedo y después dolor, pero en cada intento ella se retiraba y no permitía ni el roce del pene porque temía que el marido pudiera intentar de nuevo la penetración. Sin embargo, permitía el sexo oral receptivo pero no se lo hacía al marido debido que le daba náuseas la lubricación de él.

Manejo:

1. Se realizó la historia clínica de la paciente y luego se invitó a la pareja a participar y presentar su versión del inicio de la relación sexual.
2. La pareja fue educada con relación a la anatomía y fisiología de los genitales
3. Se discutió con la pareja comprensión y apoyo para poder resolver el problema
4. Se entrenó la paciente en Mindfulness como un proceso de relajación y control de la ansiedad
5. Se explicó la necesidad de que ella explorara sus genitales, se tocara para que se diera cuenta de que no había daño externo y que ese contacto no producía dolor.
6. Se introdujeron los ejercicios de Kegel
7. Se inició un proceso de desensibilización sistemática luego de establecer una jerarquía sintomática del nivel de temor ante el objeto temido.
8. Se inició la introducción del su propio dedo dentro de la vagina acompañada por su pareja que luego de la primera etapa, se utilizaría el dedo de la pareja.
9. La pareja haría intentos de acercamiento del pene a la vagina con palabras que den seguridad de que no habrá sorpresa de penetración que no esté autorizada por la pareja.
10. El manejo fue totalmente exitoso.

Dolor vulvar crónico postinfección por HPV

Silvina Valente

De acuerdo a la OMS la sexualidad es un pilar fundamental en la salud para promover la calidad de vida, es multidimensional y multifactorial.

Dentro de este contexto en el curso de FLASSES en el Congreso XXI CLASES desarrollado en Valencia en noviembre de 2022, fuimos invitados a desarrollar una exposición en base a experiencias clínicas donde los conocimientos en sexualidad fueran fundamentales en la resolución de una entidad clínica.

Desde 1976 el dolor vulvar pasó de ser catalogado como un síntoma de quemazón vulvar a ser considerado

un trastorno de dolor crónico visceral. Lo cierto es que intentar definirlo es complicado ya que actualmente nos cuesta entenderlo en su totalidad, aunque cada vez más son las mujeres que consultan por este síntoma. El dolor y la sexualidad, dos entidades multidimensionales que requieren conocimientos multidisciplinarios y en varias ocasiones la intervención interdisciplinaria. En 2013, la nomenclatura de otras condiciones relacionadas con el dolor sexual en las mujeres se revisó en un documento de consenso respaldado por la Sociedad Internacional para el Estudio de la Enfermedad Vulvovaginal, ISSWSH y la Sociedad Internacional de Dolor Pélvico. En consecuencia, el dolor vulvar persistente se define como “dolor vulvar causado por un trastorno específico: infeccioso, inflamatorio, neoplásico, neurológico, traumatológico, iatrogénico, deficiencias hormonales”, y diferenciado de la vulvodinia, definida como “dolor vulvar de al menos 3 meses de duración, sin una causa claramente identificable, que puede tener factores potenciales asociados”. Si bien las definiciones son claras la diferenciación clínica y su diagnóstico como así su abordaje terapéutico presenta varios puntos oscuros, que necesitan revisión. Por eso hablar de incidencia es impreciso, aunque la irritación, las molestias, el prurito, quemazón y el dolor vulvar son quejas frecuentes en la consulta ginecológica, como también los son las molestias y dolores sexuales relacionados, pero manifestados con menor frecuencia en la consulta especializada por vergüenza y/o por imprecisión en el diagnóstico, ineficacia en el tratamiento y confusión en las derivaciones a otras especialidades, en otras palabras a las mujeres que no naturalizan los síntomas, les cuesta plantearlos a un profesional y si lo hacen suelen no obtener una solución. Incrementando la ansiedad, el temor y también el malestar, sumando un componente emocional alta y mayor vulnerabilidad.

Dentro de los controles de rutina en salud femenina se encuentra el investigar la presencia de HPV (papilomavirus humano) en el tracto genital inferior. Cada vez que una mujer realiza un control de salud genital, aguarda el resultado de si tiene o no HPV, la incertidumbre crea un impacto que depende del conocimiento de cada una, de la información otorgada por el profesional y por las creencias construidas en torno a este estudio. El HPV es una infección de transmisión sexual que popularmente se asocia con el cáncer de cuello de útero; dos noticias que ninguna persona querría recibir en un control de salud. Sabiendo que las mujeres de poblaciones con mejor información acerca del virus el impacto del diagnóstico es negativo y se acompaña de malestar. La interconsulta con un sexólogo puede prevenir los impactos conocidos en la vida sexual.

En un estudio realizado por Dominiak-Felden acerca

del impacto del HPV en la calidad de vida y bienestar psicosocial en el Reino Unido (2013) describió que las mujeres con verrugas vulvares por HPV emperó su sexualidad y el impacto psicológico negativo presentando mas ansiedad, malestar y hasta depresión. Los ginecólogos que realizan pruebas y diagnósticos relacionados con el HPV deben ser conscientes de que estas actividades pueden tener efectos adversos en el bienestar psicosocial de las mujeres e impacto en la sexualidad, por lo que la comunicación y la información debe ser precisa, real y empática no promoviendo el miedo y las emociones negativas, brindando seguridad y claridad de abordaje. Mucho deberíamos revisar acerca de las maneras de comunicar médicas cuando de promoción de salud se trata, ya que nuestro entrenamiento es en patología y las personas que nos consultan quieren conservar o recuperar la salud.

El caso clínico de Paula es un caso representativo de varias situaciones que se repiten en los consultorios de ginecología y una muestra como la interdisciplina y la intervención sexológica puede resolver en pocas intervenciones situaciones de manejo complejo en un consultorio de especialidad.

Caso Clínico: Resumen

Paula, de 39 años, derivada a sexología clínica por una ginecóloga especialista en HPV por dolor vulvar crónico que le impide tener relaciones sexuales.

Paula es divorciada y actualmente en pareja (no conviviente) con Juan de 46 años, desde hace 5 años y medio 39 años, quien tiene una hija de 10 años de un matrimonio anterior, del cual se divorció hace 8 años atrás.

Queja: Dejé de tener relaciones sexuales con mi pareja por dolor y quiero recuperar mi sexualidad y ya consulté con 5 ginecólogos y la última me mando acá.

Antecedentes de HPV vulvar tratado con topicaciones de ac. Tricloroacético en 2018.

Refiere que a partir de este tratamiento inició con molestias vulvares y dificultades para tener encuentros sexuales con su pareja, y que Juan nunca presentó lesiones.

Antecedentes personales y heredofamiliares de importancia:

- 2015 se separa por violencia de género y va a vivir con los padres
- 2016 se muda sola
- 2016 se incendia el departamento, ella en coma 5 meses de internación
- 2017 fallece la madre de Ca de ovario+ depresión
- 2018 meses fallece el padre con Parkinson, a quien cuidó 2 hermanas mayores 16 y 8 años respectivamente.

Historia del dolor:

- Inició entre 3-4 meses después del tratamiento por HPV
- Previamente tuvo molestias, picazón, irritabilidad y le molestaba el sexo oral y el tacto
- Fue empeorando hasta no poder tener relaciones sexuales con Juan y no poder estar sentada mucho tiempo, y no usar jeans ajustados
- Varía de intensidad y frecuencia durante el día
- Refiere mayor dolor en introito derecho de manera puntual
- A veces siente la vulva pesada

Examen ginecológico:

- Se observó inflamación del área vestibular y aumento de la vascularización en región vestibular leve
- No se observa lesiones por HPV
- Q tip positivo generalizado
- Tacto unidigital dolor puntual en tercio inferior de vagina derecha
- Contractura de músculos perineales
- Cuello sano

Estudios complementarios:

- Cultivo de flujo y pH: Negativo /4,3 / Flora predominante lactobacillus
- PAP con trofismo: hipotrófico sin signos de HPV
- Ecodoppler venoso: Plexos útero-ováricos y cérvico vaginales ligeramente ectásicos con reflujo ante las maniobras de Valsava. Puntos de fuga pudendos bilaterales con vasos insuficientes a nivel vulvar. Asimetría en las velocidades de flujo de las arterias clitoridianas siendo menor a 10 cm/seg del lado derecho.
- Neurografía por RMN de nervio pudendo con contraste: asimetría morfológica del músculo piramidal derecho, aumentado de tamaño con respecto al contralateral. Se observan dilataciones vasculares venosas perineales con compromiso del territorio pudendo interno.

Abordaje Sexológico:

- Se aplica herramienta PLISSIT
- Permiso para hablar y brindar un espacio real para contar su historia/ Conocer a la consultante/ Validar su relato Sexoeducación
- Se brinda información acerca de la vulva, la vagina, el HPV: adecuada no a través del miedo/ evacúan dudas/ flexibiliza sexualidad Tratamiento.
- Lidocaina local /Aceite de coco/Promestriene/ Diosmina+ flavonoides expresados en hesperidina
- Ejercicios de autoconocimiento vaginovulvar y piso pelviano.

Evolución:

En 3 consultas donde Paula refiere haber encontrado un espacio para conversar, manifiesta confianza en el abordaje, luego de las primeras dos semanas poder estar sentada libre de dolor más tiempo, andar en moto, usar copa menstrual y alivio emocional. Logro acercamiento con Juan, pudieron abrazarse e acercamiento corporal no genital e inicio de desensibilización vulvovaginal. Luego de 1 mes y dos entrevistas más Paula se encuentra teniendo relaciones sexuales con coito vaginal sin dolor y sin síntomas vulvovaginales. Inició terapia cognitiva conductual personal y concurre a controles mensuales en sexología.

Comentarios Finales:

Conocer la multidimensionalidad del dolor, jerarquizar el relato de las mujeres que lo padecen, conocer las posibles causas, y factores concurrentes e investigarlos es fundamental para no cronificar situaciones que generan malestar, angustia y hasta depresión, con consecuencias en su vida personal, emocional, de pareja y social. Generar empatía y ambiente cómodo para dar permiso a ampliar el relato. Concientización genital positiva, capacitarnos en el trabajo corporal sensorial y en colaborar a que las mujeres y sus parejas puedan sentir placer.

Intervención psico-sexo-pedagógica para lograr el inicio de la intimidad sexual en pareja heterosexual de 19 y 20 años sin experiencias sexuales previas ni educación sexual formal

Alicia Fernández Villanueva

Entrevista

- Lectura al historial Psicosocial de J.A.S.F. y de N.P.C.
- Historial de desarrollo de J.A.S.F.
- Historial de desarrollo de N.P.C.
- Estado Emocional de cada uno, fortalezas y áreas a mejorar.

Motivo de visita

J.A.S.F. llevan tres meses de noviazgo, primera novia para él y primer novio para ella. Timidez y temor de ambos para dar primer paso para acercamientos íntimos sexuales y desean dialogarlo, pero hacer las cosas bien. Él indica que se está masturbando demasiado pero que realmente ya no recibe placer y se siente culpable y luego durante el día se siente débil y su autoestima le baja. Desea dejar de masturbarse, sentirse más seguro y poder hablar de sexualidad sin temor, con el propósito de que ambos se sientan bien y que estén claro para iniciar su intimidad sexual seguros. N.P.S. desea iniciar su intimidad sexual con él, no sabe cómo sería pues nunca se ha activado sexualmente, se masturba con sus manos y un pequeño

vibrador de clítoris. Dice sentirse muy insegura y no se atreve iniciar este tipo de encuentro. Señala que su estado emocional es estable, aunque la comunicación con su padre y su madre es buena, no se atreve a dialogar con ellos de temas de naturaleza sexual. Se siente preocupada por la relación de noviazgo porque, aunque admira lo caballeroso y educado que es J.A.S.F, siente que él siempre está ansioso

Diagnóstico: (a) Analfabetismo sexual de ambas partes. (b) Desconocimiento en prácticas eróticas, (c) Compulsión masturbatoria. (d) Trastorno de ansiedad por ejecución.

Referido: Se le dio referido para evaluación física con urólogo y ginecóloga respectivamente y traerla en su próxima cita. Propósito: descartar o confirmar alteraciones orgánicas (Cabello Santamaria, 2019).

Área: Sexopedagogía

1. Conocimiento sexual individual: (a). Administrar pruebas para comprobar conocimiento sexual adquirido (Universidad Salamanca 2017). (b) Prueba de Inteligencia Sexual (Conrad & Milburn 2002). (c) Ejercicios de exploración sexual personal (individual). (d) Realizar ejercicio de descubrimiento e identificación de lo que cree son sus áreas erógenas. (e) Llevar a cabo actividad masturbatoria, describir procedimiento. (f) Mencionar cuáles cree que son las áreas erógenas de la pareja.
2. Discusión de resultados de las pruebas y resultados de los ejercicios.
3. Identificación de áreas del conocimiento sexual.
4. Exponer cómo se sintieron realizando los ejercicios.
5. Indicar cuáles fueron las áreas que más placer le provocaron en su autoexploración y cuáles no.

Intervención Sexopedagógica

- Biblioterapia.
- Discusión y análisis de las lecturas asignadas.
- Presentación y análisis del diagrama del ciclo la respuesta sexual (Fernández, 2000) brindado e identificar lo que sucede en cada una de las fases dentro del ciclo de la respuesta sexual. Lectura y presentación ilustrada de las áreas erógenas y técnicas de despertar del erotismo a través de los sentidos (Fernández, 2016).
- Presentación y usos de los Métodos anticonceptivos.

Área Sexoterapéutica. Técnicas Sexoterapéuticas

1. Ejercicios para descubrir sus áreas erógenas y compararlo con ejercicio inicial
2. Visita al Laboratorio Sexual para (a) ver demostración en video de la masturbación de la mujer y del hombre, al igual que la masturbación del hombre y a la mujer y viceversa. (c) Anotar sus reacciones. (d) técnicas de control eyaculatorio para el varón.
3. Tarea en el hogar: realizar proceso masturbatorio dos veces (no más) por semana en días alternos de forma individual en privado por dos semanas. Anotar sus observaciones, comparando cada sesión.
4. Realizar juego juntos de exploración e identificación y enumeración de las áreas erógenas de sus cuerpos (sin tocar la genitalia ni los senos) utilizando diagrama de figura humana femenina y masculina. Identificar áreas erógenas primarias, secundarias y terciarias (observación, no deben llegar al coito).
5. Discusión del juego asignado, indicar como se sintieron, señalar las áreas erógenas primarias, secundarias y terciarias de cada uno.

Intervención clínica

(a) Administrar prueba para detectar sintomatología de Ansiedad (Inventario de Beck). (b) Discusión de resultados. (c) Terapia Cognitiva Conductual. (d) Tarea en el hogar: tener intimidad sexual plena aplicando las técnicas eróticas y respiratorias aprendidas. (e) Cuán satisfactorios estaban de su ejecución y áreas a mejorar.

Cierre de caso: No evidenciaron síntomas de ansiedad, han sostenido relaciones sexuales tres veces o más por semana. Se le dio de alta con cita abierta.

Referencias

1. A. T, Steer, R. 1993 Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
2. Trastorno de ansiedad www.mayoclinic.org
3. Cabello Santamaria, F. Manual de Sexología y Terapia Sexual, pág. 170-175. Editorial Síntesis S.A., Madrid 2019.
4. Conrad, S, Milburn, M; Inteligencia Sexual (2002). Editorial Planeta, Barcelona 2002 ISBN10: 8408044348x/ ISBN 13: 9788408043485.
5. Crooks, R. Bauer K. Nuestra Sexualidad Cengage Learning Editores, S.A. de CV. Santa Fe, Mexico 2013. pág. 87-123 ISBN: 13 978495095545/ ISBN 10: 0495095540.
6. Fernández, A La Sexualidad a lo largo del ciclo de vida. Ponencia dictada en Simposio de Asociación

- de Psicólogos de P.R. 2014, Carolina, P.R.
7. Fernández, A; Curso de Erotismo, Master en Sexología del Instituto Sexológico, Educativo y Psicológico de P.R 2026.
 8. Jimenez Albundio, M; 8/11/22 Inteligencia sexual, cómo desarrollar su potencial. Revista de bienestar de la salud # 24 <https://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/sexologia/inteligencia-sexual-como-desarrollar-su-potencial>
 9. Rodriguez Lopez, R; 2022 Scribdinc.: <https://www.scribd.com/document/543232316/EVALUACION-DIAGNOSTICA-1>
 10. Romero, L; Elementos de la sexualidad y Educación Sexual (2003) Centro de Asesoría y Consultoría Impreso por Calendario Espriellabe, Colombia pagina 17-23
 11. Universidad de Salamanca, 1/13/17 Comprueba cuanto sabes de Sexualidad Servicios de asuntos sociales <https://sas.usal.es/comprueba-cuanto-sabes-sobre-sexualidad/>

Deseo sexual hipoactivo (HSDD) tras nacimiento de la primera hija en una mujer con educación represiva Jaqueline Brendler

Según Cabello-SantaMaría et al (2020) la prevalencia de casos severos de HSDD es de 10.27% y de casos moderados 22.43% El reporte es de Ana de 34 años casada con Otto de 44 años. Él tiene su propio negocio y ella es ama de casa, aunque fue a la universidad sin terminar. Refiere que Deseo “se congeló mucho” por lo que acudió a consulta. Ella dice que tiene un útero didelfo y el problema comenzó cuando nació su hija prematura hace 10 años. Como tenía “mil preocupaciones en la cabeza” las ganas disminuyeron. Antes de eso, tuvo un aborto y su hija tenía una membrana hialina. Cuando la hija tenía 1 año y 6 meses, entró en depresión y lo que resolvió fueron los cuatro años de tratamiento con homeopatía. Mencionó bajo deseo sexual y tomó medicina homeopática que no resolvió.

RELACIÓN: la pareja ha estado junta durante 17 años. El noviazgo duró 3 años. Vivían en diferentes ciudades; Dijo que se casó por amor. **SITUACIÓN ACTUAL DE LA PAREJA.** Ama a su esposo, pero el HSDD ha empeorado en los últimos 3 años. No le deja tener Sexo Oral, último coito hace 1 mes, y evita el cariño porque piensa que “después querrá tener sexo”. **VIDA SEXUAL:** Iniciación sexual a los 19 años con su esposo: “fue como lo soñé”. **LA VIDA ANTES DE CONOCER A SU MARIDO.** Ella es la hija del medio y tiene dos hermanas. Nació en un pequeño pueblo de la costa. Tenía poca vida social. ¿CÓMO CONOZCO LA SEXUALIDAD? A los 13 años, la madre hablaba del acto sexual como algo “repugnante

y sucio”. La madre también a los 10 años explicó sobre la menstruación. **EDUCACIÓN REPRESIVA:** Dice que “perder la venganza antes de casarse tenía dos problemas según la familia: 1) era pecado mortal; 2) Se devaluaría en la ciudad. Familia practicante católica yendo a la iglesia con frecuencia. **VIOLENCIA SEXUAL:** Su cuñado llegó una noche a su habitación en ropa interior y le pidió que “se rascara el pene”. Ella lo rechazó. Todos en la familia escucharon sobre la Violencia y la apoyaron. La madre le dijo a otra hija que podía separarse de su esposo. Ella tenía 16 años. Ahora el cuñado ya acosó a una prima. Dice que “mi sueño era ser madre y no tener profesión”. **SEXUALIDAD DURANTE EL NOVIAZGO:** Tuve deseo, excitación y orgasmo. **SEXUALIDAD ACTUAL:** 10 coitos: cero deseos, 7 veces lubrica, 7 a 8 orgasmos. Sin fantasías sexuales. Miedo de no volver a tener apetito sexual.

LA HIJA: tiene 10 años. Dice “está más ligada a temas sexuales”, se masturba y hace bromas sexuales cuando le digo “te amo” a su esposo.

Tratamiento:

1) Explicado origen multifactorial del HSDD. Se mencionó que la prematuridad de un niño es una de las etiologías.

2) Aclarado deseo sexual espontáneo y lo que responde a la seducción de la pareja y que ella tenía HSDD que era un problema muy frecuente en relaciones de largo plazo.

3) Explicó que en su tratamiento se utilizaría la línea cognitiva conductual acompañada de las técnicas de terapia sexual. Preguntó acerca de la testosterona e insistió en hacerse pruebas hormonales. Sus exámenes salieron normales.

4) Orientado a tener un tiempo solo para ella, para relajarse, para poder aplicar crema en su cuerpo, prestar atención a las sensaciones de su cuerpo.

5) Está prohibido el coito y se le permite ayudar a su esposo a eyacular y tener un orgasmo.

6) Orientada a la Técnica del Menú Sexual, que se basa en “pensar en el buen sexo varias veces al día” para erotizar su mente y descubrir también lo que para ella era un afrodisíaco. La técnica se realiza en 3 pasos.

Ofrecí una lista de películas (dramas o novelas eróticas) con 2 a 3 escenas de sexo, libros con contenido erótico o romántico o historias eróticas.

Paso 1: Se le indicó que estuviera sola, relajada y sin celular para utilizar el material. La primera tarea fue elegir las escenas agradables (X minutos de la película, Z párrafo en la página Y del libro o cuento). **Paso 2:** Memoriza las escenas agradables elegidas y si alguna es de una película “haz un mini video de la escena”. **Paso 3:** Piensa en las escenas elegidas y/o mira los videos tres

veces al día. Pon tu celular a despertar para recordarte esta cita. Piensa también en las escenas antes de acercarte a tu marido.

Se le aconsejó que el Menú Sexual era una técnica segura, sin presiones, ya que iba acompañada de la técnica del coito prohibido. Con su mente más a menudo y una situación erótica en el futuro, se volvería más receptiva a los estímulos de su marido y sería más consciente de los estímulos eróticos cotidianos. La técnica también traería material sobre pareja, matrimonio, sexualidad para ser discutido en las sesiones.

Después de tres semanas de usar la técnica del Menú Sexual, dijo que “estoy sintiendo mi cuerpo otra vez”. Ha visto 3 películas y está leyendo la revista romántica de su hija Vik. Pensó en el sexo la mayoría de los días además de ver el material antes mencionado. En la cuarta semana tuvo relaciones sexuales con su marido y recordó que en presencia de un “gran deseo podía tener relaciones sexuales”. Dijo que “nací de nuevo para el sexo”. Empezó a dormir sin ropa “cuerpo sobre cuerpo”. Apartó los pensamientos negativos sobre la nueva cirugía de su hija pensando en el sexo. Vio 2 películas. En la quinta semana admitió que con la falta de deseo se “cerró a las oportunidades sexuales”. Comentó que “¿cómo algo tan delicioso pudo convertirse en algo tan malo y pesado?”. Pensó mucho en el sexo esa semana. En la sexta semana, tuvo relaciones sexuales casi a diario y la mayor parte del tiempo tomó la iniciativa. En la mayoría de los coitos, también tuvo lubricación y orgasmo. En la séptima semana. Tuvo deseo mientras estuvo unos días en casa de sus padres y tuvo relaciones sexuales. Admite que en el pasado puso a Vik a dormir con ellos en el dormitorio. Vio 2 películas y pensó en sexo. A la octava semana dijo “Dejé el CIO” sé que volverán las ganas y siguió viendo películas y pensando en sexualidad y romance. En la novena semana hubo dos juegos eróticos sin muchas ganas; luego tuvo 2 juegos eróticos seguidos de coito porque había deseo y tuvo 2 orgasmos. Le hizo una felación a su esposo, pero temía que eyaculara. En la sesión la orienté a hablar y hacer un pacto con su marido de “no eyacular”, ella veía películas. A la décima semana vio 2 películas eróticas, volvió a tomar la iniciativa sexual, tuvo 2 coitos y 1 orgasmo, pero sabe que en el otro coito no estuvo muy metido. Por primera vez, al pensar en las escenas de sexo, puso a la pareja en la práctica sexual, es decir, reemplazó al hombre por su marido. En el pasado había comentado que esto sucedería. En la undécima semana: la sesión no vino porque su hija estaba operada. En la duodécima semana vio 4 películas y empezó a pensar de nuevo en el sexo con su marido. Al visitar la sede de la empresa de su esposo, donde solo trabajan hombres que traen nuevas novias a las fiestas, comentó: “Debe ser interesante en la vida de soltera tener sexo con más hombres”. Nunca viviré esto. Aclaré que

es común y saludable tener fantasías sexuales con otros hombres, aunque en la vida real solo tengo una pareja sexual. En la decimotercera semana y la decimocuarta semana no llegó la terapia porque viajaron (la pareja y la hija) se enfermaron, luego ella vio 3 películas, pensó en sexo y durante cinco días tuvo relaciones sexuales. En la decimoquinta semana dijo que fue al homeópata y dijo que la terapia sexual resolvió su falta de deseo sexual. Dijo que estaba segura de que había recuperado su sexualidad y que estaba mejor que cuando eran novios y antes de tener a su hija. Se comentó que logró resignificar su sexualidad y logró identificarse con el rol de mujer sexual como se identificó con el rol de hija y madre. Fue dado de alta de la terapia.

En todas las sesiones en las que vio películas se habló de su contenido. Durante el tratamiento respondió dos cuestionarios. Vio dos películas educativas del Instituto Sinclair sobre la sexualidad.

Biografía principal: “Cardápio Sexual: um tratamento baseado em pensar em sexo para mulheres com HSDD”. Brendler, J. RBSH 2005, v.16, n1, 89-104

Dilemas en tratamientos de afirmación de género en personas trans no binarias

Felipe Hurtado Murillo

La identidad, en general, es la forma en que las personas piensan de sí mismas, o se describen a sí mismas ante otras personas. Es un sentimiento de pertenencia, se obtiene a partir de la vida en relación y puede cambiar con el tiempo, no es inmutable, sino que es un proceso dinámico estando en continua evolución.

La identidad sexual no se elige, sino que se siente y constituye un elemento esencial de la personalidad y está constituida por la suma, no siempre en la misma proporción de: sexo biológico, identidad de género, rol y orientación sexual.

Cuando hay discordancia con la identidad sexual sentida y las características fenotípicas de su sexo se puede producir malestar o disforia y solicitar modificar estas características sexuales primarias y/o secundarias.

Con el término “trans” (identidades trans) englobamos la heterogeneidad de experiencias de las personas que se identifican o expresan con una identidad de género diferente del sexo que le fue asignado al nacer. Habiendo personas trans binarias, mujer y hombre trans, y personas trans no binarias que son aquellas personas que tienen un género que no es ni masculino ni femenino y pueden identificarse como hombres y mujeres de una vez, como diferentes géneros en diferentes momentos, como ningún género en absoluto, o disputar la idea misma de “sólo dos géneros”.

La transición de género es un proceso personal y único

de autoafirmación de la propia identidad que persigue la adaptación progresiva a la identidad de género sentida. Para algunas personas implica aprender a vivir socialmente en el otro rol de género, mientras que, para otras, significa encontrar un rol y expresión de género que les resulte más cómodo. Es un proceso complejo que puede involucrar cambios a distintos niveles: sociales, legales y/o médicos (tratamientos hormonales y cirugías de afirmación de género), ocurrir a diferentes niveles entre las distintas esferas de la vida y su duración es variable.

La mayoría de las personas trans no demandan asistencia sanitaria porque se sientan enfermas, sino porque necesitan adaptar su cuerpo a su identidad de género debido a los obstáculos sociales que encuentran a su libre manifestación de género.

La atención sanitaria y social debe estar basada en el principio del respeto a la libre manifestación de la identidad de género, a la igualdad y a la dignidad. Con el fin de evitar que haya personas trans que oculten su condición por temor a la desaprobación social y a tener consecuencias negativas por su visibilidad social.

Presento el caso de una persona no binaria y su demanda asistencial, en la Unidad de referencia de Identidad de Género, por manifestación de disforia hacia sus características sexuales propias no deseadas.

Caso:

Persona adulta (Romeo) de 30 años que fue asignada y educada como mujer en una familia tradicional con progenitores heterosexuales, de clase media y de cultura católica. Tiene un hermano gemelo que se identifica con trans binario masculino.

Los padres verbalizan el apoyo, pero en realidad no lo hacen.

Plantea sentirse identificado de forma persistente desde que tenía 6 años de edad como una persona no binaria. Recuerda no haberse sentido nunca mujer desde que tiene conciencia.

Tiene nombre elegido que solicita cambiar en documentos sanitarios y registrales. El trato familiar y social preferido es el masculino. El sentimiento identitario claro y sostenido aparece a los 17 años y también a esa edad aparece disforia intensa hacia características sexuales propias.

Siente disforia hacia la forma corporal y facial que desea sea más masculina. Hace 4 años aparece rechazo a los senos de mujer y al tono y timbre de su voz, junto al deseo de aumento de vello facial y corporal.

Verbaliza de forma coherente y con un discurso claro la decisión de querer iniciar el tratamiento con hormonas masculinizantes, para avanzar en el proceso de transición de género que ya ha iniciado. Afirmando conocer los efectos y consecuencias a corto, medio y largo plazo

del tratamiento hormonal. Quiere sentirse más a gusto consigo mismo y ante los demás.

Solicita que se le dé un tratamiento con hormonas masculinizantes y también, quiere la eliminación de sus senos para masculinizar su tórax. No lleva ropas compresoras para ocultar los senos porque le producen incomodidad, lo que hace es ponerse ropas anchas.

En cuanto a la transición social, Hasta los 23 años de edad no lo comunica a sus amistades por temor a pérdida de amigos y amigas y pensar en ello le genera una intensidad alta de temor. A los 28 años lo comunica a sus padres teniendo igualmente una alta intensidad de temor a la no aceptación. A los 29 años lo comunica en su lugar de trabajo, tenido una intensidad de temor ligeramente menor.

Durante las etapas de su vida: infancia, adolescencia y adultez ha venido sufriendo maltrato emocional/verbal y físico por parte del padre, de la madre y por desconocidos de su entorno. Tiene necesidad de ayuda psicológica por el estrés de minoría crónico.

Ideas autolesivas sin intención suicida, pero sin llegar a realizar ningún acto. Ha tenido apoyo psicoterapéutico durante años.

Esta persona se identifica como de género no binario, pero a la hora de su disforia y demanda de tratamiento de afirmación de género solicita lo mismo que si se definiera como persona trans binaria masculina.

Por consiguiente, bajo un modelo de decisión compartida es informada por profesionales con formación especializada en identidad y en tratamientos disponibles, de los efectos esperados, así como de las consecuencias y limitaciones de los mismos con el fin de ajustar realistas. Se elabora un proceso de atención sanitaria integral, conforme a las circunstancias personales, a su estado de salud y a los deseos de cambio en la manifestación corporal acorde al género sentido como propio, elaborándose de forma negociada un itinerario individual del proceso de afirmación de género basado en evidencia y estándares asistenciales consensuados.

Se debe dar información sobre las posibilidades y limitaciones de los tratamientos solicitados y sobre otros tipos de soluciones en el caso de que fueran necesarias.

La medicalización no es el único camino, pero si se elige se debe de hacer con las máximas garantías y se debe ofrecer un acompañamiento de calidad y en igualdad de condiciones que el resto de las personas usuarias de la sanidad.

Factores de satisfacción: Identidad persistente, tratamiento hormonal para afirmación de identidad a dosis adecuadas, mejoría en calidad de vida y en el funcionamiento psicológico y social en el acompañamiento psicológico de su transición.

Referencias

1. Becerra-Fernández, A y Pérez López G (Coords). Manual de Medicina Transgénero. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2022.
2. Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M (Coords). Atención sanitaria de la transexualidad y diversidad identitaria. Sotavento Editores. Cádiz. 2020.
3. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health 2022; 23:sup1, S1-S250, DOI:10.1080/26895269.2022.2100644.

Eyacuación precoz después de un con conflicto de pareja

Stuart Oblitas Ramírez

Él es un hombre de 53 años y ella una mujer de 45 años, están casados hace 16 años, ambos profesionales, con 2 hijos. Él llega solo al consultorio expresando un problema de eyacuación precoz, comenta que al iniciar el acto sexual se siente muy nervioso y luego en menos de 2 minutos eyacula mediante la penetración. Comenta que han tenido inconvenientes en su vida de pareja: por la crianza de los hijos, ubicación geográfica de la relación, tiempo para los dos. Ella vive en España porque administra una empresa que tienen, y viene periódicamente al Perú, mientras él vive con sus 2 hijos y dedicado a su empresa. Ella dice que el problema no es su EP sino su actitud y apuro por penetrarla, dedicándose muy poco al contacto corporal. Los conflictos entre ambos han llegado a quejas y acusaciones, evasión del contacto sexual por parte de ella, frustración en él por la actitud de su esposa de su falta de interés en el sexo, y frustración en ella por la forma cómo él la busca sexualmente. Él ha comenzado a presentar dificultad para controlar la eyacuación luego de un período de desavenencias entre ambos.

Antecedentes: Han tenido relaciones sexuales satisfactorias antes, pero desde hace 2 años ambos están teniendo mayores discusiones, dando paso a las quejas constantes, expresando su malestar por la forma cómo están llevando la relación. Sin embargo, él desea estar con ella sexualmente, pero ella no tiene interés en las relaciones sexuales con su esposo por el malestar que siente debido a sus constantes diferencias y su forma tan fría que él tiene para iniciar el acto sexual.

Enfoque cognitivo conductual: Define que la EP engloba un mal aprendizaje hacia el control eyaculatorio unido a una respuesta de ansiedad por su dificultad para superarlo y las consecuencias socialmente aversivas que

le produce, repercutiendo en su autoestima sexual.

Dinámica de aprendizaje:

- 1) el desarrollo de la disfunción.
- 2) el mantenimiento y agravamiento del trastorno.

Etapa diagnóstica:

- Se tomó en cuenta el resultado de la evaluación médica
- Análisis del resultado de la evaluación de la dinámica de la pareja
- Análisis de las pruebas de ansiedad / depresión
- Conocer la historia sexual de la pareja
- Observar las expectativas, motivación y metas del tratamiento
- Explicar el Modelo ABC de las perturbaciones emocionales y las dinámicas disfuncionales de la pareja
- Biblioterapia
- Formato para la identificación de creencias.

Evaluación y Diagnóstico: De acuerdo al análisis clínico se determinó que el paciente presentaba una EP de tipo secundario, ya que antes había tenido relaciones con control eyaculatorio pero en la actualidad no podía controlarlo en las relaciones sexuales con su esposa. Se consideró, de acuerdo a las evaluaciones, como causa de la EP lo siguiente:

A) la situación actual de la relación de pareja (discordia de pareja)

B) la ansiedad que él siente cuando van a iniciar el acto sexual

C) las creencias que él presenta relacionado al acto sexual: “lo importante es el tiempo y los orgasmos”.

Técnicas Psicológicas:

a) Terapia de pareja: para manejar el conflicto de ambos miembros y disminuir la perturbación emocional que afecta la sexualidad y la respuesta sexual. Técnicas de: a) comunicación, b) solución de problemas, c) cambio de conductas que afectan la dinámica de la pareja

b) Terapia cognitiva: modelo ABC (reestructuración cognitiva)

c) Manejo de la ansiedad: ejercicios de respiración.

Terapia de pareja – Objetivo:

- Reducir las interacciones negativas en la pareja y aumentar las interacciones positivas
- Cambiar autoconcepto o percepción de sí mismo
- Cambiar creencias sobre el rol del varón en las relaciones sexuales
- Sesiones de intimidad sexual sin penetración para aumentar intimidad

- Erotización a través de la estimulación de zonas erógenas.

Resultados: La pareja bajó la tensión inicial y mejoró la dinámica de pareja entre ambos: cooperación mutua, cambio de actitud, tiempo entre los dos, relaciones sexuales no siempre con penetración, capacidad para resolver problemas en equipo, amplitud de repertorios de

conductas afectivas y eróticas. En el caso de él, aprendió a manejar su impulsividad y ansiedad al inicio de sus encuentros sexuales con su esposa, se tomó más tiempo para acariciar, besar, tocar, estimular zonas erógenas de su pareja. Aumentó el erotismo mutuo. Mejoró el control de su eyaculación paulatinamente. Esto fue generándole mayor confianza y seguridad.

RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES

CLÍNICA

1. ¿En qué medida el deseo sexual solitario explica la experiencia subjetiva del orgasmo en el contexto de la masturbación en solitario?

Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada, España

Autores: Sierra Juan Carlos, Jiménez Eva, Álvarez-Muelas Ana³, Cervilla Óscar

Correo electrónico: jcsierra@ugr.es

Resumen

Objetivos. El objetivo de este estudio fue examinar la capacidad que tiene el deseo sexual solitario (i.e., interés por la actividad sexual en solitario) para explicar las dimensiones (afectiva, sensorial, íntima y recompensa) de la experiencia subjetiva del orgasmo obtenido mediante la masturbación en solitario.

Material y método. Participaron 2.406 adultos heterosexuales españoles (Medad = 39,72; DT = 11,81), contestando a las versiones españolas del Sexual Desire Inventory y de la Orgasm Rating Scale. Mediante MANCOVA, se examinaron las diferencias por sexo en deseo sexual y experiencia subjetiva del orgasmo, teniendo en cuenta como covariables la edad, el nivel educativo, tener o no pareja, la frecuencia de rezo, la edad de la primera masturbación, la frecuencia de masturbación y la actitud negativa hacia la masturbación. Se realizaron modelos de regresión lineal múltiple para explicar cada dimensión de la experiencia subjetiva del orgasmo a partir de dos tipos de deseo sexual (solitario y diádico hacia una persona atractiva), incluyendo las covariables indicadas.

Resultados. Se observaron diferencias significativas por sexo en ambos tipos de deseo sexual (los hombres puntuaron más) y en la experiencia subjetiva orgásmica (las mujeres puntuaron más). Tanto en hombres como en mujeres, el deseo sexual solitario -a diferencia del diádico- explicó de manera significativa la experiencia

subjetiva del orgasmo obtenido mediante la masturbación, obteniéndose coeficientes beta entre 0,27 y 0,45 ($p < 0,001$), dependiendo de la dimensión. Otras variables significativas con menor capacidad explicativa fueron la frecuencia actual de masturbación y la actitud negativa hacia la masturbación, en ambos casos en sentido negativo.

Conclusiones. Tanto en hombres como en mujeres, la intensidad con la que se experimenta subjetivamente el orgasmo inducido por la masturbación en solitario depende en buena medida del deseo sexual solitario, demostrándose una vez más que es un constructo relativamente independiente del deseo sexual diádico.

2. Evidencias de validez de la versión española del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) basadas en medidas psicofisiológicas en hombres

Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada, España

Autores: Sierra Juan Carlos, Arcos-Romero Ana I., Granados Reina, Cervilla Óscar, Mangas Pablo, Muñoz-García, Laura E., Álvarez-Muelas Ana

Correo electrónico de contacto: jcsierra@ugr.es

Resumen

Objetivos. El funcionamiento sexual es un aspecto importante de la salud sexual, siendo necesario contar con instrumentos breves que permitan su evaluación de manera fiable y válida. El objetivo fue aportar evidencias de validez a la versión española del MGH-SFQ basadas en la relación de sus puntuaciones con medidas psicofisiológicas y autoinformadas de la excitación sexual en un contexto de laboratorio.

Material y método. Cuarenta y ocho hombres españoles heterosexuales (Medad = 21,40; DT = 2,89) fueron distribuidos en dos grupos según sus puntuaciones en cada una de las dimensiones del MGSF-SFQ (i.e., deseo, excitación, orgasmo, erección y satisfacción): grupo

funcional y grupo con dificultades en el funcionamiento sexual. En el laboratorio de sexualidad, mientras veían filmes de contenido sexual explícito, se les registró la respuesta genital (i.e., diámetro peniano) y la valoración subjetiva de la excitación sexual y de las sensaciones genitales; previamente, se les evaluaba la propensión a excitarse/inhibirse sexualmente.

Resultados. Se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. Con respecto al grupo funcional, los grupos con dificultades en excitación ($U = 149,50$, $p = 0,04$) y en orgasmo ($U = 100,5$, $p = 0,09$) presentaron mayor propensión a la inhibición sexual por miedo al rendimiento. Por su parte, el grupo con dificultades en la erección por sus puntuaciones en el MGH-SFQ -en comparación con el grupo funcional- mostró menor intensidad en su respuesta genital ($U = 111$, $p = 0,05$).

Conclusiones. Se aportan nuevas evidencias sobre la validez de las medidas de la versión española del MGH-SFQ.

3. Efectividad de dos dosis de vitamina d3, en el tratamiento de la hipovitaminosis d, en mujeres con deseo sexual hipoactivo

Introducción: la hipovitaminosis D hace referencia a la presencia de valores séricos de 25-OH-D inferiores a 30 ng/mL, asociándose a deseo sexual hipoactivo en mujeres.

Objetivo: evaluar la efectividad del tratamiento con vitamina D3, en hipovitaminosis D, en mujeres con deseo sexual hipoactivo (DSH).

Materiales y métodos: ensayo clínico aleatorizado, triple ciego. Se incluyeron 92 mujeres mayores de 18 y menores de 40 años, cuya concentración de 25(OH)D se encontraba menor a 30 ng/mL, atendidas en una Clínica de Sexología, en la ciudad de Armenia, Colombia; entre 2016 y 2019. Se aleatorizaron dos grupos: «A» (45 recibieron 50.000 UI de vitamina D3) y grupo «B»: 47 mujeres recibieron 14.000 UI de vitamina D3 (dosis semanal durante cuatro semanas, en ambos grupos). Se les hizo seguimiento al mes, a los dos y a los tres meses; en cada control se midieron las concentraciones de 25(OH)D. Se utilizó como instrumento “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF). Se hizo análisis descriptivo.

Resultados: En el grupo «A» los valores de la 25(OH)D al mes fueron superiores ($38,15 \pm 13,26$ ng/mL) a las del grupo «B» ($31,27 \pm 9,75$ ng/mL), ($p = 0,003$).

A los dos meses también se detectaron diferencias entre los dos grupos ($41,37 \pm 15,34$ ng/mL en el grupo «A» y $37,61 \pm 9,47$ ng/mL en el grupo «B»; $p = 0,0024$). A los tres meses los valores de la concentración de 25(OH)D aumentaron en ambos grupos (grupo «A»: $50,72 \pm 8,41$ y grupo «B»: $36,28 \pm 4,57$, $p=0,001$). La puntuación del IFSF basal fue: 23,47 grupo «A» y 23,68 grupo «B», $p>0,05$ al final fue de 27,87 y 26,81, respectivamente, $p=0,048$. Los efectos adversos presentados fueron leves en ambos grupos.

Conclusiones: la vitamina D3 es una excelente alternativa en el tratamiento del déficit de la hipovitaminosis D, en las mujeres con DSH, al lograrse concentraciones de 25(OH)D suficientes a partir del primer mes. Se requieren estudios en otros lugares del país con los esquemas evaluados, en grupos más grandes, para tener una mejor evaluación del efecto de la terapéutica con la vitamina D3, en mujeres con déficit de vitamina D y deseo sexual hipoactivo.

4. Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres en climaterio en el quindío, colombia, 2015-2018

Hathor, Clínica Sexológica

Autor: Franklin José Espitia De La Hoz

Correo electrónico: espitiafranklin@hotmail.com

Introducción: la principal sintomatología, asociada al climaterio, está determinada por el síndrome vasomotor, sin embargo, la función sexual no está libre de percances.

Objetivo: caracterizar las disfunciones sexuales y estimar la prevalencia en un grupo de mujeres en climaterio, en el Quindío (Colombia).

Materiales y métodos: estudio de corte transversal. Se incluyeron mujeres en climaterio, con actividad sexual en las últimas 6 semanas, residentes en el Quindío, las cuales asistieron a consulta de menopausia y climaterio en una institución privada de nivel III, en la ciudad de Armenia; entre 2015 y 2018. De una población de 684 mujeres, se seleccionaron 492 (71,92%). Se utilizó como instrumento el Índice de Función Sexual Femenino abreviado-6 (IFSF-A6). Se hizo muestreo consecutivo. Se utilizó estadística descriptiva. Los datos se analizaron con el paquete estadístico software SPSS versión 17.

Resultados: El promedio de edad fue de $57,18 \pm 5,43$ años. La edad media de inicio de la menopausia fue a los

49,13 $\pm$ 3,28 años. El promedio de tiempo en menopausia fue de 8,15 $\pm$ 2,98 años. El 1,43% tenía antecedente de menopausia precoz (menor a los 40 años). La prevalencia de disfunción sexual fue del 78,65%. Los principales trastornos sexuales fueron: dificultades con el deseo sexual (78,65%) y dolor / dispareunia (66,46%). El promedio general, en la puntuación del IFSF-A6, en la población afectada, fue de 17,49 $\pm$ 5,26 puntos; (límites: 4,82 y 27,35 puntos). La mediana de disfunciones sexuales por mujer fue de 3, que estuvo presente en el 67,27%.

Conclusiones: La prevalencia de disfunciones sexuales en las mujeres del Quindío, en climaterio, es superior a las $\frac{3}{4}$ partes de la población, caracterizadas principalmente por dificultades con el deseo sexual y dolor / dispareunia. Se requieren políticas de atención y diagnóstico de las disfunciones sexuales, en las mujeres en climaterio.

5. Efecto de liraglutide sobre los niveles de andrógenos séricos y la función sexual en mujeres con obesidad. estudio piloto

Hathor, Clínica Sexológica

Autor: Franklin José Espitia De La Hoz

Correo electrónico: espitiafranklin@hotmail.com

Introducción: la obesidad se considera una enfermedad crónica, compleja, multifactorial y en gran parte prevenible; con múltiples opciones de tratamiento. Liraglutide, un análogo del péptido 1 similar al glucagón (GLP-1) ha demostrado promover la pérdida de peso.

Objetivo: analizar las variaciones de los niveles de andrógenos séricos y la función sexual en mujeres con obesidad, posterior al tratamiento con liraglutide y establecer su impacto en la calidad de vida.

Materiales y métodos: estudio piloto prospectivo, cuasi-experimental, desarrollado en 15 mujeres con obesidad; tratadas con liraglutide, entre enero y octubre de 2020; en una clínica privada de nivel III, en Armenia (Colombia). Se cuantificaron los niveles séricos de Testosterona total (Tt), Testosterona libre (Tl), Androstenediona (A) y SHBG (Sex hormone binding globulin). Se emplearon los instrumentos Índice de Función Sexual Femenina (IFSFF) y el Cuestionario de Salud SF-36. Se realizaron cuatro seguimientos (al inicio, a las cuatro, ocho y doce semanas después). Se aplicó estadística descriptiva.

Resultados: el promedio de la edad fue de 37,41 $\pm$ 5,28 años (inferior 27 y superior 45). El promedio en los niveles de andrógenos séricos al inicio fue: Tt (0,39 $\pm$ 0,12 ng/ml), Tl (5,49 $\pm$ 1,37 pg/ml), A (2,58 $\pm$ 1,13 ng/ml) y SHBG (26,94 $\pm$ 13,74 ng/ml), y al final: Tt (0,81 $\pm$ 0,15 ng/ml), Tl (12,57 $\pm$ 3,89 pg/ml), A (3,87 $\pm$ 1,28 ng/ml) y SHBG (49,62 $\pm$ 15,57 ng/ml), ($p < 0,05$). La media en la puntuación del Cuestionario de Salud SF-36 al inicio fue de 63,91 $\pm$ 15,19 y al final de 79,63 $\pm$ 15,13 ($p < 0,05$). La del IFSF al inicio fue de 23,47 $\pm$ 6,97 y al final de 27,97 $\pm$ 6,45 ($p < 0,05$). Se observó una franca mejoría tanto en la función sexual como en la calidad de vida.

Conclusiones: liraglutide produjo un importante incremento en los niveles séricos de la Tt, Tl, A y SHBG; además de mejorar la función sexual y la calidad de vida de las mujeres participantes. Liraglutide podría convertirse en un prometedor medicamento para el tratamiento de la obesidad, logrando positivos efectos en la función sexual y la calidad de vida de las mujeres.

6. Deseo sexual hipoactivo: estudio de casos y controles en mujeres que planifican con implante subdérmico de levonorgestrel

Hathor, Clínica Sexológica

Autor: Franklin José Espitia De La Hoz

Correo electrónico: espitiafranklin@hotmail.com

Introducción: el trastorno de deseo sexual hipoactivo se refiere a la falta persistente de interés o deseo de actividad sexual, que provoca marcado malestar o dificultad interpersonal.

Objetivo: Identificar los factores asociados a deseo sexual hipoactivo, en mujeres de Armenia, que planifican con el implante subdérmico de levonorgestrel, y conocer sus efectos secundarios.

Métodos: Estudio de casos y controles, en 279 mujeres que acudieron al servicio de anticoncepción y planificación familiar de una clínica privada de carácter universitario en Armenia (Quindío), Colombia (tres meses después de haber iniciado el uso del implante subdérmico de levonorgestrel); entre 2014 y 2019. Se aplicó como instrumento el Índice de Función Sexual Femenino (IFSFF). Se consideraron como casos a las mujeres que refirieron disminución del deseo sexual después de tres meses de la inserción del implante. La asociación entre las variables y la presencia del deseo sexual hipoactivo, se calculó con las razones de posibilidades (odds ratios,

OR) y los intervalos de confianza de 95% (IC95%).

Resultados: La edad media del total de las mujeres fue de $23,07 \pm 6,12$ años (rango de 18-39 años). Al inicio del estudio, la media en la puntuación del Índice de Función Sexual Femenina, en el total de la población, fue de $29,71 \pm 8,73$ puntos (rango entre 9,45-32,16), al final la puntuación fue de $28,26 \pm 8,73$ puntos (rango entre 8,76-31,83). Los factores asociados significativamente a deseo sexual hipoactivo, fueron: consumo de antidepresivos (OR: 9,24; IC95%: 4,38-20,76; $p < 0,05$), antecedente de abuso sexual (OR: 8,91; IC 95%: 2,37-31,83); $p = 0,001$, falta de educación sexual (OR: 6,15; IC 95%: 1,71-29,58); $p = 0,027$, baja autoestima (OR: 5,79; IC 95%: 1,98-16,38); $p = 0,021$, enfermedades metabólicas (OR: 5,25; IC 95%: 3,15-8,34) y origen rural (OR: 4,62; IC 95%: 3,09-6,96); $p = 0,028$.

Conclusiones: El deseo sexual hipoactivo, en mujeres de Armenia, usuarias del implante subdérmico de levonorgestrel estuvo relacionada con factores socio-culturales y enfermedades metabólicas.

7. Efectividad y seguridad del cabestrillo transobturador, en el tratamiento de la incontinencia urinaria, en mujeres del quindío, 2017-2019

Hathor, Clínica Sexológica

Autor: Franklin José Espitia De La Hoz

Correo electrónico: espitiafranklin@hotmail.com

Introducción: La incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema frecuente en la mujer, que afecta aproximadamente al 50% de la población femenina. A la fecha, los cabestrillos suburetrales se han convertido en la técnica más utilizada para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria.

Objetivo: determinar la efectividad y seguridad del cabestrillo transobturador, en el tratamiento de la incontinencia urinaria, además de conocer su influencia en la función sexual.

Materiales y métodos: estudio observacional; incluyó mujeres con incontinencia urinaria y sexualmente activas; entre 2017 y 2019. En una clínica privada de Armenia, centro de referencia de alta complejidad. La efectividad se evaluó mediante la observación de la evolución de la mejoría y desaparición de los síntomas de

la incontinencia urinaria y con la puntuación del Índice de Función Sexual Femenino (IFSF). Se les hizo tres seguimientos, cada 4 meses. La seguridad se midió por la aparición complicaciones o de efectos adversos a lo largo del periodo de seguimiento. Se realizó muestreo por conveniencia. Se aplicó estadística descriptiva.

Resultados: el estudio incluyó 42 mujeres. La edad media fue de $48,25 \pm 9,17$ años. El seguimiento promedio fue de $8,53 \pm 1,28$ meses. La tasa de éxito para la prueba de Valsalva alcanzó el 90,47% ($n = 38/42$) a los doce meses. La satisfacción con el resultado de la cirugía alcanzó el 92,85% a los doce meses. La puntuación en el IFSF fue significativamente mayor a los doce meses (puntuación media antes de la cirugía: $23,24 \pm 1,09$ y $27,17 \pm 1,17$ a los doce meses $p = 0,01$). En ninguna de las pacientes se presentaron complicaciones o efectos adversos graves.

Conclusiones: el cabestrillo transobturador, es efectivo para el tratamiento de la incontinencia urinaria, con resultados funcionales y sexuales satisfactorios a doce meses; siendo seguro y bien tolerado. Se requieren ensayos clínicos aleatorizados controlados, sobre su eficacia y seguridad en poblaciones más numerosas.

8. Disfunciones sexuales en las mujeres con endometriosis. estudio de prevalencia. armenia (colombia), 2017-2020

Hathor, Clínica Sexológica

Autor: Franklin José Espitia De La Hoz

Correo electrónico: espitiafranklin@hotmail.com

Introducción: las disfunciones sexuales son comunes en mujeres adultas de todas las edades; en pacientes con endometriosis, el dolor ginecológico crónico suele agravarlas.

Objetivo: evaluar y caracterizar la prevalencia de disfunciones sexuales en las mujeres con endometriosis en Armenia (Quindío), Colombia.

Materiales y métodos: estudio de corte transversal, en 137 mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de endometriosis confirmada histológicamente, y sexualmente activas; atendidas en tres clínicas de alta complejidad (Armenia, Colombia); entre 2017 y 2020. Se excluyeron las gestantes, antecedente de cáncer, enfermedad mental, incapacidad de leer o entender el instrumento, antecedente de cirugía pélvica y las que se

negaron a participar. Se utilizó como instrumento el índice de función sexual femenina (IFSF). Se hizo un muestreo aleatorio simple. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: La edad promedio de las participantes fue de $34,68 \pm 7,32$ años. La prevalencia de disfunciones sexuales reportó 75,91 % ($n=104/137$), caracterizando en primer lugar el dolor / dispareunia (75,91 %; IC95 %: 72,26-83,94), seguida de disminución del deseo sexual (56,93 %; IC95 %: 42,33-59,85) y en tercer lugar problemas de lubricación (54,01 %; IC95%: 42,33-56,93). El promedio en la puntuación del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), fue de $20,82 \pm 7,22$; la proporción de mujeres con puntuación $\geq 26,55$ fue del 24,08 % ($n=33/137$). La mediana en el número de disfunciones sexuales alcanzó el 3 (rango: 1 y 6).

Conclusiones: en las mujeres con endometriosis, en la ciudad de Armenia, se evidencia una prevalencia alta de disfunciones sexuales, equivalente a las $\frac{3}{4}$ partes de las mujeres afectadas. Al momento de atender una paciente con este padecimiento, se requiere evaluar sus efectos en la función sexual a fin de implementar intervenciones terapéuticas oportunas y eficaces.

9. Evaluación de la calidad de vida y la función sexual en mujeres postmenopáusicas, con prolapso genital, usuarias de pesario, 2009 - 2016, Colombia

Hathor, Clínica Sexológica

Autor: Franklin José Espitia De La Hoz

Correo electrónico: espitiafranklin@hotmail.com

Introducción: el pesario vaginal actúa como método conservador en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos; siendo capaz de reducir los síntomas con mínimas complicaciones, y mejorando la calidad de vida de las mujeres.

Objetivo: evaluar la influencia y efecto del uso de pesario, sobre la calidad de vida y la función sexual, en mujeres postmenopáusicas con prolapso genital grado II o mayor.

Materiales y métodos: estudio de corte transversal. Se incluyeron mujeres con prolapso genital grado II o mayor, en postmenopausia; entre 2009 y 2016. Se les aplicó dos escalas para medir el grado de satisfacción con el uso del pesario: la Escala "Menopause Rating Scale" (MRS), y el Índice de Función Sexual Femenina

(IFSF). Ambos cuestionarios fueron realizados, antes de la inserción del pesario y luego de tres meses de uso. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: La muestra la constituyeron 57 mujeres con prolapso genital, de una población de 33.177 pacientes que consultaron en ginecología; para un 0,17 % de mujeres tratadas con pesario. El mayor porcentaje de mujeres usuarias del pesario, pertenece al grupo de edad de más de 65 años (84,2 1%). El 36,84 % presentaron prolapso grado II, 47,36% grado III y 15,78% grado IV. La edad media de las participantes fue $52,8 \pm 5,4$ años; la edad promedio de la menopausia fue $48,3 \pm 4,2$ años. La puntuación media global de la Escala "MRS", antes de la inserción del pesario fue $18,8 \pm 4,3$ puntos, y $10,2 \pm 5,4$ después de tres meses de uso ($p<0,05$). La puntuación media total del IFSF, antes de la inserción del pesario fue $16,3 \pm 8,3$ puntos, y después de tres meses de uso la puntuación fue $21,7 \pm 8$ puntos ($p<0,05$).

Conclusiones: El uso de pesarios en mujeres con prolapso genital grado II o mayor, es una terapia eficaz en la disminución de los síntomas vaginales con mejoría en la calidad de vida y la función sexual. Es necesario que se continúen haciendo estudios aleatorizados que permitan evaluar el efecto del pesario para el manejo de los prolapsos genitales mayor o igual al grado II.

10. ¿Y qué pasa con nosotras?

Master Universitario en Sexología Médica. Universidad Europea del Atlántico. Sexta edición.

Autores: Guasch Villanueva M^a José, Jurado López Ana Rosa, Tetilla Vicente Violeta, Sánchez Sánchez María, Rodríguez García Alicia, Martínez Spamer Ezequiel, Muñoz Algar M^a José, Marcos González Victoria, Yeregui Etxeberria Elena, Palenzuela Carrasco Pedro, Gámiz Gámiz María Luisa, Ruiz León María Dolores, Soriano de la Cámara Carmen, Clare Gallego de Lary Cristina, Casas Sanjosé Clara, Ches Bell Elielsi, Fernández Mora Kenia, Ceballos Medina Ana, Sánchez Langreo Alba, Bodea Ioana Otilia

Correo electrónico: mariajoseguaschvillanueva@gmail.com

Resumen

Objetivo: El objetivo principal del estudio es valorar la prevalencia de disfunciones sexuales en las trabajadoras de un centro de asistencia primaria (CAP).

Material y metodos: Estudio descriptivo transversal

en las trabajadoras (médicas de familia/pediatría/ginecología, enfermeras de adultos/pediatría/comadronas, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, administrativas, personal de limpieza) del CAP de Torredembarra-Tarragona. A todas las trabajadoras se envió y analizó el Cuestionario de Función sexual de la Mujer en las últimas 4 semanas (FSM2) mediante Google Forms. (FSM2), con Dominios evaluadores de respuesta sexual (DERS) (1-Deseo sexual, 2- Excitación, 3-Lubricación, 4-Dolor genital, 5-Penetración vaginal, 6-Orgasmo y 10- Frecuencia de actividad sexual, 11-Satisfacción sexual) y Dominios descriptivos de actividad sexual (DDAS) (7-Ansiedad anticipatoria, 8-Iniciativa sexual, 9-Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja, 12-Acontecimientos recientes con influencia sobre la actividad sexual).

Resultados: De 86 cuestionarios enviados, respondieron 56 de 24 a 62 años. En los DERS apenas existen disfunciones severas: 1,8% a 3,6 % (1-2 mujeres) en cada uno de los ítems. En cuanto a disfunciones moderadas la más frecuente es del deseo (19,6%-11 mujeres), seguido de alteración de la lubricación en 12,5%-7 mujeres. Respecto a la frecuencia de actividad es baja: 1-4 veces en 50%-28 mujeres y media: 5-8 veces en 16 mujeres. Existiendo una buena satisfacción sexual en 53 de las participantes. Con respecto a DDAS la ansiedad anticipatoria solo ocurre en 3,6%. Existe una ausencia de iniciativa sexual en 12,5% y solo 4 mujeres tienen la iniciativa más de la mitad de ocasiones. 8 mujeres nunca tienen confianza para comunicar a su pareja sus preferencias sexuales. El 33,9% tienen acontecimientos que influye negativamente en su actividad sexual.

Conclusiones: En la población general la afectación sexológica más consultada por las mujeres es el bajo deseo, por lo que no es de extrañar que en nuestro estudio sea la disfunción más frecuente. En muchos casos se asocian a alteración de la lubricación, excitación y dolor genital. Destacar la baja frecuencia de actividad sexual por falta de deseo, inseguridad, miedo, problemas de pareja o dolor. Decir que la iniciativa sexual es ausente o ocasional en la mayoría de las mujeres, lo cierto es que el rol de género no favorece la expresión del deseo femenino ni la búsqueda activa del placer. Los acontecimientos que más influyen negativamente en la actividad sexual son el estrés en la mayoría de casos de causa laboral por cansancio, horarios y guardias.

11. Papel de diferentes parámetros de la masturbación en la facilidad del orgasmo en las relaciones sexuales: diferencias por sexo

Universidad de Granada

Autor/es: Sánchez-Pérez Gracia M, Cervilla Óscar, Sierra Juan Carlos

Correo electrónico: graciasp@ugr.es

Objetivos

La relación entre la masturbación y las relaciones sexuales es objeto de debate. Ambas conductas sexuales son relevantes para la salud sexual, por ello, este estudio (a) analiza las diferencias entre hombres y mujeres en distintos parámetros de la masturbación (i.e., edad de primera masturbación, frecuencia actual de masturbación, actitud negativa hacia la masturbación, deseo sexual solitario y experiencia subjetiva del orgasmo) y (b) examinar su relación, junto con la edad, con la facilidad para alcanzar el orgasmo en las relaciones sexuales.

Método

Los participantes en el estudio fueron 783 hombres y 682 mujeres de 18 a 83 años de nacionalidad española ($M = 37,08$; $DT = 11,95$). La evaluación se hizo en línea, incluyendo un consentimiento informado en el que se garantizaba la confidencialidad de los datos. Además de los parámetros de la masturbación, evaluados mediante un Cuestionario Sociodemográfico y de la Historia Sexual, el Negative Attitudes Toward Masturbation Inventory y la Orgasm Rating Scale, se evaluó la facilidad orgásmica mediante la Arizona Sexual Experience Scale. Dadas las diferencias entre hombres y mujeres en los distintos parámetros de la masturbación, se proponen modelos de regresión independientes para explicar la facilidad orgásmica en las relaciones sexuales.

Resultados

Los hombres, con respecto a las mujeres, se masturbaron antes por primera vez ($p < 0,001$), tienen mayor frecuencia actual ($p < 0,001$) y mayor deseo sexual solitario ($p < 0,001$). Las mujeres informaron mayor intensidad en la experiencia subjetiva del orgasmo, en las dimensiones afectiva ($p < 0,001$), sensorial ($p < 0,001$) y de intimidad ($p < 0,001$). Respecto a los modelos de regresión, el deseo sexual solitario y la dimensión afectiva del orgasmo en la masturbación son parámetros comunes en hombres

y mujeres para explicar la facilidad orgásmica en las relaciones sexuales. Además, en hombres, la frecuencia de masturbación ($\beta = -0,14$) adquirió un papel significativo. En mujeres, el modelo incluyó además la edad ($\beta = 0,14$), el deseo sexual solitario ($\beta = 0,20$), la dimensión afectiva del orgasmo en la masturbación ($\beta = 0,14$), la actitud negativa hacia la masturbación ($\beta = -0,17$) y la dimensión de recompensa del orgasmo ($\beta = -0,11$).

Conclusiones

Los resultados obtenidos confirman las diferencias entre hombres y mujeres en los parámetros de la masturbación, y en su papel para explicar la facilidad para alcanzar el orgasmo en las relaciones sexuales, destacando la importancia de la masturbación para comprender más acerca del funcionamiento sexual.

12. Sexualidad en la etapa final de vida

Asociación Colombiana de Salud Sexual

Autora: Hernández-Bernal Xiomara Andrea

Correo electrónico de contacto: xandypsico@yahoo.com

Introducción: Habitualmente se considera que el final de la vida es una etapa para la reflexión y la confirmación del sentido de la vida; dejando de lado las cosas que son "banales" como la sexualidad. Es por ello que surge la pregunta ¿Es relevante hablar de sexualidad durante la etapa final de vida? El objetivo de la ponencia es dar respuesta a esta pregunta a través de la presentación de un caso clínico.

Caso: Hombre de 61 años, con diagnóstico de cáncer de próstata estadio IV, con metástasis a huesos y cerebro. Identidad de género masculino, orientación sexual homosexual. Estado civil: unión libre. Tiempo de relación: 9 años. Cuidador principal: Pareja, hombre de 33 años, en etapa de vida grado de profesional. Red de apoyo reducida. Pronóstico de vida menos de 6 meses.

El acompañamiento principal del equipo interdisciplinar de cuidados paliativos estaba enfocado al control sintomático: dolor exacerbado, inapetencia, labilidad emocional (irritabilidad) y alteración en el sueño entre otros, mediante quimioterapia y radioterapia paliativa y analgesia con derivados opioides y manejo por clínica de heridas.

Durante el proceso se identificó como factor generador de sufrimiento el no poder tener relaciones sexuales con su pareja, debido a que era uno de los elementos fundamentales del vínculo. Lo cual no se evidenció en el

inicio de la intervención debido a la falta de disposición y conocimiento por parte de los profesionales para abordar el tema, quienes presentaban prejuicios debido a la orientación sexual y la brecha generacional de la pareja.

Comentario: La intervención desde psicología de forma paralela al duelo, se enfocó en el proceso de resignificación de la sexualidad a través de la exploración del erotismo, la descoitificación del encuentro sexual y la generación de espacios de interacción diferentes a las labores de cuidado. Por otra parte, se hizo educación con algunos miembros del equipo desmontando prejuicios y logrando una mayor apertura ante la importancia de la salud sexual en la etapa final de vida.

Conclusiones: Estar al borde de la muerte no es indicador de asexualidad ni, por ende, de dejar de contemplar la sexualidad como un factor fundamental del ser humano; es por ello que como profesionales de la salud debemos seguir evaluando nuestra capacidad para abordarla aún en la etapa final de vida.

13. “La explicación más simple y suficiente es la más probable, mas no necesariamente la verdadera” (Teoría Navaja de Okham)

Servicio de Urgencias de Atención Primaria CS VILA (Ibiza).

Autora: Martínez Sierra, Rocío

Correo electrónico: rmsmed2@gmail.com

Introducción: Valoración del síndrome escrotal agudo en atención primaria.

Caso clínico: Varón de 46 años sin antecedentes personales de interés, no alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Acude a urgencias de AP por presentar malestar general, dificultad para la micción, inflamación y dolor escrotal agudo con pico febril de 40°C en las últimas 24-48 horas. Niega relaciones sexuales de riesgo.

En la exploración presenta testículos muy edematizados, escroto eritematoso y “brillante”. No secreciones, no lesiones, no crepitación ni signos de Fournier. No adenopatías inguinales.

Ante el diagnóstico de presunción de orquiepididimitis es derivado al Servicio de Urgencias del hospital de referencia. Allí se realiza analítica general objetivándose en hemograma: hemoglobina 14,1 g/dl; hematocrito 39,8%; leucocitos 16.500 mm³/c; neutrófilos 86%; linfocitos 8%; plaquetas

140.000 mm/c; En bioquímica se aprecia: glucosa 123 mg/dl; urea 23 mg/dl; creatinina 1,22mg/dl; sodio 133mg/dl; potasio 3,4 mg/dl; T. Protrombina 66%, fibrinogeno 690 mg/dl, PCR 22,22 mg/dl y lactato 1,33 mmol/L. Sedimento orina: normal. Urocultivo: negativo.

Ecografía urológica: hallazgos sugestivos de orquitis bilateral con engrosamiento escrotal e imagen de abscesificación en plano posterior de 30mm diámetro.

Dada la clínica del paciente y la valoración de las pruebas complementarias se inicia antibioterapia endovenosa (amplio espectro) y suspensorio testicular. Durante su ingreso en planta, el paciente presenta empeoramiento clínico con aparición de fiebre (38,5°C), aumento de eritema supra-púbico y aparición de placa necrótica a las 48h decidiéndose valoración quirúrgica urgente: escrototomía exploradora y desbridamiento de Gangrena de Fournier de presentación atípica (1), no presencia de absceso escrotal. Finalmente, el paciente presenta buena evolución clínica precisando de reconstrucción plástica y es dado de alta a los dos meses tras el ingreso.

Comentario: En ocasiones, durante la práctica clínica se banalizan ciertas patologías por la frecuencia de las mismas, así como por nuestra experiencia profesional; hecho que conlleva la pérdida de una visión y atención integral del paciente. La presentación de dicho caso tiene la finalidad de evidenciar que el primer juicio clínico fue en realidad una patología mucho más grave que precisaba de un abordaje precoz y agresivo. Por ello, es primordial tener un enfoque reflexivo y que aborde otras afecciones atípicas.

Bibliografía: 1. Stevens, Dennis L. "Infecciones de la piel, músculo y de tejidos blandos." Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e Eds. J. Larry Jameson, et al. McGraw Hill, 2018.

14. Determinación y análisis de la esfera sexual de las personas con obesidad (IMC>35)

Servicio de Urgencias de Atención Primaria CS VILA (Ibiza).

Autora: Martínez Sierra, Rocío

Correo electrónico: rmsmed2@gmail.com

Introducción: La obesidad es constituida como una enfermedad con un gran impacto a nivel epidemiológico presentando una tendencia con un aumento acelerado. Se ha demostrado su implicación con enfermedades cardiovasculares, pero se halla una escasez de literatura

científica que aborde la esfera sexual y las repercusiones que tiene la obesidad en su ámbito más íntimo.

Propuesta: realizar un estudio descriptivo observacional cuyo método consistiría en lo siguiente:

Se realiza un primer contacto telefónico a pacientes con IMC>35 que son visitados en consultas externas del Servicio de Endocrinología y que cumplen criterios de inclusión, explicando el objetivo y la metodología utilizada. Posteriormente, se cita al paciente en consulta y se realiza una entrevista clínica: hoja de consentimiento informado, medición de variables antropométricas, hoja de recogida de datos y entrega de tests psicológicos ATOP y BAOP (escala de calificación Likert) y test de función sexual CFSQ (escala evaluación 5 dimensiones ámbito sexual). Dicha muestra es extraída mediante un muestreo aleatorio simple (n=245) y se realizará una estadística bivalente para definir la relación existente entre las distintas variables y los resultados de los tests.

Comentario: es considerado oportuno realizar este estudio para evaluar las actitudes y aptitudes de las personas obesas en relación a su persona y determinar la calidad de la vida sexual cuya finalidad tendría el poder plantear una serie de estrategias e intervenciones que puedan ayudar a detectar y tratar a pacientes con IMC>35

Recomendación: el presente estudio favorecería la obtención de unos resultados que aportarían una mayor área de conocimiento constituyendo una base científica de abordaje multidisciplinar en la práctica clínica, proveyendo de herramientas que permitirían una mejora de la calidad asistencial y cuyas conclusiones se difundirían en el ámbito científico.

15. Funcionamiento sexual en las distintas tipologías de adhesión al doble estándar sexual

Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada, España

Autores/as: Álvarez-Muelas Ana, Cervilla Óscar, Arcos-Romero Ana Isabel, Sierra Juan Carlos

Correo electrónico de contacto: alvarezm@ugr.es

Resumen

Objetivos. Comparar las dimensiones del funcionamiento sexual (deseo, excitación, erección/lubricación, facilidad orgásmica y satisfacción orgásmica) entre personas con diferente tipología de adhesión al doble

estándar sexual (DES) para libertad y recato sexual.

Material y método. Participaron 975 hombres y 1.230 mujeres heterosexuales de la población española con un rango de edad de 18 a 83 años ($M = 40,28$; $DT = 12,22$) contestando las versiones españolas de la Sexual Double Standad Scale, que permite identificar las distintas tipologías de adhesión al DES (igualitaria, favorable al hombre y favorable a la mujer) en dos ámbitos del comportamiento sexual (libertad y recato sexual), y de la Arizona Sexual Experience Scale, para evaluar el deseo, excitación, erección/lubricación, facilidad orgásmica y satisfacción orgásmica. Se analizaron las diferencias en las puntuaciones de las dimensiones del funcionamiento sexual entre las tipologías de adhesión al DES para libertad y recato sexual mediante ANOVA, para hombres y mujeres por separado.

Resultados. En los hombres, se observaron diferencias significativas en el ámbito del recato sexual para las dimensiones de erección ($p = 0,002$) y facilidad orgásmica ($p = 0,029$), presentando peor funcionamiento sexual aquellos con tipología favorable al hombre en comparación con la tipología igualitaria. En mujeres, las diferencias significativas se obtuvieron para libertad sexual en la dimensión de facilidad orgásmica ($p = 0,042$), con peor funcionamiento en aquellas con tipología igualitaria en comparación con la tipología favorable al hombre.

Conclusiones. Esta investigación aporta evidencias del papel del DES sobre el funcionamiento sexual de hombres y mujeres. Se concluye la importancia de considerar la tipología de adhesión al DES y el ámbito de los comportamientos sexuales para mayor comprensión de la facilidad orgásmica en hombres y mujeres, y de la erección en los hombres. Recomendamos la evaluación de esta actitud en la terapia sexual para el fomento de la salud sexual.

16. Asociación de la excitación sexual con la satisfacción sexual en mujeres

Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada, España

Autores: Álvarez-Muelas Ana, Sánchez-Fuentes María del Mar, Granados Reina, Moyano Nieves, Cervilla Óscar, Sierra Juan Carlos

Correo electrónico: alvarezm@ugr.es

Resumen

Objetivos. Examinar la excitación sexual como rasgo (propensión a la excitación/inhibición sexual) y como estado (excitación subjetiva y objetiva) en función de los niveles de satisfacción sexual en mujeres en un contexto de relación de pareja.

Material y método. Cuarenta y cinco mujeres heterosexuales de 18 a 25 años ($M = 20,72$; $DT = 1,94$), que mantenían una relación de pareja, fueron distribuidas en tres grupos según sus puntuaciones en la versión española del Global Measure Sexual: altas, medias y bajas. En el laboratorio de sexualidad humana, contestaron la versión española de las Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales-Short Form para evaluar la propensión a la excitación/inhibición sexual. Seguidamente, visualizaron filmes con contenido sexual explícito a la par que se les registraba su respuesta genital (i.e., amplitud de pulso vaginal) y su excitación autoinformada (i.e., valoración subjetiva de la excitación sexual y valoración de las sensaciones genitales).

Resultados. Se observaron diferencias significativas entre los grupos de mujeres con distintos niveles de satisfacción sexual. El grupo de mujeres con puntuaciones bajas en comparación con las de puntuación altas en satisfacción sexual presentaron mayor propensión a la inhibición sexual por miedo al rendimiento ($U = 27,50$, $p = 0,002$) y mayor propensión a la inhibición sexual por miedo a las consecuencias ($U = 26,50$, $p = 0,003$). No se encontraron diferencias en las medidas de excitación estado antes los filmes sexuales.

Conclusiones. Se aportan evidencias de la relación de la satisfacción sexual con el rasgo de inhibición sexual en mujeres.

17. Evidencias de validez de las Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales-Short Form: relación con el funcionamiento sexual

Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada, España

Autores/as: Cervilla Óscar, Álvarez-Muelas Ana, Arcos-Romero Ana Isabel, Sánchez-Pérez Gracia María, Sierra Juan Carlos

Correo electrónico: ocervilla@ugr.es

Resumen

Objetivos. Aportar evidencias de validez de las Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales-Short Form relacionando sus medidas con las dimensiones del funcionamiento sexual (deseo, excitación, erección/lubricación, facilidad orgásmica y satisfacción con el orgasmo).

Material y método. La muestra estuvo compuesta por 965 hombres y 1.258 mujeres heterosexuales españoles de 18 a 83 años (Medad = 39,94; DT = 11,95). Completaron en línea un Cuestionario Sociodemográfico, junto con la versión española de las Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales-Short Form para evaluar los rasgos de excitación e inhibición sexual, y el Arizona Sexual Experience Scale para el funcionamiento sexual (deseo, excitación, erección/lubricación, facilidad orgásmica y satisfacción orgásmica). Se analizaron diferencias en los rasgos de excitación/inhibición sexual entre hombres y mujeres, y se plantearon modelos de regresión por separado para explicar a partir de sus medidas las dimensiones del funcionamiento sexual. Finalmente, los participantes se agruparon según su funcionamiento sexual (funcionales y disfuncionales) en cada dimensión y se compararon sus puntuaciones en excitación e inhibición sexual.

Resultados. Los hombres muestran mayor propensión a la excitación sexual ($p < 0,001$), mientras que las mujeres informan mayor inhibición sexual por miedo al fallo en el rendimiento ($p < 0,001$) y por miedo a las consecuencias de la actividad sexual ($p < 0,001$). En hombres y en mujeres, la excitación sexual, en sentido positivo, y la inhibición sexual por miedo al fallo en el rendimiento, en sentido negativo, explicaron todas las dimensiones del funcionamiento sexual, excepto la satisfacción orgásmica en hombres. Por su parte, la inhibición sexual por miedo a las consecuencias de la actividad sexual fue un predictor significativo de las dimensiones de deseo y excitación sexual en hombres, y lubricación en mujeres. Los hombres disfuncionales en las dimensiones de deseo y excitación manifiestan menor propensión a la excitación sexual, y en las dimensiones de erección y facilidad orgásmica, mayor inhibición sexual por miedo al fallo en el rendimiento. Las mujeres disfuncionales en todas las dimensiones muestran menor excitación y mayor inhibición sexual.

Conclusiones. Las medidas de las Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales-Short Form se relacionan en el sentido esperado con el funcionamiento sexual encontrándose, además, diferencias en sus puntuaciones entre personas funcionales y disfuncionales. Estos

resultados aportan evidencias para emplear este instrumento como una medida válida para evaluar la propensión a la excitación e inhibición sexual.

18. Deseo sexual solitario, ¿un factor explicativo de la excitación sexual en el contexto de la masturbación en solitario?

Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada, España

Autores: Cervilla Óscar, Jiménez Eva, Granados Reina, Álvarez-Muelas Ana, Mangas Pablo, Sierra Juan Carlos

Correo electrónico de contacto: ocervilla@ugr.es

Resumen

Objetivos. Este estudio pretende examinar el papel del deseo sexual solitario en la explicación de la propensión a la excitación/inhibición sexual (excitación rasgo) y la excitación sexual objetiva y subjetiva experimentada ante estímulos sexuales relacionados con la masturbación (excitación estado).

Material y método. Participaron 20 hombres y 21 mujeres heterosexuales de 18 a 30 años (Medad = 22,49; DT = 3,17). Como criterios de exclusión se consideró padecer algún trastorno médico/psicológico y/o consumo de medicación/drogas. Los participantes que cumplían con los criterios de inclusión acudieron al Laboratorio de Sexualidad Humana de la Universidad de Granada, en donde se les evaluó el deseo sexual solitario y diádico hacia una persona atractiva con el Sexual Desire Inventory, la propensión a inhibirse/excitarse con las Sexual Inhibition/Excitation Scales-Short Form, la excitación subjetiva con la Escala de Valoración de Excitación Sexual y la Escala de Valoración de Sensaciones Genitales, y la respuesta genital (i.e., erección peniana y amplitud del pulso vaginal) mediante pletismografía/fotopletismografía. La tarea experimental consistió en el visionado de cinco vídeos con contenido neutro y con contenido sexual explícito relacionado con la masturbación, mientras que se registraba la excitación sexual subjetiva y la respuesta psicofisiológica. Se calcularon diferencias por sexo; para examinar la relación entre deseo sexual y excitación sexual, se realizaron correlaciones bivariadas y modelos de regresión.

Resultados. En las mujeres se observó un mayor incremento de la respuesta genital ante los vídeos con contenido sexual en comparación con los hombres (p

$< 0,001$). No se encontraron diferencias por sexo en las otras medidas excitación sexual ni en deseo sexual. En los hombres el deseo sexual diádico correlacionó en sentido negativo con la inhibición sexual por miedo a las consecuencias, mientras que en las mujeres el deseo sexual solitario se asoció positivamente con la propensión a excitarse y con la amplitud de pulso vaginal. Respecto a los modelos de regresión, únicamente en mujeres, el deseo sexual solitario explicó un 37% de la varianza de la propensión a la excitación sexual.

Conclusiones. Destaca la importancia del deseo sexual solitario en el contexto de la masturbación frente al deseo sexual diádico. La asociación encontrada entre deseo sexual solitario y excitación sexual en mujeres, pero no en hombres, sugiere una funcionalidad diferente de este tipo de deseo en ambos sexos. Se evidencia, por tanto, la relevancia del deseo sexual solitario para el abordaje de la excitación sexual, especialmente en las mujeres.

19. Disfunción eréctil por ansiedad y cuadros clínicos

Autora: Guevara Silvia I

Correo electrónico: mdsexologa@gmail.com

Resumen

Introducción: La incapacidad de conseguir y mantener una erección suficiente tiempo como para mantener una relación sexual satisfactoria ha sido considerado como disfunción eréctil (Cruz, 2019). Su prevalencia varía entre 3 a 76.5% (Kessler et al., 2019) incrementando con la edad; y como señalan Rezaee et al., (2018) es uno de los problemas sexuales más frecuentes en la consulta urológica. Y, a pesar que los hombres con ansiedad tienen un elevado riesgo de presentar disfunción eréctil como señala Rajalaxmi et. al., (2022) los factores psicológicos como cita Dewitte (2021) reciben menos atención y por ende menos información disponible. Al establecer los factores psicológicos como causa del problema el tratamiento consistirá en técnicas cognitivas conductuales, desafiar creencias disfuncionales, aumentar la estimulación sexual, interrumpir la evitación sexual, aumentar las habilidades de intimidad y comunicación (Dewitte M., 2021). Por ello el conocer la clínica en estos casos aportará a tener mayor conocimiento sobre estos cuadros lo cual llevará a un mejor manejo.

Caso:

En consulta sexológica es frecuente recibir pacientes cada vez más jóvenes con la queja “tengo disfunción eréctil” y luego de la elaboración de la historia clínica se

determina una ansiedad de desempeño o falla eréctil por ansiedad. La descripción de la clínica es importante para poder orientar mejor al paciente y derivar al profesional correspondiente. En consulta la clínica suele englobarse en estos relatos:

- Erección completa en situaciones de no coito y satisfactoria en masturbación, pero con temor a iniciar relaciones sexuales coítales, o miedo al embarazo y/o una sobre exigencia de desempeño
- Hombres que funcionan solos y con pornografía pero no pueden tener erección frente a parejas reales.
- Hombres con buen funcionamiento sexual anterior hasta que luego de una ruptura amorosa intentan establecer una nueva relación.
- Hombres cuyo funcionamiento sexual es satisfactorio en encuentros sexuales sin relaciones de compromiso, hasta que se enamoran.

En estos cuadros está presente la anticipación al fallo, ansiedad marcada y pensamientos intrusivos. Además de mecanismos de afrontamiento como evitación sexual y problemas de pareja asociado en caso de tenerla según el tiempo del cuadro.

Comentario: el manejo de pacientes con “disfunción eréctil”, requiere un conocimiento de las bases fisiológicas y psicológicas de funcionamiento, además de conocer las particularidades del paciente para poder brindar un proceso de psicoeducación y un tratamiento integral e interdisciplinario de ser el caso.

Bibliografía

1. Cruz Eduard. (2019). Disfunción Erectil. pag 159. Manual de Sexología Clínica. Editorial Medica Panamericana.
2. Kessler Anna., Sollie Sam., Challacombe Ben., Briggs Karen., Van Hemelrijck Mieke (2019). The global prevalence of erectile dysfunction: a review. BJU International. <https://doi.org/10.1111/bju.14813>
3. Dewitte M, Bettocchi C, Carvalho J, et al. A Psychosocial Approach to Erectile Dysfunction: Position Statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). Sex Med 2021;9:100434. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100434>
4. Velurajah Rajalaxmi, Brunckhorst Oliver., Wagar Muhammad., McMullen Isabel., Ahmed Kamran. Erectile dysfunction in patients with anxiety disorders: a systematic review. (2021, 18 febrero). Nature. Recuperado 7 de septiembre de 2022, de https://www.nature.com/articles/s41443-020-00405-4?error=cookies_not_

supported&code=edba0f63-13b7-410e-8c8a-27f38d8dfdb1

5. Rezaee ME, Johnson HA, Munarriz RM, et al. Bibliometric Analysis of Erectile Dysfunction Publications in Urology and Sexual Medicine Journals. *J Sex Med* 2018;15:1426–1433. [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)32974-X/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)32974-X/fulltext)

20. Un enfoque integrador de las terapias en sexualidad

Asociación: S.A.S.H. Sociedad Argentina de Sexualidad Humana

Correo electrónico: contacto@psicologiaysexualidad.com

Introducción de la base teórica:

Poder generar un enlace entre la Sexología y la Psicología Profunda. Las miradas clínicas y teóricas que nos ofrece la Psicología profunda nos permiten involucrarnos y profundizar en el ser humano desde su más vulnerable período de dependencia hasta las herramientas fuertes o frágiles que ha podido desarrollar de acuerdo a su devenir en la infancia con sus seres queridos primarios. ¿Por qué el Psicoanálisis como valiosa herramienta? ¿Por qué la escucha psicoanalítica? porque las teorías del Apego? Serán los siguientes autores sobre los que fundamentaré el presente trabajo: Sigmund Freud, John Bowlby, Klein Melanie, Mahler, M. S, Winnicott, D.W. Rene Spitz, Wilfred Bion)

Propuesta:

Puede demostrarse que la actitud sexual no aparece como algo que viene definido en la estructura cromosómica del ser ni en las mismas gónadas, sino que se va estructurando como consecuencia de las experiencias vividas en la infancia. El cuidador principal actúa como un prototipo para las relaciones futuras, por lo tanto, estas vivencias, que configuran su historia también determinarán la conducta sexual del individuo tanto en lo afectivo, amar y ser amado, como en lo sexual, desear y ser deseado,

Comentario: Es importante la optimización profesional en el campo de la Sexología, para ello propongo un enlace entre la Sexología y el Psicoanálisis y preguntarnos cuáles son nuestras dificultades y sobre qué escucha apuntalar la clínica.

¿Cuán profunda y activa es nuestra escucha? ¿Estamos dispuestos a correrlos de nuestro discurso habitual? de nuestra zona de confort? y cuánto es nuestro autoconocimiento?

Preguntarnos esto tiene como objetivo mejorar la salud mental y sexual en todos sus aspectos y nuestra calidad como profesional consultado. Ya que no son sólo teóricos los límites que podemos tener sino también es relevante revisar nuestros límites personales. No conocerlos puede colocarnos en un lugar por demás omnipotente y soberbio, y por lo tanto de debilidad ética.

Sugerencia: los factores a tener en cuenta para Un enfoque Integrador de La Psicoterapia en Sexualidad que propongo son:

- La Integración de la teorías de la psicología profunda con técnicas modernas de la psicología de la conducta, adaptadas al paciente y la problemática presentada.
- Individualizar y conocer nuestros límites, nuestras fortalezas y debilidades. Pilares fundamentales para ejercer la profesión con ética y singularidad.

21. Presentación de un Programa Integral e interdisciplinario para el abordaje de la eyaculación precoz

Centro Interdisciplinario de Psicoterapias, Sexualidades y Salud Integral: Filopolis

Autor/es: Dinolfo Valeria, Gioielli Antonela, Lola Sofía, Moreno Nadia, Romero Clarisa

Correo electrónico de contacto: clarisa.lis.r@hotmail.com

Resumen:

Introducción: La eyaculación precoz (EP) es el problema de salud sexual más frecuente entre los varones cisgénero heterosexuales (Martínez Jabaloyas, 2010) con una prevalencia del 30% de la población general (Parnham & Serefoglu, 2016; Valente et al., 2021). A pesar de ello, aún no se cuenta con una definición universalmente aceptada (Cardona Maya, 2010) ni se ha podido establecer claramente la efectividad de los tratamientos no farmacológicos (Steggall et al. 2008). La EP combina tres características esenciales: corto tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal, falta de control e insatisfacción sexual (Cardona Maya, 2010). Esta condición se asocia a una baja autoestima, problemas de pareja, lo que determina una tendencia a la inhibición, temores frente a la sexualidad y dificultades para la expresión afectiva (Sanchez Bravo et al., 2010). El enfoque tradicional para el tratamiento de la EP se basa en el reentrenamiento sexual y de factores emocionales a través de programas comportamentales estructurados (Masters & Johnson, 1970). Su efectividad podría depender tanto de la severidad del cuadro

como del enfoque terapéutico utilizado (Steggall et al. 2008). Propuesta: Se propone un Programa Integral e Interdisciplinario para el abordaje de la EP primaria leve o moderada. El mismo cuenta con la intervención de profesionales especializadas en Sexualidad Humana de distintas áreas disciplinares como: Uroandrogología, Ginecología, Psicología y Kinesiología. Se estipula una duración promedio de 16 sesiones que se llevan a cabo de manera semanal y dentro del mismo espacio físico. Comentario: La declaración de los derechos sexuales (WAS, 2014) exige el desarrollo de servicios de atención a la salud sexual de calidad para las problemáticas actuales. Ya que los tratamientos tradicionales no han probado su efectividad para esta población, es menester avanzar en nuevas propuestas que permitan una ruptura de las epistemologías paradigmáticas. El abordaje interdisciplinario y la integración de las diferentes disciplinas en un mismo espacio terapéutico, podría permitirle al consultante ciertos beneficios como: disminuir sus niveles de ansiedad al concurrir de manera semanal al mismo espacio físico, le generaría confianza establecer un vínculo terapéutico con el equipo y evitar la revictimización, es decir, la exposición constante al motivo de consulta. Además, brindaría un sostén emocional que le permita a la persona expresar sus emociones, mejorar sus vínculos interpersonales, y acceder a información certera sobre la sexualidad. Sugerencias: Se recomienda avanzar en la implementación de este tipo de programas, así como en la valoración de su efectividad por sobre el abordaje tradicional individual.

22. Evaluación Preliminar de la Eficacia de un Nuevo Protocolo Cognitivo Conductual Basado en los Procesos Centrales para la Eyaculación Precoz

Universidad Oberta de Catalunya y Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Autores: Vallejo-Medina, Pablo & Guzman-Calderón Kelly

Correo electrónico de contacto: pableres@gmail.com

Resumen

Objetivos: El presente estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de un protocolo cognitivo conductual de 9 sesiones centrado en los procesos centrales con componentes de ACT, mindfulness, terapia sexual clásica y psicoeducación en pacientes diagnosticados con Eyaculación Precoz.

Material y Métodos: Se trata de un diseño

experimental de caso único sobre líneas base múltiples con un diseño ABA con seguimiento a 3 y 6 meses. Un total de tres participantes fueron evaluados durante 21 semanas empleando el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal, la Premature Ejaculation Diagnostic Tool, Acceptance and Action Questionnaire II, Ejaculation Performance Anxiety Index, Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales y la Mindful Attention Awareness Scale. Todas ellas en su versión validada en español. Tanto las evaluaciones como las intervenciones fueron realizadas de forma virtual y todos los análisis -visuales o estadísticos- fueron realizados mediante el lenguaje R.

Resultados: Los primeros resultados de este protocolo muestran que las 9 sesiones serían suficientes para reducir la sintomatología asociada a la eyaculación precoz y aumentar el tiempo de latencia de eyaculación intravaginal a niveles no clínicos. Los indicadores bayesianos, de tamaño de efecto y visuales son consistentes con la idea de que el protocolo incrementa el tiempo de latencia de eyaculación intravaginal y reduce las puntuaciones de la Premature Ejaculation Diagnostic Tool, ambas con indicadores que muestran Cambios Clínicamente Significativos. Estos resultados se mantienen tras acabar el tratamiento al menos tras 12 y 24 semanas. El resto de los indicadores secundarios también mostraron evidencias de cambio con niveles del Factor de Bayes superiores a 3 tanto en el post, como en el seguimiento.

Conclusiones: En conclusión, este estudio proporciona un paso inicial y prometedor en el análisis del protocolo de Terapia Cognitivo Conductual basado en procesos básicos para el tratamiento de la eyaculación precoz. Los autores consideramos que este tipo de tratamiento se merece más estudios que evalúen su eficacia en ensayos controlados y aleatorizados.

23. ESCUN. Un modelo de intervención útil tanto para la “educación integral de la sexualidad” como para la psicoterapia sexual”, en Ciudad de México.

Fundación Clemades Cuenta Conmigo, A.C., México.

Autores: Clemades Pérez de Corcho Tirso, Trista Moncada Carlos M.

Correo electrónico: clemadestirso@gmail.com

Resumen: modalidad ideas nuevas/ nuevas teorías.

Introducción de la base teórica: En 1994 Clemades,

T., creo y comenzó a utilizar el modelo de intervención ESCUN con el propósito de realizar educación de la sexualidad. Sin embargo, a partir de 2012, tras terminar estudios en psicoterapia Ericksoniana, comenzó también a utilizar este modelo basándose en los fundamentos teórico-metodológicos de esta escuela psicoterapéutica, en el área de la psicoterapia sexual.

Propuesta: El modelo de la ESCUN, se basa en la narración oral de cuentos, historias anécdotas, parábolas y otras narraciones; y se ha utilizado en infantes, adolescentes y personas adultas; tanto en entornos urbanos como rurales, de México y otros países de Latinoamérica.

Comentario: En este modelo utilizamos una estrategia metodológica de intervención, que parte de un “diagnóstico de necesidades básicas de aprendizaje” (diagnóstico inicial), para lo cual se utilizan diversas técnicas o estrategias como: lluvia de ideas, juegos, preguntas directas y/o la observación directa; luego se realiza la programación de la intervención y posteriormente la acción educativa y/o psicoterapéutica, mediante técnicas específicas diseñadas para la intervención individual, grupal o masiva, si se trata de una acción educativa y para la intervención individual, de pareja o grupal, si se tratará de una acción psicoterapéutica. Y por último, se realiza una evaluación (diagnóstico final) con los mismos instrumentos utilizados en el diagnóstico inicial, cuando se trata de una acción educativa.

Hasta la fecha hemos obtenido logros muy alentadores y gratificantes; pues por medio de la ESCUN las personas participantes, a través de la acción educativa han sido capaces de modificar conceptos erróneos, adquirido nuevos conocimientos, así como enriquecido los ya existentes referentes a la sexualidad humana. Mientras que por la acción psicoterapéutica, han analizado, reflexionado y/o resuelto los conflictos emocionales que les aquejan, sobre la sexualidad.

Sugerencias/Recomendación: Cuando se utilice este modelo de intervención se deberá realizar o partir siempre de un “diagnóstico de necesidades básicas de aprendizaje”.

24. Detección precoz de la Chlamidia

Autores: García Alcocer Miriam Adriana; Jiménez Muñoz Ester; Herrera Martínez Yordanka I.

Correo electrónico: miriamph1803@hotmail.com, yordihm55@gmail.com

Introducción: La Chlamidia es la ITS bacteriana más frecuente en la mujer joven, cursando el 90% de los casos

asintomática y a largo plazo con dolor pélvico crónico y esterilidad.

Objetivos: Describir la población femenina con PCR positiva para Chlamidia en el centro de atención primaria Fuente de San Luis, Valencia, en el periodo de los años 2016 al 2020.

Material y método: Se realiza un estudio descriptivo, donde la muestra es recogida manualmente por la facultativa de enfermería del servicio de salud sexual y reproductiva del centro de salud. Se incluye únicamente a las pacientes con PCR positiva para Chlamidia. Posteriormente se realiza un estudio descriptivo de la población en función de la edad, número de parejas sexuales a lo largo de la vida, motivo de consulta, ITS concomitantes y otros antecedentes personales.

Resultados: Se incluyen 126 mujeres cuya media de edad fue de 27,2 años, siendo 58 (46,03%) menores de 25 años. La media de parejas sexuales a lo largo de la vida fue de 8, con mediana de 5, siendo la media de parejas sexuales en el último mes de 1,2. Indicaron haber tenido 2 o menos parejas sexuales en su vida 14 de las 108 mujeres (12,96%), siendo en ellas la media de edad de 27,35 años. La vida la media de edad de las 112 (87,03%) mujeres que indicaron haber tenido más de 2 parejas sexuales en su vida fue de 27,25 años. De los antecedentes personales estudiados destacan que 15 mujeres (11,9%) habían sido diagnosticadas de ITS previa y que la media de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 16,69 años, la mediana de 17 años y que 80 mujeres (63,49%) eran menores de edad en su primera relación sexual.

Conclusiones: Actualmente no existe un protocolo de cribado de ITS en mujeres menores de 25 años por lo que la media de edad de nuestra muestra es superior a la de otros estudios. De los resultados obtenidos convenimos que la mejor estrategia para disminuir las complicaciones de la infección por Chlamidia es el diagnóstico y tratamiento precoz.

25. Impacto del abordaje interdisciplinario del vaginismo. Seguimiento de 34 pacientes bajo modelo de rehabilitación anual.

Autoras: Dinolfo Valeria (1), García Bárbara (2). Romero Clarisa (3), Moreno Nadia (4), Lola Sofia (5). Filopolis. Rosario. Argentina

Introducción: El vaginismo se caracteriza por contracciones involuntarias de los músculos del piso pélvico, causando dificultad para la entrada vaginal de un dispositivo, pene, dedo o espéculo ginecológico

acompañado de ansiedad y dolor con alto impacto en el bienestar de las personas. La evidencia disponible para el abordaje terapéutico es heterogénea⁶. Propuesta: Desarrollar un modelo de atención transdisciplinaria de Vaginismo y valorar la respuesta terapéutica en base a la escala del dolor de Pacik de las personas asistidas de Marzo 2021 a Agosto de 2022. Método: Revisión de 150 Historias Clínicas, se incluyeron 33 personas cis género y una transgénero con dolor a la penetración intravaginal. Se excluyeron personas con dispareunia por atrofia urogenital y/o por cultivos de flujo positivos quienes mejoraron tras el tratamiento correspondiente. Se delineó un modelo de Acompañamiento integral con evaluación con sexología y ginecología, ejecución de un plan terapéutico, laboratorio, cultivos, ecografías 3 D de piso pelviano. Se indica terapia sexual cognitivo conductual y rehabilitación de piso pelviano con biofeedback por kinesiología. Se realizaron Monitoreos profesionales quincenales para valorar seguimientos, mejorar intervenciones, optimizar tiempos y disminuir recaídas. Quienes participaron firmaron consentimiento informado. El 32% presentaba vaginismo primario y el 68% secundario de entre 5 y 10 años de evolución. El 70 % presentaba un vaginismo leve según la escala de Pacik 2-3. El 50% realizó rehabilitación de piso pelviano, promedio de 5 sesiones y terapia sexual 6 encuentros con un pasaje de escala de dolor de 2-3 a 1. El 53 % volvió a tener relaciones libres de dolor, el 41% se encuentra en tratamiento, el 5% abandonaron el tratamiento y 1% pospone por embarazo deseado, reanudando en el post nacimiento. Por protocolo a quienes no responden se les aconsejó toxina botulínica con sedación o el programa de medicina cannabica intravaginal.

Comentario: Los resultados son similares a los encontrados en la bibliografía, mas la inclusión de la medicina cannabica es para nuestro equipo un nuevo desafío y otra herramienta en el manejo del dolor. La revisión sobre si utilizarla desde el inicio del abordaje o si añadirla en caso de resistencia al tratamiento está todavía vigente. El valor de esta nueva teoría de abordaje es lo poco invasivo de la misma con buenos resultados en términos de satisfacción sexual de las personas que viven con vaginismo.

26. Evaluación de la disfunción sexual femenina en mujeres oncológicas que acuden a un taller de promoción de la salud sexual

Hospital Universitario 12 de Octubre. Programa de Formación en Salud Sexual de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Autores: Bartolomé Mateos Alba (1), Hurtado Murillo Felipe (2).

Correo electrónico: abarteos@gmail.com

Objetivos

Evaluar la disfunción sexual femenina (DSF) en mujeres oncológicas, que acuden de forma voluntaria a un taller de promoción de la salud sexual.

Material y método

Se ofertaron 15 plazas en un taller piloto para mujeres mayores de 18 años, que tuvieran o hubieran pasado por un proceso oncológico, que quisieran mejorar su salud sexual, en junio 2022 en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Antes de comenzar, las participantes respondieron la Escala de Evaluación de la Actividad Sexual en la Mujer (EVAS-M).

EVAS-M es una escala de 8 ítems, que miden los dominios deseo, excitación subjetiva, lubricación, orgasmo, satisfacción, satisfacción sexual y dolor, además del tiempo de insatisfacción, dificultades sexuales en pareja y el grado de preocupación con respecto a la actividad sexual. Puntúa entre 12 y 60, reflejando mejor función sexual a mayor puntuación. Se considera DSF cuando la puntuación es <28

Resultados y discusión

De las 11 participantes, solo 9 completaron todas las preguntas del EVAS-M.

Estas mujeres tenían entre 36 y 62 años (media 49,5). Ocho habían tenido un cáncer de mama y una metastásico.

La puntuación mínima de EVAS-M fue de 16 y la máxima de 42, con una puntuación media de 29,1. Cinco (55,6%) alcanzaron una puntuación menor de 28, correspondiente a DSF (Figura 1). El tiempo de insatisfacción referido eran meses o años.

La prevalencia DSF en mujeres que han tenido un cáncer de cualquier localización se estima >65%, mayor que en la población general (56% en mujeres entre 40-49 años). Además, la DSF presenta mayor prevalencia en mujeres con cánceres ginecológicos, ya que afectan directamente a los órganos sexuales.

Llama la atención, que pese a esperar una mayor prevalencia de DSF en este grupo, nos encontramos con unas cifras similares a la población general no oncológica. Es posible que las mujeres con mayor DSF sean también las que tengan actitudes menos positivas hacia la sexualidad y que esto dificulte su acceso a los talleres.

Conclusiones

Parece que las mujeres oncológicas que acuden de forma voluntaria a talleres de promoción de la salud sexual, presentan de base una mejor función sexual que la descrita para su grupo. Sería interesante considerar estrategias para poder potenciar la salud sexual en mujeres que no se atreven a acudir a talleres de sexualidad grupales.

Dada la pequeña muestra, serían necesarios más estudios para contrastar estas hipótesis.

27. ¿Es el atrapamiento del nervio pudiendo una causa potencial de eyaculación anhedónica? Trastorno orgásmico en persona de género cis, reporte de caso.

Instituto de neurociencias INECO Oroño, Rosario, Santa Fe. Argentina

Autoras: Bárbara García, Virginia Tejada, Soledad Oviedo.

Introducción: La anorgasmia es la incapacidad de alcanzar el orgasmo después de cualquier tipo de estimulación sexual. El deseo sexual, la estimulación psicológica y física, la erección del pene y la eyaculación suelen preceder al orgasmo masculino⁴.

Caso: Se presenta el caso clínico de un varón cisgénero de 36 años con eyaculación anhedónica de tres años de evolución. La persona mantiene un adecuado control del deseo, la excitación y la eyaculación, pero es incapaz de alcanzar el orgasmo con la masturbación personal o las relaciones sexuales con su pareja. El departamento de psicología lo diagnostica con Síndrome de Déficit de Atención del Adulto y lo medica con metilfenidato y terapia cognitivo-conductual desde marzo de 2021 a la fecha. La persona tiene laboratorios hormonales y de infecciones de transmisión sexual normales. Se solicita resonancia magnética de columna, en la que se evidencia que la raíz S2 derecha del plexo sacro pasa entre la arcada del músculo piramidal a través de un vientre accesorio de inserción alta, el cual tiene un trayecto intramuscular. El paciente es derivado al servicio de neurología, donde se realiza una electromiografía para estudio de potenciales evocados somatosensoriales (SEP). La persona presenta retraso en la conducción a nivel perineal, demostrando que el origen pudiendo está afectado. El aumento de la latencia probablemente haría que el estímulo tardara más en llegar, tal vez como resultado de una compresión en una rama sensorial.

Estos estudios revelaron ausencia de SEP en el pudiendo y resultados normales para el resto de parámetros, lo que

es indicativo de lesión en la vía somatosensorial.

Comentario: La correlación entre eyaculación anhedónica y atrapamiento pudiendo está poco descrita en la literatura, aunque se han descrito lesiones a nivel medular, como la mielitis transversa idiopática, que es una lesión inusual. Las opciones de tratamiento podrían ser la electroestimulación versus el desbloqueo pudiendo transperitoneal laparoscópico.

Conclusión: Una historia clínica médica sexual básica y el conocimiento de las pruebas complementarias disponibles pueden ayudar al manejo de pacientes con síndromes sexuales de posible origen neurológico que impactan en las sexualidades.

28. Tratamiento del discontrol eyaculatorio

Correo electrónico: paquin_49@yahoo.com

Objetivos:

1. Analizar la conveniencia de tratar el Discontrol eyaculatorio en vez de la Eyaculación precoz.
2. Privilegiar el Modelo integral sobre el Modelo médico, considerando que se pueden combinar.

Material y métodos:

Se trata de una revisión bibliográfica y la experiencia de la consulta privada a lo largo de más de 40 años.

Resultados:

Desde el punto de vista empírico son positivos, ya que no se concretan a solucionar los problemas del funcionamiento sexual si no que se trabaja con la diada.

Conclusiones:

Si en el principio de la Terapia sexual propuesta por Masters y Johnson, lo fundamental era reparar "la problemática sexual", es decir, se centraba en el aspecto funcional, adaptar un Modelo integral permitirá a la pareja vivir de forma más armónica, pero no sólo en el ámbito de lo sexual.

Resumen

Durante muchos años la eyaculación precoz ha sido considerada la disfunción erótica masculina más extendida, las publicaciones sobre ella, han carcecido de una definición aceptada, contaban con poca objetividad y imposibles de replicar.

La etiología era de lo más variado, y sólo con parejas heterosexuales. Se privilegia el aspecto funcionalista de las relaciones, es decir, se enfatiza la importancia de la erección, la penetración y la eyaculación.

Este enfoque abre la posibilidad de tratamientos farmacológicos, muy atractivos para los varones que buscan la píldora mágica que yugule su malestar, posiblemente detectado, identificado o padecido por su pareja. Frecuentemente es ella la que expresa un malestar que puede tener años de existencia, pues como señalaron Masters y Johnson (1978): ... la mujer es la que se lamenta. La queja puede ser actitudinal, sutil, una insinuación o llegar amenazar con la separación, motivo por el cual él solicitará ayuda, lógicamente deseará que sea lo más rápida posible. De ahí el atractivo fármacos que implique el menor de los esfuerzos.

Desde principios de los 80's del siglo pasado, el autor ha comentado que Discontrol eyaculatorio es una denominación más descriptiva que Eyaculación precoz, temprana o prematura pues se refiere a la incapacidad de controlar en forma voluntaria la eyaculación, es decir, el momento en que se eyaculará. (Delfín, sexualogía). Puede decirse que hay dos clases de varones los que eyaculan: aquellos que deciden cuando terminar y los que se vienen: quienes no perciben la llegada del semen al bulbo uretral, y por tanto se ven sorprendidos por su eyaculación.

Ante el Discontrol eyaculatorio lo ideal es atender a la pareja, con independencia de que sean de uno y otro sexo, o del mismo sexo, pero resulta mas adecuado porque el hombre tendrá menos ansiedad que si lo hace a escondidas de la otra persona, e igual se hablara con ésta para que exprese sus malestares y colabore, si así lo desea en el tratamiento. Vale la pena saber que con frecuencia, los resentimientos (lógicos) de la pareja pueden obstaculizar la Terapia sexual.

Lo ideal es comenzar con

1. prohibir las relaciones coitales,
2. sugerir aproximaciones graduales, desde lo romántico a lo corporal, sin exigencias eróticas,
3. enseñarle a él a identificar y controlar la inminencia eyaculatoria.
4. enfatizar la importancia de convivir armónicamente en pareja, no sólo en el terreno de lo erótico sexual.

Si resulta necesario se agregará tratamiento farmacológico.

29. A propósito de un caso: consejo sexual en la U.C.E. de psiquiatría

Máster Universitario en Sexología
Universidad Europea del Atlántico. Sexta Edición.

Autores: Rodríguez García, Alicia; García Neto, María José; Guasch Villanueva, María José; Marcos González, Victoria; Gallego de Lary, Cristina Clare; Ruíz León, María Dolores; Sánchez Sánchez, María;

Fernández Mora, María José; Muñoz Algar, Kenia; Ches Bell, Elielsi.

Correo electrónico de contacto: alirodgar1@gmail.com

Resumen

Introducción:

La disfunción sexual en todas las fases de la actividad es frecuente con el tratamiento antipsicótico. El Consejo Sexual consiste en un proceso puntual de diálogo mutuo centrado en un problema y encaminado a informar y formar sobre las dificultades sexuales.

Caso clínico:

Antecedentes personales: paciente mujer de 45 años, con antecedentes de esquizofrenia desde 2005, con clínica psicótica de perjuicio, alucinaciones auditivas y delirio erotomaniaco. Historia de múltiples ingresos con descompensaciones por abandono de tratamiento, historial farmacológico con antipsicóticos de todo tipo, orales e inyectados.

Psicobiografía: mayor de tres hermanos, vive con su pareja de 52 años; estudios de Económicas.

Enfermedad actual: ingresa por reagudización psicótica tras abandono del último tratamiento (zuclopentixol), con intensa angustia, clínica persecutoria y persistencia de voces.

Evolución: durante su ingreso en U.C.E. Psiquiatría, evolución favorable, con reticencia a toma de tratamiento al alta. Presenta buen insight de sus vivencias psicóticas, conservando su personalidad y sin escisión de la identidad. Juicio de realidad suficiente. Cuando indagamos en historia sexual, refiere que la disminución de la libido y la imposibilidad de alcanzar el orgasmo es uno de los motivos principales por los que quiere abandonar la medicación. Su pareja, principal apoyo de la paciente, presenta disfunción eréctil, por lo que se plantea romper la relación. Es la primera vez que la paciente habla de este tema. Se realiza Consejo Sexual, desmitificando perspectiva coitocéntrica, readaptando expectativas, reforzando necesidad de adherencia terapéutica y recomendando asistir a Terapia de Pareja con una sexóloga.

Comentario:

En general, el Consejo Sexual tiene lugar en las consultas de Sexología, Atención Primaria, Ginecología... pero no suele prestarse a ser realizado en el contexto de hospitalización psiquiátrica, pues se presupone que prima el ajuste farmacológico y la intervención en crisis; no obstante, este caso ejemplifica cómo indagar en la historia sexual del paciente psiquiátrico durante su

estancia, siempre que sea posible y proceda, puede ser beneficioso, posibilitando el abordaje y resolución de problemas sexuales que de otro modo difícilmente se hubieran tratado.

Conclusiones:

Cuando la modificación de fármacos no es posible, el Consejo Sexual incide en la readecuación de la sexualidad a los efectos de los mismos. En ocasiones debemos adoptar un papel oportunista e indagar en la historia sexual de pacientes hospitalizados, posibilitando un puente hacia la Terapia de Pareja, y ayudando a fomentar la comunicación y la corresponsabilidad de ambos integrantes.

Bibliografía del caso:

1. Michael D Jibson. Second-generation antipsychotic medications: Pharmacology, administration, and side effects. This topic last updated: Jan 20, 2016. In: Uptodate, Stephen Marder (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2016.
2. Jurado AR, Sánchez-Borrego R. Introducción a la terapia sexual. En Programa de Intervención en Salud Sexual para Médicos de Atención Primaria (PRISS-AP). Ed: Profármaco. Barcelona 2015.
3. San Martín C, Fernández A. Consejo sexual. En Programa de Intervención en Salud Sexual para Médicos de Atención Primaria (PRISS-AP). Ed: Profármaco. Barcelona 2015.

30. A propósito de un caso: función sexual y vortioxetina

Autor/es: Rodríguez García, Alicia; Plasencia García de Diego, Beatriz Oda; Tetilla Vicente, Violeta; Martínez Espamer, Ezequiel; Yeregui Etcheberria, Elena; Palenzuela Carrasco, Pedro; Gámiz Gámiz, María Luisa; Soriano de la Cámara, Carmen; Jurado López, Ana Rosa

Correo electrónico: alirodgar1@gmail.com

Resumen

Introducción:

Los antidepresivos serotoninérgicos se asocian frecuentemente con la aparición de disfunción sexual y esto puede influir en la adherencia al tratamiento y en la remisión completa. La incidencia real está subestimada. Una estrategia eficaz es cambiar de fármaco a otro no ISRS (como bupropion, agomelatina o vortioxetina hasta 15 mg).

Caso clínico:

Antecedentes personales: varón de 35 años con

antecedentes de Trastorno depresivo mayor durante los estudios universitarios, en tratamiento con fluoxetina (40mg/24h) durante 6 meses y retirada posterior, sin incidencias. Psicobiografía: casado, padre de dos hijos. Trabajo actual como ingeniero. Enfermedad actual: a los 35 años presenta un nuevo episodio depresivo, compatible con Trastorno depresivo mayor moderado (MADRS 33 puntos). Exploración psicopatológica: tristeza, ansiedad basal, apatía, falta de motivación con disminución de capacidad hedónica, pérdida de energía y percepción subjetiva de enlentecimiento cognitivo que interfieren en el rendimiento laboral. Acude a su médico de familia que le prescribe escitalopram (20mg/24h), con mejoría clínica, pero en cuanto a tolerancia verbaliza quejas de disfunción sexual (reducción de la libido con incapacidad para el orgasmo y disfunción eréctil), coincidiendo con el inicio del tratamiento. Evolución: acude a Psiquiatría con MADRS 18 puntos (depresión leve) y demanda cambio de tratamiento por problemas en la esfera sexual, con SALSEX 10 puntos (moderada). Decidimos cambio mediante titulación cruzada con vortioxetina y a las 8 semanas desde el inicio del cambio, MADRS 5 puntos (sin depresión) y SALSEX 4 puntos (leve). Además el paciente alegaba una mejoría cognitiva no psicometrada.

Discusión: más allá de los números:

El tiempo que estuvo tomando fluoxetina en la universidad comenta que dejó la relación con la pareja que tenía entonces, expresando sentimientos de vergüenza y ansiedad al no poder mantener la erección. Aunque el psiquiatra le recomendó planificar el encuentro sexual y no tomar tratamiento puntualmente ese día, el paciente se mostró reticente, aludiendo a que el sexo es algo espontáneo y hay que estar preparado siempre.

Conclusiones:

La disfunción sexual asociada a la toma de antidepresivos serotoninérgicos es muy frecuente. El empleo de fármacos no ISRS en pacientes jóvenes debería ser considerado de primera elección por su influencia en la adherencia y en el pronóstico de la enfermedad, pues el impacto en la calidad de vida de este efecto adverso no puede subestimarse. Abordar estos temas en consulta, así como desmitificar algunos prejuicios en torno al sexo puede ser de gran ayuda.

Bibliografía del caso:

1. Montejo AL, Majadas S. Disfunción sexual por antidepresivos. ¿Qué se puede hacer? Cápsulas de formación en depresión. Disponible en: [https://1aria.com/images/entry-pdfs/capsules1_print%20\(1\).pdf](https://1aria.com/images/entry-pdfs/capsules1_print%20(1).pdf)
2. Tascón Cervera JJ, Dorta González JF, Herrera

Muñoz M, García Gómez-Pamo FJ, Crisóstomo Siverio AI, Torres Tejera LM, Cejas Méndez MR. Vortioxetina como alternativa para la disfunción sexual con antidepressivos. Presentación de un caso clínico. *Psiquiatría.com* - ISSN, 2021 (25): 1137-3148. Disponible en: https://psiquiatria.com/trabajos/usr_1564179819.pdf

31. Demanda de consulta de sexología clínica por personas mayores de 60 años - la experiencia de un centro hospitalario portugués.

Centro Hospitalario Universitario de São João (CHUSJ), Porto, Portugal.

Autoras: Alves Tânia, Mota Márcia.

Correo electrónico: tpvalves100@gmail.com.

Resumen:

Objetivos: Según un estudio realizado en España en 2018, la actividad sexual es importante en los mayores de 60 años, siendo que 52,53% de los encuestados mantienen relaciones. La realidad portuguesa con respecto a la sexualidad en este grupo de edad es relativamente desconocida. Además, no conocemos estudios publicados en la literatura que se centren en la demanda de consultas de sexología clínica por parte de este grupo.

Así, en este trabajo se pretende caracterizar la demanda de consulta de sexología clínica por personas mayores de 60 años en un centro hospitalario portugués, con el fin de comprender la dimensión de la demanda por este grupo de edad y los motivos pelos cuales procuran la consulta.

Material y método: Se realizó un análisis de la cohorte de usuarios de 60 años o más que fueron derivados a la consulta de sexología clínica entre 2012 y 2021. Se extrajeron datos referentes al número de derivaciones, tasa de ausentismo, sexo, edad, estado civil, diagnóstico, comorbilidades y entidades que realizaron la derivación.

Resultados: Durante el período analizado, se realizaron un total de 52 derivaciones por personas mayores de 60 años, representando 6,05% del total de derivaciones. A lo largo de los años de estudio, se ha observado una tendencia a la disminución de la demanda por parte de este grupo. En cuanto a la caracterización sociodemográfica, la consulta es más solicitada por hombres y personas casadas/en unión de hecho. Analizando los principales diagnósticos encontrados, la disfunción eréctil se destacó por un amplio margen en primer lugar, representando el 59,62% del total de diagnósticos. Las comorbilidades se informaron con mayor frecuencia en pacientes con disfunción eréctil. En estos usuarios se destacan

factores de riesgo cardiovascular como hipertensión arterial y diabetes mellitus, antecedentes de accidente cerebrovascular y IAM, cáncer de próstata y trastorno por consumo de alcohol. Relativamente a las entidades de referencia, se destaca la urología, que representó el 30,77% de todas las solicitudes de referencia.

Conclusiones: La consulta de sexología clínica es poco solicitada por este grupo de edad y la demanda ha ido disminuyendo a lo largo de los años. Posibles factores de la baja demanda podrían ser, por un lado, el estigma asociado a la sexualidad en las personas mayores y, por otro lado, la menor necesidad de derivar pacientes a consultas de sexología por otras especialidades, como en el caso de la urología con los pacientes de disfunción eréctil.

32. El placer de conocerme

Instituto Ser- Helpfi

Autor/es: Pinzón Benavides Erika Alejandra

Correo electrónico: psicologaerikapinzon@gmail.com

Resumen

Dentro de las causas psicológicas más comunes en los problemas sexuales se encuentra la falta de conocimiento de nuestra propia sexualidad y placer, así como la falta de asertividad sexual para comunicar nuestros deseos y gustos sexuales. Aunque en los últimos años hemos notado un gran avance en la ruptura de estereotipos, prejuicios y mitos sexuales, así como el acercamiento a la vivencia de una sexualidad positiva que incluye el derecho al placer sexual; aún nos quedan varias brechas y retos que enfrentar; la atención de los problemas sexuales es un ejemplo de ello. En la práctica clínica nos seguimos encontramos a diario con muchos-as pacientes que nos manifiestan “Es que no sé qué me gusta” “No tengo idea dónde queda mi clítoris”, “Pero, cómo le digo eso a ella, que vergüenza” “Nunca he llegado a un orgasmo porque él no sabe cómo proporcionármelo”.

Recordemos que el placer sexual es la satisfacción y disfrute físico y/o psicológico derivado de experiencias eróticas compartidas o solitarias, incluyendo pensamientos, fantasías, sueños, emociones y sentimientos. La autodeterminación, el consentimiento, la seguridad, la privacidad, la confianza y la capacidad de comunicarse y negociar relaciones sexuales son factores clave para que el placer contribuya a la salud y el bienestar sexual. Garantizar que el placer sexual sea elemento integral de los de servicios de salud sexual y fortalecer el desarrollo del conocimiento de los beneficios del placer

sexual como parte del bienestar (WAS, 2021) son algunos de los retos que tenemos como profesionales.

El placer de conocerme es un taller dirigido a profesionales, así como a cualquier persona interesada en hacer un ejercicio introspectivo de su placer, en explorar sus gustos sexuales, zonas erógenas, sus fantasías, evaluar su asertividad sexual, así como explorar las creencias que pueden influir en la vivencia de su sexualidad.

Este taller puede contribuir tanto a nuestra salud sexual y bienestar propio, como también puede darnos una serie de herramientas para trabajar con nuestros pacientes. El único requisito para inscribirte es dejar afuera tu título y decidir entrar al viaje de la introspección sexual y descubrimiento propio.

Algunos temas que abordaremos:

- ¿Qué sabemos de nuestro cuerpo sexuado?
- ¿Cuáles son mis zonas erógenas?
- ¿Escucho mis sentidos?
- ¿Qué fantasías me despiertan deseo sexual?
- ¿Cómo hago uso de mi asertividad sexual?
- ¿Qué aspectos de mi vida aún generan bloqueos en mi sexualidad?
- ¿Qué aspectos puedo abordar en mí para la vivencia de una sexualidad más placentera?

33. Tratamiento del abuso sexual, la validación de las “emociones negativas” y su poder reparador

Instituto chileno de sexología (INCHISEX)

Autora: Bárbara Browne Calvo

Correo electrónico: bbrownecalvo@gmail.com

Las estadísticas de abuso sexual han ido creciendo con los años, quizás en respuesta a un fenómeno creciente o, más bien, a una mayor conciencia y exposición pública del problema. Sea cual fuere el caso, es una problemática masiva, que incide en un alto porcentaje de la población (no sólo femenina), que deja huellas y traumas que son arrastrados durante años, muchas veces en forma silenciosa y vergonzante.

En el imaginario popular y en algunos textos especializados en el tema, se da una gran importancia al “perdón” como vehículo para dejar atrás el daño recibido. Sin embargo, este mismo “perdón” mal entendido puede ser parte de lo que mantiene el trauma y sus consecuencias.

A través del trabajo de las emociones negativas post traumáticas, en especial de la ira/rabia, que esta supuesta imposición a “perdonar” mantiene tapada sin derecho a expresión y desahogo, es que se perfila un camino de reparación efectivo del trauma del abuso sexual.

Objetivo: Exponer una técnica de tratamiento del Abuso Sexual efectiva, que incluye la validación y la elaboración activa de las emociones negativas del paciente producto del trauma.

Materiales/Método: Narrativa y análisis de casos.

Conclusiones: A pesar de lo controversial que pueda parecer poner en duda el valor de promover el “perdón” a la hora de tratar un el Abuso Sexual, darle cabida y validación a las emociones negativas de la víctima/sobreviviente, como la rabia hacia el abusador, despeja el camino hacia la reparación efectiva.

EDUCACIÓN EN SEXUALIDAD

34. Educación integral en sexualidad. 1000 términos conceptos y definiciones

Ministerio de Educación. Cuba

Autor/es: Roca Zayas, Alcides Alejandro.

Correo electrónico de contacto: rocazayas@nauta.cu
2016aarz@gmail.com

Objetivo

Garantizar la superación y actualización permanente y con calidad de los profesionales de la educación, en los contenidos y presupuestos epistemológicos contemporáneos sobre educación integral en sexualidad, desde una visión integral e integrada, como rama emergente de la pedagogía como ciencia.

Material y métodos

Los principales métodos y técnicas que se aplicaron son: el análisis documental, criterio de expertos y la observación científica en los talleres de capacitación. Las TIC's como recurso de aprendizaje (dimensión tecnológica). Libro electrónico multimedia (eBook).

Población: profesionales de la educación del Ministerio de Educación.

Resultados

Lograda la superación y actualización permanente y con calidad de los profesionales de la educación, en los contenidos y presupuestos epistemológicos contemporáneos sobre educación integral en sexualidad, el género, los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual desde una visión integral e integrada, como rama emergente de la pedagogía como ciencia.

El libro ha sido utilizado en diferentes formas de superación de posgrado dirigida a la preparación de los profesionales de la educación, algunos ejemplos:

- Curso a directivos de las Educación Secundaria

Básica. Escuela Ramal. (Participantes: 60).

- Curso a Asesores de Salud Escolar. La Habana. (Participantes: 20).
- Preparación al Comité sobre política de Género. (Participantes: 25).

Sello Editor EDUCACIÓN CUBANA. ISBN: 978-959-18-1335-0. Tirada: 6 450 ejemplares. Se elaboró una versión multimedia del libro electrónico (eBook).

Conclusiones

Producción del libro impreso y en versión electrónico, constituyendo una bibliografía actualizada de referencia para los profesionales de la educación en el desarrollo científico y con calidad de los temas asociados a la educación integral de la sexualidad.

Se actualizó a los profesionales de la educación en los presupuestos epistemológicos contemporáneos en sexualidad, el género, los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual desde una visión integral e integrada; y su vínculo a los resultados esperados en el Proyecto MINED-UNFPA de educación integral en sexualidad.

La versión digital del libro electrónico, favoreció la superación de posgrado en la red educativa a mayor escala.

35. Diseñando material sobre Educación Sexual Integral para familiares de estudiantes que pertenecen a la comunidad educativa de la Escuela Especial Juanita Aguirre de Viña del Mar de Chile.

Instituto Profesional Arcos

Autor: Santelices Gálvez, Andrés.

Correo electrónico: andres.santelices.galvez@gmail.com

Objetivo general:

Promover la ESI entre familiares de estudiantes que pertenecen a la comunidad educativa de la Escuela Especial Juanita Aguirre de Viña del Mar.

Marco referencial:

Chile es un país que no posee una Ley de ESI. El único cuerpo normativo que, de alguna manera, asegura el acceso a formación relacionada a temas de sexualidad, afectividad y género es la Ley 20.418 Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de

regulación de la fertilidad de 2010 del Ministerio de Salud, que sólo considera estudiantes de Educación Media.

Tomando en cuenta que cualquier proceso formal de ESI debe considerar a las personas que la van a recibir, sus familias y equipos profesionales, es necesario que conozcan en qué consiste, los contenidos a abordar, las habilidades que se desean desarrollar y los valores que se busca promover.

Por ello se escogió trabajar con familiares de estudiantes que pertenecen a la comunidad educativa de la Escuela Especial Juanita Aguirre. Este establecimiento da atención a 164 estudiantes, que en su mayoría presentan situación de discapacidad intelectual y/o condición del espectro autista.

Por ser estudiantes en situación de discapacidad, lamentablemente ven más entorpecido el acceso a vivir sus sexualidades de forma plena y satisfactoria, debido a diversos prejuicios sociales que se manifiestan en infantilización, sobreprotección y patologización.

Método:

- Aplicación de encuesta dirigida a las familias de estudiantes de la Escuela Juanita Aguirre.
- Sistematización de información.
- Elaboración de contenido de acuerdo a la información recolectada.
- Diseño de material digital y para imprimir, en base a las necesidades levantadas en la fase de diagnóstico.
- Impresión de material.
- Implementación de talleres educativos.

Resultados:

Las familias beneficiarias accedieron a un material sencillo, cercano y atractivo, que les permita conocer información básica sobre la ESI y por qué es tan importante apoyar este proceso dentro de sus hogares y en los contextos educativos. El material pedagógico creado se implementó en otros contextos tanto de educación formal como informal del país, generando un insumo de gran valor para quienes se dedican a promover la ESI en personas diversas funcionales.

Conclusión:

Gracias a las artes visuales desarrolladas por los estudiantes se logró colectivizar contenidos de educación sexual integral, siendo una herramienta que permite lograr aprendizajes más significativos en quienes poseen diversidad funcional.

36. ¿Abusos? A mí ¡No! Guía para la prevención de los abusos sexuales en la infancia

Instituto de Sexología y Psicoterapia Amaltea

Autora: Navarro Gil, Celia

Correo electrónico: matrosexologia@gmail.com

Introducción de la base teórica: La explotación y el abuso sexual se encuentran entre las peores formas de violencia contra la infancia. Según UNICEF¹ unos 2 millones de niños son utilizados en la “industria del sexo”. Según el Consejo de Europa², no existen estadísticas sobre el alcance del abuso sexual de menores en Europa, pero sí se sabe que el número de casos denunciados dista mucho del número de casos reales.

Propuesta: Según el Consejo de Europa² 1 de cada 5 menores de 18 años están sufriendo o sufrirán abusos sexuales, lo que supone el 20% de los niños y niñas y de los y las adolescentes. Según Finkelhor^{3,4}, el 90% se da en el entorno de confianza, el cual está formado por el intrafamiliar, por la familia extensa y por el entorno de confianza y el 10% por desconocidos. Un 40% se da por abusadores primarios frente al 60% de abusadores secundarios en el que prima el abuso de poder como principal causa del abuso. Es por ello que se ha elaborado una guía infantil para informar a los menores entre 3 y 12 años del abuso sexual infantil. La guía consta de 5 bloques: el primero con información sobre la intimidad, en quiénes confiar, de quiénes sospechar, no fotografiar las partes íntimas ni enviarlas, diferencias entre regalo, trato y chantaje... A continuación hay un juego ¿Puedo o no puedo?, un cuento para menores entre 3 y 6 años y otro cuento para mayores de 7 años, y finalmente información para los adultos sobre cómo reaccionar si un menor cuenta que lo ha sufrido o lo está sufriendo y si no lo cuenta cómo sospecharlo.

Comentario: Con esta guía se está aportando información para realizar actividades preventivas e informativas en los colegios y diversas asociaciones. A su vez, es un libro sencillo para leerlo en casa y que los niños y niñas puedan identificar el abuso.

Sugerencias/Recomendación: Debido a los escasos cuentos sobre esta temática resulta un libro o guía imprescindible tanto para los profesionales de la sexología como para las familias y escuelas. Igual que les enseñamos a los niños y niñas a cruzar la calle debemos enseñarles que el abuso sexual existe y a identificarlo para poder pedir ayuda lo antes posible.

Bibliografía

1. UNICEF. Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes [internet]. UNICEF, 2016 [consultado 1 de agosto de 2022] Disponible en www.unicef.org>unicef.org.argentina>files
2. Consejo de Europa. Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual [internet] Lanzarote: Consejo de Europa; 2010 [consultado 1 de agosto de 2022] Disponible en www.coe.int/children
3. Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2011). Polyvictimization in developmental context. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(4), 291-300.
4. Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S., & Ormrod, R. (2011). Polyvictimization: Children's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse. (OJJDP Juvenile Justice Bulletin No. NCJ235504). Washington, DC: US Government Printing Office

37. Educación en Sexualidad a través de colaboración Ayuntamiento, familias y dos CEIP

Autora: Silvia Marzo Medina

Correo electrónico: silvia@vivirponiendoelcorazon.com

Objetivo

Mostrar una colaboración entre Ayuntamiento, Familias y CEIP para trabajar la Salud Sexual desde la infancia respetando los Derechos Sexuales.

Método

Este proyecto surgió ante la necesidad de que la educación afectivo-sexual sea parte de la formación integral de nuestros niños. Escuchando a las direcciones de los dos CEIP y la presencia del concejal de Educación del pueblo, se elabora una propuesta al Ayuntamiento. Posteriormente, será aprobada la subvención del coste económico.

Se realizó entre octubre de 2019 y mayo 2020. El proyecto supuso 32 sesiones:

- Sesiones formativas para el profesorado: Sexualidad en esta etapa educativa
- Sesiones informativas para las familias y solicitud de consentimiento.
- Elaboración de material didáctico para las tutorías (PAT) de 1º a 4º de primaria
- Talleres de sexualidad en la infancia para familias
- Realización de sesiones en 5º y 6º

Las técnicas y estrategias utilizadas se han adecuado a

las edades y desarrollo del alumnado, generando un clima de confianza, participación y respeto. Se han realizado presentaciones, murales, trabajo individual, en pequeños grupos y nivel clase contando con la participación de las familias.

Evaluación y conclusiones del proyecto

La evaluación del proyecto ha sido realizada por las familias, profesorado, alumnado y Ayuntamiento. Se han utilizado formularios Google, fichas, observación directa y anotaciones de las sesiones.

Valoraciones de los centros:

El proyecto, por un lado, nos ha permitido poner en práctica una medida que contemplamos en nuestro plan de convivencia e igualdad y por otro, iniciar una trayectoria en el plano afectivo-sexual dentro del programa de educación emocional que llevamos desarrollando desde hace unos años en el centro. Además, nos ha proporcionado un acercamiento a las familias en temas “tabú”, compartiendo la educación integral de nuestro alumnado.

La acogida del alumnado ha sido espectacular, y las familias se han mostrado agradecidas. Desde todas las partes, se propuso la continuidad del proyecto y ampliación de sesiones presenciales. El contenido completo de estas valoraciones está recogido en la propuesta de continuidad del proyecto presentada al ayuntamiento, retrasado a este año por la pandemia.

38. Encajando las emociones

Autora: Silvia Marzo Medina

Correo electrónico: silvia@vivirponiendoelcorazon.com

Objetivo: Mostrar el juego como herramienta para trabajar las emociones y la asertividad en las familias y centros escolares. Su uso en la promoción de la salud y los derechos sexuales.

Material: El juego “ENCAJANDO LAS EMOCIONES”

Método:

El taller constará de dos partes, una donde se mostrará el juego y las diferentes aplicaciones que tiene, las variaciones que se pueden hacer para el trabajo de la salud sexual en familias, jóvenes y centros escolares. Y otra, donde jugaremos y experimentaremos con él. Nos permitirá evaluar, proponer mejoras y otras formas de uso.

Una de las cosas que nos ha mostrado la pandemia es la importancia de trabajar las emociones y la asertividad. Por eso, hemos creado un juego con esa finalidad:

- Aprender a identificar y expresar las emociones usando diferentes recursos: la imagen, la palabra y la expresión corporal.

- Aprender a responder de manera asertiva a diferentes situaciones de la vida cotidiana, incluyendo la sexualidad.

Se puede jugar en familia, con niños desde 3 años, en las aulas y entre jóvenes o adultos, dispone de varios niveles de dificultad.

Contiene un dado de colores, indicando las diferentes categorías:

- Color amarillo (Mímica): A través de expresiones faciales representar la emoción que indica la carta. El resto de los jugadores deberán adivinar de que emoción se trata.
- Color morado (Relato): Contar una experiencia personal donde te hayas sentido como indica la carta. El resto de los jugadores deberán adivinar como te sentías en ese momento (en el relato no se puede mencionar el contenido de la carta).
- Color verde (Representar): La persona a quién le toque esta carta deberá representar como actuaría una persona pasiva, una agresiva y una asertiva en la situación que se plantea. El resto deberán adivinar en que orden las ha representado.
- Color rojo (Reconocer imágenes): reconocer las emociones o sentimientos que se identifican en la imagen.
- Color azul (describir): Describir la emoción o sentimiento indicado en la carta. El resto de los jugadores deberán adivinar de que emoción o sentimiento se trata.

39. La influencia sociocultural en la educación sexual. un ejemplo de intervención con el colectivo CAJE

Asociación Sexológica Sexcuela/Máster Sexología UCJC

Autora: Luque Morales, Lidia

Correo electrónico: sexcuela@gmail.com

Objetivos:

Aceptarse, conocerse y satisfacerse en un contexto intercultural, sin que ninguna persona se sienta excluida.

Introducción

La sexualidad es una dimensión subjetiva que

constituye un aspecto clave en nuestra existencia. Sin embargo, nos preguntamos qué peso tiene el contexto histórico y sociocultural, puesto que las creencias y actitudes pueden tener una gran influencia en la expresión de nuestra sexualidad y que, en ocasiones, derivan hacia conductas discriminatorias (Allport, 1979), ante el desconocimiento de otras culturas o etnias. Los cambios sociales han otorgado un mayor individualismo (Giddens, 1995; Baumann, 2005) que ha ampliado otras miradas en el modo de vida personal. No obstante, la intervención en educación sexual sigue siendo harto compleja, ya que nos encontramos con una sociedad que dirige determinados comportamientos, antes prohibidos y ahora impuestos. Es por ello, que nos proponemos una Educación Sexual de calidad, teniendo en cuenta todo este entramado biológico, cultural y psicológico en la que tengan cabida todas las sexualidades (De la Cruz, 2003), lejos de discursos ideológicos.

Metodología

Desde la Asociación Sexológica Sexcuela se ha llevado a cabo un proyecto con el Colectivo de Acción para el Juego y la Educación (CAJE). Este Colectivo es una asociación de una labor excelente de promoción social sin ánimo de lucro ubicada en Alcalá de Henares que ofrece actividades al colectivo infantil, juvenil y sus familias. La población que recurre a CAJE se encuentra en una situación de exclusión social y desfavorable y ofrece un espacio de encuentro intercultural y étnico. Por nuestra parte, llevamos a cabo una serie de talleres dirigidos tanto al equipo de profesionales del colectivo como a las personas usuarias en las que se han tratado temas como la autoestima, las relaciones de pareja, nuevos canales de socialización, las distintas concepciones de lo masculino y lo femenino e incluso aspectos relacionados con el respeto, el pudor y la vergüenza.

Discusión y conclusiones

Este proyecto nos ha permitido abrir horizontes con el propósito de ofrecer una Educación Sexual en un contexto intercultural, lejos de miradas normativas y etnocéntricas. Conviene destacar que nos hemos encontrado con la justificación de muchas prácticas eróticas desde la religión. Sin embargo, nos resulta llamativo que muchas de esas conductas no reflejan en los libros sagrados, sino que vienen siendo practicadas a partir de la tradición o la costumbre local. Otro asunto es la presión social, en base a lo que se consideran nuestros propios deseos.

40. ¿Qué traías puesto? La visibilización de la cultura de la violación como estrategia de prevención de las violencias sexuales en la Universidad Autónoma de Baja California.

Universidad Autónoma de Baja California

Autor: Guerrero Mondaca Julio Ernesto

Correo electrónico: guerrero.julio@uabc.edu.mx

Resumen

En este trabajo se presentan los resultados obtenidos al implementar una estrategia de intervención para la erradicación de la cultura de la violación y la prevención de la violencia sexual al interior de los espacios universitarios. Cuestionar la vestimenta de las víctimas suele ser una de las reacciones más usuales cuando se intenta identificar la causa de las diferentes formas de violencia sexual contra las mujeres. La premisa detrás de este abordaje para explicar el acoso sexual, por ejemplo, es que la conducta predatoria de los agresores es activada por la atracción sexual que les induce el atuendo de las mujeres que terminan atacando. Detrás de ese cuestionamiento también se esconden estereotipos de género y mitos sobre el deseo sexual que justifican, normalizan y perpetúan la violencia sexual que ejercen los agresores y responsabilizan a las víctimas, forman parte de lo que se ha denominado cultura de la violación.

En México, las consecuencias de vivir en una sociedad donde priva la cultura de la violación son un alto índice de víctimas de violencia y feminicidio, alta incidencia y prevalencia en problemas de salud mental de las mujeres asociado a la inseguridad, la impunidad y poca denuncia por la desestimación que usualmente hacen las autoridades judiciales sobre los casos de violación, acoso y hostigamiento, y también perpetúa los estereotipos de la masculinidad.

Una forma de contrarrestar la cultura de la violación es evidenciar que los argumentos que la sostienen son mitos. En la Facultad de Pedagogía e Innovación Educativa de la Universidad Autónoma de Baja California, México se implementó una estrategia inspirada por Jen Brockman y la Dr. Mary Wyandt-Hiebert de la Universidad de Arkansas. Esta consistió en publicar una convocatoria para que personas que habían sufrido alguna forma de violencia sexual participaran en la exposición ¿Qué traías puesto? Se les invitó a compartir su historia y la vestimenta que portaban durante el ataque, las cuales formarían

parte de una exposición pública que se montaría en la explanada principal de la Facultad, que se con el objetivo de evidenciar que el tipo de vestimenta de la víctima no tiene relación con la agresión sexual. A la convocatoria respondieron 19 mujeres, 18 estudiantes licenciatura y una docente. Se presentarán las reflexiones compartidas tanto por las participantes como las y los visitantes de la instalación, y un análisis de las implicaciones para la educación en sexualidad a través de estas estrategias.

41. Ciranda-Sexualidad y Comportamiento Humano: experiencia de un servicio de educación sexual en Brasil.

Centro Universitário- Faculdade de Medicina do ABC

Autoras: Bressani Vânia; Castiglione Mariane

Correo electrónico: vmbressani@gmail.com mariane.castiglione@fmabc.br

Introducción: La Educación en Sexualidad es un proceso educativo integral que comprende conocimientos, habilidades y valores que capacitan a niños, jóvenes y adultos a tomar decisiones conscientes y responsables sobre sus experiencias sexuales y su sexualidad. Aborda temas como el sexo biológico, el cuidado de la salud sexual, la orientación sexual, la identidad de género y la expresión de género. Cada vez se observa más la necesidad de información y oportunidades de reconstrucción de la educación en sexualidad, para vivir más satisfactoriamente y tener una mejor calidad de vida.

Objetivo: Describir la dinámica de un servicio interdisciplinario que tiene como objetivo promover la educación sexual de las personas, de manera presencial y/o en un entorno virtual.

Materiales y Métodos: Ciranda-Sexualidad y Comportamiento Humano es un servicio de educación sexual creado en noviembre de 2019 por una fisioterapeuta y una psicóloga, especialistas en Sexualidad Humana que se desempeñan en los servicios privados y públicos y que tienen vínculos académicos. Optimizando sus experiencias, crearon Ciranda, donde juntos impulsan acciones educativas con base teórico-científica, en un ambiente presencial y virtual, como conferencias y círculos de conversación, transmisiones en vivo y promoción de materiales educativos, colgados a través de redes sociales, redes como Instagram y otras canales de comunicación, como el correo electrónico, para la aclaración de dudas, con el objetivo de promover la mejora del ejercicio de la sexualidad abordando diversos temas de educación sexual para la población.

Resultados: En diciembre de 2019 se realizó una rueda de conversación con la presencia de 20 mujeres. Con la pandemia, a principios de 2020, las actividades de Ciranda se volvieron virtuales, donde fue posible la presencia de personas de diferentes partes de Brasil y de otros países. En marzo de 2020, con el apoyo de un consultor de marketing, se desarrolló una página de Instagram donde hemos llegado a 450 seguidores hasta el día de hoy, 82 publicaciones con contenido educativo que incluyen videos, textos con vocabulario accesible y transmisiones en vivo vistas. Además, realizamos charlas y ruedas de conversación a través de la plataforma Google Meet para aproximadamente 100 mujeres. En 2022 volvemos a las actividades presenciales.

Conclusión: Ciranda-Sexualidad y Comportamiento Humano es un servicio de educación sexual que ofrece; información, prevención y detección de denuncias sexuales para que las personas vivan mejor y más positivamente su sexualidad.

42. ESI en acción: de la formación docente a las posibilidades de aplicación

Facultad de Educación, Universidad Nacional de Cuyo (Mendoza, Argentina)

Autor/es: Basco, María Eugenia, Fernández, Silvia

Correo electrónico: mebasco@fed.uncu.edu.ar

Resumen

Se presentan algunos de los resultados del Proyecto de Investigación denominado: “Las prácticas docentes de las/os egresadas/os de la Facultad de Educación en sexualidad: atención a la diversidad e infancias trans”

Objetivos: conocer si las/os egresadas/os formadas/os en educación sexual integral en la Facultad de Educación, pueden incorporar esa formación a sus prácticas docentes y qué tipos de estrategias desarrollan. (Desde el 2012 la Facultad de Educación de la UNCuyo incorporó en los planes de estudios de los profesados de Nivel Inicial y de Educación Primaria el espacio curricular obligatorio de Educación Sexual Integral (ESI), siendo hoy en la provincia la única unidad académica de formación docente que ofrece esta materia)

Material y métodos: se utilizó un diseño transversal exploratorio, participaron 43 egresadas/os que han cursado y aprobado la materia ESI desde 2011 a 2020, y tienen experiencia en la docencia.

Se elaboró una encuesta online para la indagación

de datos sociodemográficos, percepciones de las herramientas con las que cuentan para trabajar temáticas de educación sexual, así como de prácticas relacionadas con la temática, sus percepciones sobre ellas y las características de los espacios educativos.

El cuestionario fue revisado por juezas expertas en la temática y se realizó estudio piloto.

Se consideraron criterios éticos de confidencialidad de los datos y consentimiento informado.

Resultados: El 76,7% de las/os participantes refieren estar satisfechas/os con la formación recibida durante toda la carrera en ESI. Un 97% reconoce la utilidad del espacio curricular específico para su formación docente. Sin embargo, se observan variables contextuales que afectan la efectiva implementación de la ESI. Solo un 34,9% percibe apoyo de las autoridades escolares para implementar ESI. Un porcentaje similar menciona acompañamiento de pares docentes. La situación en escuelas confesionales presenta más dificultad que en las laicas. El 48,9% refieren que hay algún grado de consenso con las familias para trabajar la temática. Y solo el 11,7% informa que existen redes interinstitucionales.

Conclusiones: La complejidad que implica aplicar secuencial y transversalmente la ESI, con una mirada crítica, interseccional, despatriarcalizada, y tomando los aportes de los feminismos; requiere trabajar en una capacitación que ayude a revisar matrices para evaluar todas las variables involucradas. Ser educadora/es en sexualidad implica no solo acceder a formación actualizada, sino también, tomar posicionamiento político frente a las temáticas referidas a la sexualidad. De esta forma poder defender el derecho de las infancias y motivar a toda la institución para el trabajo en conjunto.

43. Miradas hacia la interconsulta. Derivaciones a espacios sexológicos desde diferentes disciplinas.

Autora: Pérez Restoy, Lourdes

Correo electrónico: lourdesperezrestoy@gmail.com

Esta presentación nace con el objetivo de crear encuentros destinados a la revisión de la práctica profesional para agentes sanitarios donde brindar y construir colectivamente herramientas e información referida al ámbito de la sexología en pos de posibles derivaciones a otros espacios relacionados con la salud sexual para una mejor atención a las personas que asisten a los mismos.

Tras compartir espacios interdisciplinarios de trabajo con profesionales, algunos y algunas compañeros/as

refieren desconocer las posibilidades de derivar a espacios sexológicos, ya que no están al tanto de las intervenciones que se realizan en los mismos. Es aquí donde aparece la necesidad de crear espacios de formación e información sobre intervenciones sexológicas y espacios complementarios de salud sexual para favorecer el trato y la atención prestada a los y las consultantes.

La sexología se presenta hoy en día como una ciencia interdisciplinar con un paradigma holístico con el fin de generar espacios de prevención y promoción de la salud sexual. Tomando como referencia a Cabello Santamaría (2010) “Manual de Sexología y terapia sexual”, (p 27) aparece como primera necesidad organizar niveles de prevención primaria, a través de la educación sexual, prevención secundaria, con el desarrollo de estrategias de intervención específicas, y terciaria basada en la reeducación sexual.

Desde este lugar se facilita la promoción de la salud sexual en general, paliando la falta de información con la consecuencia de una mejor salud en general y por ende mejor calidad de vida.

De acuerdo a la Declaración de Derechos Sexuales (WAS, 2014), el derecho a la información sobre sexualidad y salud sexual debe estar presente en todas las personas, por lo que, se hace a su vez necesario acompañar y formar a todos y todas las profesionales del ámbito de la salud para el cumplimiento de estos derechos, así como las posibles derivaciones a espacios específicos de atención para una salud sexual plena.

Objetivos:

- Generar herramientas de identificación de posibles problemáticas sexuales para su derivación a espacios sexológicos y de salud sexual.
- Aportar información y conocimiento con base científica sobre la sexología y la salud sexual.
- Reflexionar sobre el concepto de sexualidad actual desde una perspectiva de género.
- Conocer la intervención de otras disciplinas profesionales del ámbito de la salud sexual para posibles derivaciones.

Material:

- Proyector.
- Ordenador.

Conclusiones:

Se hace fundamental generar espacios de revisión de la práctica sexológica, donde actualizar conocimientos y reestructurar la atención y los lugares de trabajo a las actualizaciones que nuestra disciplina habita. Los cambios sociales, la tecnología y las nuevas formas de vinculación se hacen visibles y nuestro acompañamiento

a las mismas debe darse con herramientas generadas en espacios de revisión y crítica a la ciencia que nos ocupa.

44. “Talleres vivenciales de sexualidad con jóvenes: una experiencia transformadora”

Centro Joven (Madrid Salud). Ayuntamiento de Madrid

Autores/as: Llopis Sampedro M.Cristina, Sánchez Sánchez María, Marcos González Victoria, Santamaría Sánchez Isabel, De Andrés Domingo A.Paloma, Casla Puig Ana, Gabaldón Ruiz Gema, Díaz Hernández Eugenia

Correo electrónico de contacto: llopissc@madrid.es

Objetivos:

Diseñar una metodología de trabajo grupal con jóvenes que les permita conocerse mejor, conectar con su cuerpo y sus emociones, mejorar su autoestima y su conocimiento sobre su sexualidad.

Incorporar en la vida de l@s participantes el concepto de autocuidado.

Posibilitar en l@s participantes relaciones de buen trato. Proporcionarles estrategias para mejorar sus vínculos y relaciones.

Material y metodos:

La población destinataria de los talleres son jóvenes de entre 16 y 24 años.

La convocatoria se realiza desde las consultas de medicina, ginecología, psicología, trabajo social, educación social de nuestro centro público de salud comunitaria Centro Joven de Madrid Salud. También desde las redes sociales del Centro Joven: Instagram, Facebook...y las actividades comunitarias en las que participa el centro.

Con cada grupo formado, realizamos 6 talleres presenciales de 2,5 horas cada uno, de periodicidad semanal. Cada grupo esta formado por 8-12 personas.

Los talleres se dividen en dos bloques temáticos:

- El primer bloque de 3 talleres lleva por título “Mi sexualidad, mi cuerpo, mi mundo” y aborda el autoconocimiento, el autocuidado, la autoestima, los cuerpos y la vivencia de la sexualidad.
- El segundo bloque de 3 talleres lleva por título “Vínculos desde el buen trato” y aborda el concepto de buentrato, maltrato, los diversos modelos de vinculación, mitos sobre el amor. Límites y negociaciones.

La metodología que empleamos es vivencial, con una propuesta de actividad que ayuda a sentir, conectar con

el cuerpo, “experimentar” y posteriormente expresar en grupo lo que te ha aportado para tu vivencia de tu sexualidad o tus relaciones. Metodología participativa.

Los talleres son acompañados por personal formado en la metodología empleada (Terapia de Reencuentro de Fina Sanz)

Resultados

Las personas asistentes evaluaron los talleres muy positivamente. Les ayudó a conocerse mejor, conectar con su cuerpo, profundizar en las vivencias de su sexualidad, identificar qué les gusta y qué no, qué les sienta bien y qué no. Incorporaron en esas semanas estrategias de autocuidado. Identificaron herramientas para mejorar sus vínculos desde las relaciones de “buentrato”.

Conclusiones

Es fundamental para la salud sexual de los jóvenes generar un espacio seguro acompañado por profesionales, donde l@s jóvenes puedan profundizar en la vivencia de su sexualidad y compartirla con iguales. Realizarlo además desde la sanidad pública nos asegura la equidad y accesibilidad de este aprendizaje para la vida.

45. Educación sexual en comunidades ugandesas.

Idiwaka

Autor/es: Gallego de Lary Cristina Clare, Yeregui Etxeberria Elena, Ceballos Medina Ana, Serrano Velasco María, Oyonarte Romero Maria Angeles, Peña Gonzalo Illana, Marcos González Victoria, Martinez Sierra Rocío, Tetilla Vicente Violeta, Fernández Mora Kenia, Ches Bell Elielsi, Rodríguez García Alicia, Guasch Villanueva María José, Gámez Gámez María Luisa, Vilares Calvo Silvia, Sánchez Sánchez María

Correo electrónico: cristinaclare.gdl@hotmail.com

Objetivos: Explorar una didáctica de educación sexual (ES) en comunidades ugandesas y ver la respuesta de las mujeres hacia un programa de ES realizado en marzo del 2022.

Material y método:

Se realizó una campaña en cuatro comunidades ugandesas en el distrito de Kamwenge durante el mes de marzo 2022 donde acudieron unas 200 mujeres. Se hizo un llamamiento por la radio, televisión y en misas para acudir un máximo número de mujeres posibles de todas las mujeres a reuniones sobre información de enfermedades de transmisión sexual (haciendo hincapié en el virus del papiloma humano HPV).

Se repartieron folletos informativos sobre la información recibida.

Resultados:

Durante las actividades, se dio información sobre las enfermedades de transmisión sexual como el VIH, HPV a mujeres de todas las edades que acudieron a las reuniones convocadas por la figura representante de cada comunidad.

Se comenzaba con una breve presentación del equipo de la ONG Idiwaka y sobre su objetivo en la actividad para conseguir la aprobación por parte de las mujeres.

Posteriormente, se habló sobre el HPV, su transmisión y prevención así como otras enfermedades de transmisión sexual.

Cada actividad duraba 2-3 horas en función de las preguntas que realizaban las mujeres ya que surgieron diversos temas como la anticoncepción, la vacunación etc.

Se entregaron hojas informativas sobre la materia expuesta y se respondieron múltiples preguntas desmitificando algunas creencias como que el uso del preservativo no es un factor de riesgo de cáncer.

Conclusiones:

El programa de educación sexual para mujeres ugandesas está en proceso de exploración para ver cuál es la manera más adecuada de transmitir la información en estas comunidades. Durante la primera campaña se descubrió que muchas preguntas fueron realizadas sin ningún pudor ni presión social por lo que se comprobó una muy buena didáctica de grupo gracias a una buena conexión entre las mujeres locales y el equipo.

En las siguientes campañas, la información será más completa y dirigida a las preguntas que surgieron en la anterior campaña.

46. Nuestros derechos en acción. Nuevas formas de analizar la violencia estructural en nuestros vínculos sexuales afectivos.

Educación secundaria y SUS

Autores: Penna, Carla. Vettorello, Susana. Vinotto, Paola.

Correo electrónico: susvet@gmail.com paovinotto@gmail.com carlapenna1818@gmail.com

Objetivo general:

Propiciar el empoderamiento en la construcción de conocimientos y actitudes de la población adolescente, considerándoles como sujetos de derecho e incorporando acciones de trabajo.

Objetivos Específicos:

- Promover el conocimiento de los Derechos sexuales y reproductivos dentro del marco de los DDHH.
- Facilitar el desarrollo de una sexualidad plena.
- Vivir las relaciones sexo-afectivas sin violencia.
- Construir narrativas empoderadas en sus derechos.

Materiales y Métodos:

La población de estudiantes que participó de las actividades tenía entre 14 y 17 años.

La metodología más utilizada es la de taller, ya que permite diferentes espacios para vivenciar, reflexionar y poder comprender conceptos e información nueva, apropiarse y participar activamente en su proceso de construcción subjetiva, permitiendo comprender e incorporar lo aprendido al lograr conectar con las emociones.

Actividades:

- Talleres sobre derechos sexuales y reproductivos. Análisis de la ley N° 18.426 del 2008.
- Análisis de situaciones en secuencias didácticas. Estas secuencias fueron enmarcadas mayoritariamente en ABP, con alguna característica de DUA y de EpC.
- Visitas a los centros médicos de la zona.

Participación en actividades: divulgación de folletos informativos en prevención de conductas de riesgo y promoción de la salud sexual y reproductiva.

Resultados:

- Compromiso y participación de los y las estudiantes en las diferentes actividades.
- Actividades propuestas y gestionadas por los y las estudiantes.
- Fortalecimiento del trabajo en redes tales como policlínicas, centros de salud, municipalidad e instituciones como centros juveniles ONGs, y dependencias del INAU.
- Grupo de promotores, visitas auto gestionadas a otras instituciones educativas llevando sus relatos.
- Muestra itinerante de sus trabajos realizados.
- Producción de conocimiento actualizado en derechos.
- Conclusiones:
- Las redes en la comunidad fortalecen el empoderamiento de todas y todos, en saber que tenemos derecho a recibir información confiable.
- Los ecos de las actividades, visitas y encuestas, forman parte de nuevas narrativas, nuevas formas de pensar los vínculos sexuales-afectivos.

En la actualidad las denuncias de situaciones de

violencia crecen año a año, confirmando que hay mayor conciencia de que el silencio no es parte de la solución, es parte del problema y es donde estamos educando y construyendo ciudadanía empoderada de sus derechos.

47. Un nuevo paradigma histórico en autoridad parental: la Educación sexual como punta del iceberg

Autor: Víctor Hugo Ramírez García

Categoría: Nuevas ideas/nuevas teorías sobre educación sexual

Introducción de la base teórica: Durante el siglo XX algunos trabajos comparativos transnacionales estudiaron la emergencia de la educación sexual (ES) en Europa como resultado de profundos cambios sociales¹. Por su parte, estudios recientes sobre la ola conservadora en torno a la ES y las políticas de género en Latinoamérica han identificado cambios históricos que tendrían consecuencias mayores no solo en la ES sino en paradigmas antropológicos, políticos y jurídicos².

Material y Métodos: Esta propuesta presenta resultados de un estudio empírico, cualitativo, y documental sobre la jurisprudencia de cortes nacionales e internacionales, así como de literatura gris en materia de ES y autoridad parental. El corpus estuvo compuesto por: 1) resoluciones, acuerdos, oficios, programas, currículos escolares, reportes de ministerios de educación; 2) sentencias judiciales locales, nacionales y regionales; y 3) proyectos de ley discutidos, o en discusión, y legislaciones aprobadas. Alrededor de 200 documentos de diferentes países publicados entre 2014 y 2021 componen el corpus de esta investigación de doctorado financiada por el Conacyt (México) y llevada a cabo en la Sorbona (Francia).

Propuesta: El estudio detallado de la jurisprudencia y demás documentos en contextos latinoamericanos (Brasil³, México⁴, Perú⁵, Paraguay⁶), como europeos (Alemania⁷, Inglaterra⁸), revela a las controversias en materia de ES como la punta de una transformación mucho más profunda en nuestras sociedades, aquella de la autoridad parental.

Comentario: La importancia de esta teoría radica en el alcance de los efectos de la tendencia jurídico-judicial en materia de ES, ya que de confirmarse tal tendencia se evidenciaría un cambio histórico en tres relaciones sociales fundamentales: entre padres/madres e hijos(as), entre familias y Estados, y entre generaciones.

Sugerencias/Recomendación: Integrar los efectos judiciales y jurídicos de las controversias en materia de ES resulta fundamental no solo para las políticas públicas, sino para comprender la profundidad de los cambios sociales que estamos experimentando en diferentes contextos.

Bibliografía

1. Lutz Sauerteig y Roger Davidson, eds., *Shaping sexual knowledge: a cultural history of sex education in 20th century Europe* (New York: Routledge, 2009).
2. Víctor Hugo Ramírez García, “‘Won’t Somebody Please Think of the Children?’ The Conservative Creation of a Childhood in Danger in Latin America”, *Confluente. Rivista di Studi Iberoamericani* 13, núm. 2 (2021): 183–200.
3. Câmara Municipal de Manaus, “Lei N. 439, de 3 de Março de 2017”, el 3 de julio de 2017.
4. Suprema Corte de Justicia de la Nación “Amparo en revisión 203/2016” (México, 2016).
5. Ministerio de Educación, Resolución Ministerial No. 281-2016-Minedu (Lima, Perú, 2016).
6. Ministerio de Educación y Ciencias, Resolución No 29664 (Asunción, Paraguay, 2017).
7. Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2019). *Wunderlich v. Germany* (application no. 18925/15).
7. United Kingdom High Court of Justice, *Approved Judgment Case No: CO/3092/2020, EWHC 2276* (Admin), December the 8, 2020.

48. Estudio de percepción de conocimientos y competencias para la consulta en salud sexual en estudiantes de 6to y 7mo año de medicina. Tucumán, junio-diciembre, 2021.

Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Tucumán.

Autores: Viola Francisco Juan José, Tito Marcos Rafael, Cortez Ana Lucia

Correo Electronico: francisco.viola@fm.untu.edu.ar

Objetivo: Identificar la auto percepción de conocimientos y competencias para la consulta en salud sexual en estudiantes de 6to y 7mo año de medicina.

Materiales y Método: Estudio descriptivo de corte transversal en estudiantes de 6to y 7mo año de la carrera de Médico, de la Universidad Nacional de Tucumán, Argentina, durante junio a diciembre del 2021, obtenidos por un muestreo intencional. La participación fue

voluntaria y confidencial, con previo consentimiento informado. Se utilizó una encuesta confeccionada por los autores, usando escalas de tipo Likert, presentada en formato digital, validada por un experto y con prueba piloto. Variables: Percepción de competencias (Frecuencia de consultas y temas interrogados, barreras del médico y del paciente, comodidad general y según tipo de paciente, necesidad de capacitación) y percepción de conocimientos en Salud Sexual (SS).

Resultados: Se recuperaron 102 encuestas. El 49% y 39% de los encuestados recibió “a veces” y “casi nunca” consultas sobre temas relacionados con SS. El 85% y 69% percibe que “nunca” se consulta sobre “Falta de Orgasmo” y “Consentimiento”. El 72% y 62% percibe que el paciente “nunca” consulta sobre “Problemas de erección” y “Disfunción sexual”. El 46% y 43% “nunca” pregunta sobre “Orientación sexual” y “Primera experiencia sexual”. El 55% y 44% percibe que “habitualmente” está presente “Pudor para plantear aspectos de su intimidad sexual” y la “Ignorancia sobre SS” como barrera en la consulta médica. El 58% y 56% percibe que se encuentra “poco preparado” para tratar temas de “violencia de género” y “Farmacología que afecta a la función sexual”. Un 38% y 36% percibe que “casi nunca” se interroga sobre “violencia de género” y “orientación sexual”. El 87% considera que si es necesario interrogar sobre SS. En la percepción del conocimiento, el 38% y 48% de los encuestados percibe que “totalmente de acuerdo” en los ítems “Puedo dar una charla de educación sexual” y “Puedo aconsejar sobre relaciones sexuales más seguras y comportamientos de riesgo a personas heterosexuales”, respectivamente.

Discusión. Existe una brecha en la percepción de competencias de los estudiantes encuestados, tanto al momento de interrogar al paciente como al sentirse capacitado para tratarlo. Nuestros resultados permiten observar diversos puntos a tratar en futuras evaluaciones curriculares, que, si bien están limitados por el tipo de estudio, instrumento y muestra, podrían darnos una idea de lo que necesitan, como estudiantes y futuros profesionales, para un buen desempeño con los pacientes.

49. Educación integral de la sexualidad a través de cuentos

Fundación Clemades Cuenta Conmigo, A.C., México.

Autor: Clemades Pérez de Corcho Tirso

Correo electrónico: clemadestirso@gmail.com

Objetivos:

Adquirir estrategias y desarrollar habilidades del modelo de intervención, “Educación de la sexualidad a través de cuentos (ESCUN)” para abordar temas relacionados de la sexualidad humana en el hogar, la escuela, la comunidad o en cualquier marco institucional, con infantes, adolescentes o personas adultas.

Contenidos:

- Perspectiva histórica de la ESCUN
- Fundamentos teórico-metodológicos de la ESCUN.
- Técnicas educativas de la ESCUN.
 - NOE-debate.
 - Con el cuento decidimos.
 - Con el juego y el cuento aprendemos.
 - A pesar de la lluvia...
 - El cuento de tod@s.
 - El cuerpo también cuenta.
 - NOE en espacios flexibles.
 - Como la abuelita.

Metodología:

El taller se desarrollará siguiendo el curso de técnicas participativas, vivenciales, cognoscitivas, educativas y juegos de participación, lo que permitirá cumplir con los objetivos propuestos.

Duración: 3 horas

Cupo: Mínimo 10 y máximo 40 participantes.

Requerimientos:

Del participante: Traer ropa y calzado cómodo.

Del comité organizador:

Espacio amplio para el trabajo grupal, sillas movibles, pizarrón blanco u hojas de rotafolio, marcadores (para pizarrón blanco), computadora y cañón.

50. Educación Sexual de los adolescentes de Castilla y León. Fuentes autodeclaradas

Universidad de Valladolid

Autora: Viñas Hernández, Mónica

Correo electrónico: monicavh22@hotmail.com

Resumen

El estudio sobre la Educación Sexual de los adolescentes planteados se desarrolla en la Comunidad Autónoma española de Castilla y León. En ella, al igual que en el resto del país, no existe una Educación Sexual reglada en los centros escolares. El objetivo es describir qué individuos (padres, hermanos, profesores, personal sanitario etc.) y medios (internet, libros etc.) son señalados por los

jóvenes como sus fuentes de Educación Sexual y cuáles de ellos son los que perciben como más importantes, así como establecer relaciones con otras variables. Material y método: se trata de un estudio descriptivo transversal. Se emplea la técnica de encuesta con el instrumento cuestionario (ad hoc para el proyecto). Fue completado por 159 individuos de 5 centros de Educación Secundaria Obligatoria de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años. Los datos fueron tratados con Excel y SPSS 23. En los resultados descriptivos destaca la madre como fuente y como fuente declarada como más importante. En la comparación de variables se observa que los adolescentes de mayor edad, aquellos que han iniciado relaciones sexuales y aquellos que habitan en zonas rurales escogen más internet como fuente. Se puede concluir un papel destacado de las madres como fuente de Educación Sexual para sus hijos e hijas, por encima de padres y otros familiares, así como la necesidad de aumentar la educación formal en este ámbito para este rango de edad.

51. El estudio de caso como estrategia didáctica en educación integral de la sexualidad, aportes desde la formación docente

Consejo de Formación en Educación (CFE) ANEP Uruguay.

Correo electrónico: prof.nataliaddonato@gmail.com

Objetivos:

El objetivo general de esta propuesta es problematizar acerca de situaciones institucionales cotidianas sobre educación sexual integral en sus prácticas de aula.

comparar y analizar las distintas opiniones entre compañeros y la forma en que los centros educativos actúan en consecuencia de situaciones reales y puntuales.

Sensibilizar sobre prácticas basadas en género.

En diagnósticos previos se evidencia la necesidad de contextualizar, situar, situaciones cotidianas que en la sociedad de hoy no tienen la misma respuesta y que generan distintas emociones por parte de los estudiantes y del colectivo docente.

De estos diagnósticos emergen afirmaciones sobre la falta de educación sexual en la formación de maestros, la contextualización de contenidos a las prácticas de aula, la falta de estrategias para abordarlos y la omisión.

Material y Métodos:

Para este trabajo se utiliza el método de estudio de caso, se diseña caso contextualizado orientado al desarrollo de habilidades de razonamiento y toma de decisiones sobre el enfoque de género. Corresponde a estudiantes de segundo año de la carrera de magisterio (maestro de primaria) en

educación pública, utilizando una metodología de tipo cualitativa, con preguntas abiertas que guían el análisis del caso.

Resultados:

Se analizan los resultados en relación con la capacidad de los estudiantes de identificar, priorizar, plantear medidas y tomar decisiones ante situaciones cotidianas institucionales en lo referente a la educación sexual integral y el caso planteado. La mitad de estos, si bien evidencia el problema, no argumenta el ¿por qué está equivocado el proceder?, y tampoco ¿cómo lo haría? que es otra de las preguntas guías del caso.

Las discusiones en su mayoría son de tipo ética profesional, pero ninguno lo manifiesta.

La mayoría plantea que es necesario incluir situaciones de aula que promuevan la igualdad de género, pero no se sienten cómodos al saber que se depende de una dirección que apoye o no la planificación.

Conclusiones:

El estudio de caso es una herramienta potente para la formación docente, la mayoría plantea que existe una necesidad de incluir en sus prácticas de aula situaciones que tiendan a la igualdad de género, pero que se encuentran supeditados a las direcciones de los centros educativos. Se prioriza una respuesta moralista, en donde no se realiza previamente un ejercicio en cuanto a la ética profesional.

52. La Promoción de la salud sexual en el ámbito Local (2020-2022) en València

Sexólogos Sin Fronteras

Autores/as: Bataller i Perelló Vicent, Caballero Jiménez Araceli, López Peyró Cristina, Hidalgo López Clara

Correo electrónico: sxlgf@gmail.com

En el año 2020 nace el Grupo de Trabajo de Salud Sexual y Derechos Sexuales del Ayuntamiento de Valencia, dentro de la Sección de Prevención y Promoción de la Salud, de la mano de Sexólogos sin Fronteras.

Como principales objetivos, se incluye la investigación y promoción de la salud sexual dentro de la salud integral, así como de los derechos sexuales y los principios Yogyakarta, para favorecer el bienestar y la calidad de vida de todas las personas. Además, colaboran para garantizar mediante intervenciones la salud y los derechos sexuales en el ámbito comunitario.

La metodología empleada para llevar a cabo dichos

objetivos ha consistido en la realización de una serie de actividades entre los años 2020 y 2022.

En primer lugar, se realizó una sesión en la Mesa de Coordinación Intersectorial de la Estrategia “Valencia Ciudad Saludable”, para analizar e identificar el marco de actuación del grupo de trabajo, tratando temáticas como las dificultades y oportunidades presentes en la educación sexual, las poblaciones meta, o los recursos disponibles, entre otras. Además, se realizaron la campaña “La Salud Sexual Una cuestión de todas y todos”, compuesta por dos Webinars sobre salud sexual, las Jornadas de Sexualidad Infantil y de la Adolescencia y las Jornadas de Promoción de la Salud Sexual y los Derechos Sexuales en el Ámbito Comunitario. Por último, se han realizado actividades de prevención y promoción de la salud sexual para conmemorar fechas importantes relacionadas, como son el 14 de febrero (Día Europeo de la Salud Sexual y Reproductiva), el 29 de junio (Aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Sexuales o Declaración de Valencia) y el 4 de septiembre (Día Mundial de la Salud Sexual).

Como resultado a dichas actividades se obtuvo, a nivel general, una acogida muy positiva por parte de las organizaciones implicadas y una participación activa de toda la población a la que estaban destinadas, concluyendo así que las actividades propuestas ayudan de forma efectiva a promover la salud y los derechos sexuales.

53. Formación en el ámbito público del funcionariado en Sexología y Derechos Sexuales

Sexólogos Sin Fronteras

Autores/as: Bataller i Perelló Vicent, Caballero Jiménez Araceli, López Peyró Cristina, Hidalgo López Clara, UllahNajeeb

Correo electrónico: sxlgf@gmail.com

Entre los años 2018 y 2022, la organización Sexólogos sin Fronteras ha realizado diversas formaciones incluidas en el área de la sexualidad, en colaboración con la Diputación de Valencia, y los Ayuntamientos de Valencia, Denia y Gandía. Entre ellas, se incluye el curso de Educación Sexual en la infancia, adolescencia y juventud, destinado a personal funcionario de diferentes ayuntamientos de la Comunidad Valenciana; el Curso Formativo 825. Sexualitat, Drets i implicació dels servicis municipals para personal funcionario del Ayuntamiento de Valencia; y el Curso de Sensibilización y Concienciación contra los Delitos de Odio y Promoción de la Diversidad Sexual desde la Sexología, dirigido a funcionarios de la

policía local de Denia y Gandía.

Las dos primeras formaciones estaban destinadas a informar y sensibilizar a los participantes sobre Educación Sexual Integral en todas las etapas del ciclo vital. Por su parte, las dos últimas, incluidas en el Plan de Diversidad Sexual de los Ayuntamientos de Denia y Gandía, tienen como principal objetivo concienciar y sensibilizar a toda la plantilla de la Policía Local contra los delitos de odio y promocionar la diversidad sexual.

En lo que respecta a la metodología, las formaciones tenían una media de 20 horas de duración, divididas en diferentes sesiones presenciales, y eran evaluadas mediante la asistencia al curso, diversos cuestionarios de satisfacción y la observación objetiva de los formadores y superiores del funcionariado.

Los resultados mostraron un alto grado de satisfacción por parte de los formadores, los organismos solicitantes y los participantes de los talleres. Por ello, el Curso Formativo 825. Sexualitat, Drets i implicació del servici municipal ha sido renovado a lo largo de tres ediciones, y la formación para la policía local de Denia se ha renovado durante cinco ediciones y expandido a la policía local de Gandía. Así, podemos concluir que dichas formaciones cumplieron exitosamente los objetivos propuestos en los programas.

54. “Eso de la sexualidad en la formación docente y la comunidad educativa”

INET, CFE

Autora: Bozzoffi, Valeria I

Correo electrónico de contacto: valeridae@gmail.com

Resumen

El objetivo principal de las actividades realizadas fue desmitificar la concepción de la sexualidad, vista meramente como el estudio de métodos anticonceptivos, genitales de varón y mujer y enfermedades de transmisión sexual. Como objetivo general se trabaja desde la educación sexual integral (ESI) en busca de favorecer la comprensión y vivencias desde sus pilares, placer (P), vínculos afectivos (VA), erotismo (E) y reproducción (R). Se realizó una secuencia didáctica abordando la figura humana, qué tanto conocemos nuestro cuerpo, corporeidad. Mediante imágenes se presentaron diferentes situaciones abordando VA, E, R y P, cuestionando ¿Existe sexualidad en estas situaciones? Se retomó la figura humana para abordar cuerpos sexuados y curso de vida, abordando la infancia, la pubertad, la adultez y la vejez. Para finalizar se realizó un mapa temático, tomando temas emergentes posibles a abordar en los diferentes centros de estudio

como futuros docentes. De la puesta en común resulta el escaso conocimiento del propio cuerpo y del otro, el pudor presente al nombrar los genitales o dibujarlos, así como se visualizan cuerpos coartados por la sociedad hegemónica, heteronormativa. De 25 estudiantes sólo 5 afirman que en las imágenes expresan sexualidad, el resto solo en las se representan escenas de besos o insinúan relaciones sexuales. Al trabajar cuerpos sexuados y curso de vida emergen mitos en relación al tamaño de los genitales, la menstruación y eyaculación, así como se cuestiona el abordaje de la sexualidad en la vejez. En relación a los temas emergentes, surgen la pornografía, el acoso, el ciber bullying. Expresan no sentirse capaces de enfrentar las diversas situaciones, surgiendo aquí la visión e importancia de trabajar con la comunidad educativa y desde un equipo multidisciplinario (EM). Se concluye que a pesar de ser un grupo de estudiantes, adultos, cursando segundo año de la carrera, se hace necesario no solo abordar la ESI, sino hacer visibles sus pilares en coordinación con la comunidad educativa, primeramente con EM y luego con las familias. Nos preguntamos, ¿Si los adultos aún sentimos pudor y reafirmamos mitos, ¿cómo es posible trabajar con adolescentes entonces? Aparece aquí el sujeto de derecho, así como los posibles procesos que a nivel personal se despiertan a partir de esta secuencia, y que “el espejo” podrá ir contestando.

55. Educación Integral en Sexualidad desde una perspectiva de acompañamiento psicosocial

Centro de Educación Sexual Integral (CESI-XDUCA).

Autor/es: Ávila Esqueda Mary Carmen (Maestra en Educación Sexual), Romo Pedroza Eréndira Magaly (Maestra en Sexualidad y Equidad de Género)

Correo electrónico: psic.mavila@gmail.com

Resumen

Objetivos:

Problematizar la perspectiva desde la cual nos posicionamos como educadorxs en sexualidad integral.

Analizar las posturas sociopolíticas que se encuentran detrás de las prácticas educativas desde la acción de lxs educadorxs.

Proponer desde la metodología de la educación popular feminista el acompañamiento psicosocial en la EIS.

Material y método: Se desarrollará desde una metodología participativa con un enfoque de horizontalidad, y desde la propuesta de una estrategia de educación integral en sexualidad con metodología de pares.

Resultados: Mediante el taller se abordan elementos conceptuales sobre el acompañamiento psicosocial en educación sexual, aspectos formativos respecto al rol de las y los acompañantes/educadoras(es) en sexualidad integral, análisis de las posturas (emocional, social, política, subjetiva) implicadas en la formación educativa y construcción de propuesta de fortalecimiento de la EIS respecto a los obstáculos y/o barreras de tipo económico, político, interno, religioso o social que se identifiquen en la aplicación de la EIS, para compartir en plenaria.

Conclusiones: Realizar un ejercicio meta-análisis colaborativo sobre nuestro quehacer como educadoras y educadores en sexualidad y generar propuestas, redes y vinculaciones de acompañamiento psicosocial mediante el abordaje de metodologías participativas y entre pares con enfoque en los Derechos Humanos, perspectiva de género y diversidad sexual.

56. Una aproximación a la Educación Integral de la Sexualidad en la formación docente uruguaya

Sociedad Uruguaya de Sexología (SUS-FLASSES), Uruguay

Consejo de Formación en Educación (ANEP-CFE), Uruguay

Dirección General de Educación Secundaria (ANEP-DGES), Uruguay

Dirección General de Educación Técnico-Profesional (ANEP-DGETP), Uruguay

Autores: Alvarez García Carlos, Fernando Fajardo, Decia Rafael

Correo electrónico: carlosfernandoalvarez@gmail.com
biologo223@hotmail.com

Fundamentación:

Desde la incorporación de la Educación Sexual como eje transversal al Sistema Nacional de Educación en cualquiera de sus modalidades, Uruguay se alineó a la idea de educación sexual con el propósito de “proporcionar instrumentos adecuados que promuevan en educadores y educandos, la reflexión crítica ante las relaciones de género y la sexualidad en general para un disfrute responsable de la misma.” (Ley de Educación N° 18.437, artículo 40, 8).

Partiendo de ese hito, la formación docente uruguaya se vio andamiada con la anexión del denominado Seminario-Taller en Educación Sexual, inserto en el currículo desde el Plan 2008 como parte del Núcleo de Formación Profesional Común a todas las especialidades del Profesorado, Maestro Técnico, Magisterio y Educador

Social, contando con una carga horaria total de 30 horas.

De lo antedicho, surge analizar si dicho Seminario-Taller, en su accionar educativo, incorpora o no los lineamientos de la llamada Educación Integral de la Sexualidad (Ref: UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, ONUMUJERES, UNICEF y OMS, 2008).

Objetivos:

Analizar la incorporación de la educación sexual en términos de Educación Integral de la Sexualidad a la formación docente uruguaya

Comparar la formación en sexualidad de la Sociedad Uruguaya de Sexología (SUS-FLASSES) con la modalidad de formación docente pública

Material y método:

Se propone un análisis al programa curricular, sus secuencias didácticas, objetivos, metodología, evaluación y diagramación temática contrastando los 8 ejes de la EIS establecidos en las Orientaciones Técnicas Internacionales de Naciones Unidas (2018) y la formación en sexualidad de la Sociedad Uruguaya de Sexología (SUS-FLASSES).

Resultados:

Se evidencian varias concordancias con los ejes conceptuales EIS propuestos por las Orientaciones Técnicas Internacionales de Naciones Unidas y la Sociedad Uruguaya de Sexología, mientras que se carece de la temporalidad y propuestas didácticas y metodológicas para un fehaciente andamiaje e internalización por parte del estudiantado en formación.

Conclusiones:

La EIS se visualiza en la formación docente uruguaya a través de sus ejes centrales de pensamiento científico, crítico y reflexivo basados en las perspectivas de derechos, género y diversidad, y reconociendo la promoción de salud, la afectividad, y la autonomía progresiva como parte de la construcción de ciudadanía y de ciudadanía sexual.

No obstante, al momento de la implementación, solo se permea una aproximación temática y metodológica de la Educación Integral de la Sexualidad, con reducidos tiempos de exposición y prácticas.

57. Evaluación cualitativa del impacto de un programa de educación sexual desde la percepción de los profesionales que lo imparten.

Servicio Murciano de Salud

Autores: Cayetano Fernández Sola, Francisca Postigo Mota

Correo electrónico de contacto: francisca.postigo@carm.es

Resumen

La educación sexual es un derecho de la población y una responsabilidad de los poderes públicos. El Servicio Murciano de Salud ha puesto en marcha el programa PERSEA, para responder a esta necesidad. Este programa lleva aparejada una formación específica para los profesionales sanitarios encargados de implementarlo. El objetivo de este estudio es explorar las perspectivas de los profesionales que recibieron la capacitación en el programa sobre el programa formativo mismo, así como sobre el impacto personal, profesional y comunitario de PERSEA. El enfoque de esta investigación ha sido un diseño cualitativo descriptivo de análisis temático. La muestra se conformó con 10 profesionales capacitados en dicho programa. Material y método: Los datos se recogieron a través de una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas. Para el análisis de los datos se usó el programa ATLAS.ti. Resultados: Se identificaron cuatro temas principales: definición de la educación sexual desde la carencia, impacto de la formación en la esfera profesional y zonas de convergencia entre lo profesional y lo personal: convirtiéndose en referente. Conclusiones: es crucial asegurar una formación integral adecuada de las profesionales que asuman el rol de educador. Una metodología que facilite el proceso reflexivo, donde se cuestionen actitudes y creencias y no solo conocimientos, puede tener un impacto en las propias biografías de los educadores y a la vez podría ser facilitador clave del efecto que el propio programa tenga sobre los adolescentes a los que va dirigido. Con respecto al programa, lo percibieron como necesario, una excelente herramienta, pero siendo necesario ampliarlo e incorporar nuevas intervenciones en edades más tempranas y durante el resto del ciclo vital.

58. La sexualidad en adultos mayores del Diplomado en Geriatria y Tanatología de la Facultad de Comunicación Humana de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Autora: Velázquez González María Abigail 1

Correo electrónico: maria.velazquez@uaem.mx

Objetivo General

Que las y los participantes del Diplomado en Geriatria y Tanatología, adquieran las herramientas teórico –

metodológicas que les permitan construir nuevos conocimientos, o reforzar los previos, respecto al concepto de sexualidad en los adultos mayores y todo lo que implica, promoviendo una educación sexual integral a través de técnicas que propicien su reflexión y sensibilización.

Objetivos Específicos

- Identificar y disminuir los mitos y realidades presentes en la concepción de la sexualidad de los adultos mayores.
- Propiciar la reflexión en los participantes, para que logren crear nuevos y mejores conocimientos, así como fortalecer los previos.
- Incrementar el conocimiento referente a la sexualidad y salud sexual de los adultos mayores.
- Sensibilizar a los participantes acerca de la sexualidad de los adultos mayores.
- Formar un sentido de responsabilidad en los participantes, para que con base en la empatía y la comprensión, brinden apoyo y consejo a los adultos mayores en temas concernientes a su sexualidad.

Resumen

La sexualidad en los adultos mayores ha sido un tema tabú en muchas culturas, nuestra cultura mexicana no es la excepción, la religión, las costumbres y los mitos familiares han invisibilizado a los adultos mayores como seres sexuales.

El presente trabajo tiene como finalidad abordar el tema de la sexualidad desde la perspectiva de los cuatro holones sexuales: género, reproductividad, erotismo y vínculos afectivos, tratando los temas desde un enfoque objetivo, con fundamento científico, pero también con empatía, buscando ampliar el conocimiento sobre el tema así como sensibilizar a estudiantes y profesionistas de las distintas áreas referentes a la salud que deseen cursar el Diplomado en Geriatria y Tanatología que oferta la Facultad de Comunicación Humana de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer ternura y amor. Dado que la sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales; el desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social, por lo tanto la educación básica en salud sexual debería formar parte del programa de enseñanza de todas las profesiones de salud (OMS & OPS, 2000).

Referencias:

1. OMS, O., & OPS, O. (2000). Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta convocada por OPS y OMS en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Antigua, Guatemala.: Asociación Mundial de Sexología.

59. La mirada adolescente de la sexualidad a través del cine.

Dirección General de Salud Pública. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón (España).

Autores: Moreno Gómez, Carlos y Ferrer Gracia, M^a Elisa.

Correo electrónico: carlosmoreno99.g@gmail.com

Justificación

La progresiva mejora de las intervenciones didácticas, en el marco de la Educación Sexual Integral, necesita de la utilización de todo tipo de estrategias e interacciones que favorezcan sus objetivos. Sin duda, en la actualidad, los medios audiovisuales en sus diferentes formatos y especialmente el cine constituyen uno de los lenguajes que más contribuyen a la buena comunicación y, por tanto a la eficacia profesional en este apartado, que no puede permanecer ajeno al buen uso de estas herramientas como puerta de entrada formativa eficaz.

Objetivos

- Favorecer el interés y la motivación personal en el buen uso de los medios audiovisuales y el cine relacionados con la educación sexual integral.
- Incrementar la capacidad crítica y descodificadora con aquellos productos audiovisuales que distorsionan los objetivos de cualquier tipo de comportamiento relacionado con la educación sexual integral. Educar la mirada.
- Conocer los principios básicos del lenguaje audiovisual aplicados a spots, videoclips, cortometrajes y largometrajes relacionados con la sexualidad.
- Favorecer la creatividad personal y el trabajo en equipo en la realización de creaciones audiovisuales relacionadas con la educación sexual integral.

Contenidos

- Gramática de la imagen. Uso y abuso de los medios audiovisuales. El consumo de imágenes.
- Tipos de vídeos y películas relacionados con la

sexualidad y la educación sexual integral.

- Criterios para seleccionar materiales audiovisuales en educación sexual integral. Un ejemplo, “Cine y Salud” (Gobierno de Aragón).
- El proceso de la creación audiovisual, de la idea a la edición. La participación comunitaria. Un ejemplo, el cortometraje “Espejos y pétalos” (IES Avempace & Servetus Studio 2019)

Metodología

La metodología del taller se estructura en varias partes.

1. Punto de partida. Experiencia de los participantes en el uso de audiovisuales como materiales didácticos relacionados con la educación sexual integral.
2. Análisis y decodificación de imágenes de algunas secuencias de cine relacionadas con la sexualidad.
3. Revisar los criterios de selección en la utilización de imágenes como puerta de entrada didáctica en la educación sexual integral. Un ejemplo, proyecto “Cine y Salud”.
4. La creación audiovisual aplicada a la educación sexual integral y participación de la comunidad. Un ejemplo: “Espejos y pétalos”.

Materiales necesarios

- Sala/Aula que se pueda oscurecer, con pantalla.
- Ordenador, PC o portátil que permita reproducción de presentaciones en Power Point y vídeos.
- Cañón proyector y altavoces con conexión al ordenador.

60. Robando infancias

Autora: Aleandrina Román

Correo electrónico: alejandrina.roman@gmail.com

Resumen:

Sabemos que el tema del abuso sexual de las infancias, continúa siendo un tema tabú, en nuestra sociedad y que el fenómeno de la Pandemia, inesperada, invasora, intrusa en la vida de todo el planeta, dejó sus huellas en nuestra comunidad.

Aumentaron en nuestro país (Argentina) un 60 % las llamadas por violencia doméstica, y un porcentaje semejante en las denuncias de abuso sexual a las infancias.

La Pandemia incentivo a nivel familiar, escolar y social el uso de las redes, y las infancias se vieron obligadas a consumir con mayor intensidad, escolaridad online en la cuarentena más prolongada del planeta y por mayor tiempo.

Las pantallas TV, Tablet, internet, redes sociales,

facebook, instagan, pornografía, reggaeton o raperos con músicas y movimientos sensuales.

A estos hechos no debemos descuidar que ellos vulneran a las infancias, que se exponen a más elementos que los erotizan precozmente, robando infancias e introduciendo en un proceso de adultización a niños y niñas.

En el último año me sorprendió la consulta de padres, colegas, docentes de varios casos de niñas y niños de 5 años hasta 11 años con conductas sexuales hipersexualizadas, que alarman y piden atención y solución a profesionales.

Podemos definir Adultización Temprana en psicología como los rasgos en la personalidad infantil que obedecen a un comportamiento o modo de pensar adulto. Esto ocurre tras un roce excesivo con adultos de manera cotidiana y poco trato con sus pares.

La adultización temprana lleva a la hipersexualización de los niña/os, este fenómeno

erotiza a la infancia, la vulnera, introduciéndola precozmente en el mundo adulto al que

no pertenece aún, privándoles del juego con pares de aprendizaje de una sexualidad a futuro sana y satisfactoria.

La hipersexualización es un término creado para definir la representación de niñas y niños como especie de adulto sexual en miniatura, para expresar, a través de juegos, vestimenta conductas que no le corresponden su edad madurativa.

Esto es la punta del iceberg de una forma más de robar la infancia, de crear un ámbito propicio para que el pedófilo pueda erotizar a las futuras víctimas desde muy pequeñas.

Ester Coronado nos dice que el cuerpo es para el niño un instrumento para explorar el mundo, jugar y conectarse con el otro, sino de otro modo se convierte en un objeto de culto, de exhibición, que tiene que ver con la mercantilización del cuerpo y entrar en circuitos de consumo.

La objetivación de un niño, niña, no le permite vivir libremente su infancia, pensar, desear o sentir. No se lo reconoce como un ser diferente, autónomo y se lo convierte en un objeto de sus padres y de la sociedad de consumo.

Así las niñas sobre todo construyen su cuerpo a partir del otro, repitiendo estereotipos de mujeres, delgadas, sexy, frágiles, vulnerables.

Se coconstruyen los “estereotipos aspiracionales” que les venden, al no existir, ni poder cumplir con ellos, produce baja autoestima, frustración, trastornos de la identidad, depresión, problemas alimentarios, vulnerabilidad ante pedófilos.

Los modelos de cuerpos vulnerables impacta también en varones cuyo mensaje es, reprimir emociones, rescatar, no cuidar su cuerpo, excluir al que tenga orientación sexual diferente al grupo.

Es un objetivo sencillo por su fragilidad emocional, lo vulnera le ofrece modelos, a imitar, que eternizan estereotipos de género, erotizan y crean una demanda que se va extendiendo, cuyo fundamento es una pederastía disfrazada

Este trabajo forma parte de un libro de mi autoría en edición.

Bibliografía

1. Plans, A. (2021) "Respetar mi sexualidad" (ed. Nueva Eva) Clarín 3-6-22
2. Román A. Conductas Protectoras (2018) Edit. Lugar Bs.As.
3. RUMBOSDIGITAL.COM, Chicos e internet (2018) pág 10, 27-5-18

CIENCIAS BÁSICAS E INVESTIGACIÓN

61. Herramientas y conceptos de Neurocomunicación aplicados en marco de terapia de pareja, sexualidad y sistemas de familia. Nuevos paradigmas

Autora: Carolina Villalba

Correo electrónico: tuprensa2007@gmail.com

Objetivo:

En este trabajo parto de la base de lo importante y efectivas que son las herramientas de la neurociencia en relación a la neurocomunicación para mejorar la comprensión de los problemas en este ámbito, y a través de ellos el abordaje y superación de los conflictos.

Observado el planteo en profundidad al realizar el Master de neurocomunicación, de cómo funciona nuestra mente he ido encontrando un paralelismo significativo, el cual he adaptado a los pacientes de forma acorde a las circunstancias y especificidad

Justificación:

En nuestro marco de consulta encontramos que el 75% de los casos tienen como motivo de consulta un problema de comunicación, he realizado para ello un relevamiento de 55 casos de 2016 a 2019

En el 25% restante encontramos casos de trastornos psicopáticos o psiquiátricos, en distintos niveles, situaciones de problemas médicos más o menos específicos y otros trastornos de influencia exógena

como interferencias de sustancias, conflictos de objetivos primarios, etc.

Encontramos frecuentemente el desacuerdo y mala comunicación al tratar proyectos en común y contratos emocionales, o con promesas que en el primer momento se dan en la pareja y luego se olvidan o cambian.

Por eso resulta tan revelador la aplicación de las herramientas de neurocomunicación para demostrar mi punto.

Método:

He elegido algunos casos típicos de motivos de consulta y conflictos humanos desde mi mirada y especialidad y ha realizado un paralelismo con temas tratados neurocomunicación. Con un método narrativo y de observación empírica.

Por ejemplo, existe una interesante teoría que aunque, del siglo pasado, creo muy útil para comprender y visualizar de forma menos abstracta el funcionamiento de las distintas áreas de nuestro cerebro. Fácil de comprender, fácil de visualizar, y por tanto útil como herramienta de comunicación docente:

La teoría del cerebro Triuno.

He aplicado el uso de este y otros conceptos para mejorar la comprensión y la comunicación en los pacientes por ejemplo en: problemas de definición de roles, lucha de poder, infidelidad, conflictos de acuerdo sexual, etc

Algunos puntos de contenido de este trabajo.

Bases sobre el Sistema nervioso y definición de neurociencia.

El corazón tiene razones que la razón desconoce

Economizando y sesgando para optimizarse.

Desarrollándonos Herramientas y aparatología de la neurociencia aplicadas al consultorio

Referencia a través de la pirámide de Maslow a la base de construcción

en procesos psicosexuales.

Castigo - recompensa

La infidelidad según una visión de la neurocomunicación y la

Neurociencia

Como nos afecta lo que percibimos en los vínculos.

Fantasías sexuales Espejo de carencias necesidades y motores

motivadores.

Neuromarketing y amor

62. Perfil psicopatológico de participantes en estudios de laboratorio de sexualidad humana

Universidad Loyola Andalucía; Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento CIMCYC, Universidad de Granada

Autores/as: Arcos-Romero Ana Isabel, Álvarez-Muelas Ana; Cervilla Óscar; Beatrice Schiavolin; Sierra Juan Carlos

Correo electrónico: aiarcos@uloyola.es

Resumen:

Objetivos: Determinar el perfil psicopatológico examinando las dimensiones somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo de las personas que acceden a participar voluntariamente en tareas experimentales de laboratorio de sexualidad.

Material y método: La muestra estuvo compuesta por 525 adultos españoles con edades comprendidas entre 18 y 30 años. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario sociodemográfico y de la historia sexual y el Symptom Assessment-45 Questionnaire para evaluar los síntomas psicopatológicos. Los participantes firmaron el consentimiento informado que explicaba la finalidad del estudio y garantizaba la confidencialidad y protección de los datos recabados. Se realizaron análisis multivariados de varianza (MANOVA) para comparar las dimensiones de sintomatologías psiquiátricas en función del sexo, la orientación sexual y la interacción de ambas variables (sexo x orientación sexual).

Resultados: En función del sexo, se encontraron diferencias significativas mostrando las mujeres mayores niveles de sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, obsesión y ansiedad fóbica. Según la orientación sexual, se encontraron diferencias significativas mostrando las personas que no se consideraban exclusivamente heterosexuales mayores niveles de depresión, de sensibilidad interpersonal, ansiedad, psicoticismo y ansiedad fóbica. En cuanto a la interacción del sexo y la orientación sexual, se observaron datos significativos en las dimensiones hostilidad y ansiedad fóbica. Las mujeres con orientación exclusivamente heterosexual mostraron menores niveles de hostilidad y de ansiedad fóbica, mientras que los hombres con orientación exclusivamente heterosexual mostraron mayores niveles de hostilidad y menores niveles de ansiedad fóbica.

Conclusiones: Las mujeres que acceden a participar en estudios del laboratorio de sexualidad humana tienen un perfil con mayor sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, obsesión y ansiedad fóbica. Los participantes con orientación no exclusivamente heterosexual tienen un perfil con más depresión, sensibilidad interpersonal, ansiedad, psicoticismo y ansiedad fóbica. Además, hay una interacción del sexo y la orientación sexual en la sintomatología de hostilidad y ansiedad fóbica.

63. Evaluaciones no conscientes de palabras en español que designan la conducta de masturbación

Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Universidad de Granada (España)

Autores/as: Muñoz-García Laura Elvira, Sierra Juan Carlos, Gómez- Berrocal Carmen.

Correo electrónico: noselaura@correo.ugr.es

Introducción. Según estudios recientes la actitud hacia la masturbación es positiva. Una actitud es un conjunto relativamente estable de representaciones almacenadas en la memoria sobre la valoración de un objeto. El Implicit Association Test (IAT) consiste en preactivar (prime) cognitivamente durante unos segundos el objeto de actitud y, seguidamente, presentar palabras de contenido evaluativo (target). El IAT se basa en el tiempo de reacción (TR) empleado para realizar una tarea léxica. Si el prime y el target se ajustan a la actitud de la persona, el tiempo de reacción es menor.

Objetivo. Explorar la evaluación automática de palabras relativas a masturbación (autotocamiento, autoestimulación, autoexcitación, masturbación) en comparación con palabras neutrales.

Material y método. En 55 estudiantes españoles (49,1% hombres y 50,9% mujeres) entre 18 y 22 años, $M = 18,85$ ($DT = 0,14$) medimos el TR empleado para clasificar como palabra o no palabra una serie de estímulos (target) que aparecían en el ordenador después de palabras presentadas subliminalmente (tipo de prime: relativa a masturbación vs. neutral). Diseño intrasujeto 2 (tipo prime) x 4 (tipo de target: palabras con valor positivo vs. valor negativo vs. valor neutro vs. no palabra). Se realizaron MANOVAs de medidas repetidas.

Resultados. No se halló efecto principal para el

prime. Hubo efecto principal para target: los TR fueron más altos para palabras negativas (vs. positivas). Hubo efecto de interacción (prime x target): mayor TR ante palabras positivas con los cebados “autotocamiento”, “autoestimulación” y “autoexcitación” (vs. con cebado neutral). Ante palabras negativas no hubo diferencias en TR según el tipo de cebado.

Conclusiones. Palabras no vulgares relativas a masturbación facilitan las respuestas a estímulos con valor positivo: ¿pueden sesgar una medida implícita de actitud hacia la masturbación?

64. Perfil psicosexual de personas interesadas en participar en estudios de laboratorio de sexualidad humana

Universidad de Granada

Autores/as: Schiavolin Beatrice, Alvarez-Muelas Ana, Cervilla Oscar, Arcos-Romero Ana Isabel, Mangas Pablo y Sierra Juan Carlos

Correo electrónico: bea.schiavolin@gmail.com

Resumen

Objetivos. La investigación en sexualidad humana incluye entre sus estudios tareas experimentales en el contexto de laboratorio. El objetivo de este estudio fue examinar el perfil psicosexual de personas interesadas en participar en este tipo de investigaciones, teniendo en cuenta el sexo (hombre vs. Mujer), con quien mantienen relaciones sexuales (exclusivamente con personas de distinto sexo vs. exclusivamente personas del mismo sexo/mismo y distinto sexo) y la interacción de ambas variables.

Método. Participaron 205 hombres y 320 mujeres de 18 a 30 años de nacionalidad española ($M = 21,33$; $DT = 2,67$), que contestaron en línea una encuesta formada por escalas para evaluar erotofilia, propensión a excitación o inhibición sexual, experiencia subjetiva del orgasmo en el contexto de las relaciones sexuales y en el de la masturbación en solitario, y victimización sexual.

Resultados. Las mujeres puntuaron más alto en erotofilia ($p < 0,001$), propensión a la inhibición sexual por miedo a la ejecución ($p = 0,004$), en la dimensión sensorial de la experiencia subjetiva del orgasmo en el contexto de relaciones sexuales ($p = 0,044$) y en todas las dimensiones de la experiencia subjetiva del orgasmo en el contexto de masturbación ($p = 0,018 - < 0,001$) y en las dimensiones de victimización sexual después

de los 14 años ($p = 0,033 - < 0,001$). Los hombres puntuaron más alto en victimización sexual infantil ($p = 0,002$) y propensión a la excitación sexual ($p = 0,028$). Las personas que mantienen relaciones sexuales exclusivamente con personas del mismo sexo, o mismo y distinto sexo, puntuaron más en propensión a la excitación sexual ($p = 0,017$), dimensión recompensa de la experiencia subjetiva del orgasmo en el contexto de relaciones sexuales ($p = 0,004$) y dimensión íntima en el contexto de masturbación ($p = 0,018$) y dimensiones de victimización sexual ($p < 0,001$), a excepción de la experiencia de victimización sexual infantil ($p = 0,002$). En la interacción sexo x relaciones sexuales, se observan diferencias en inhibición sexual por miedo a las consecuencias ($p = 0,048$), la dimensión sensorial de la experiencia subjetiva del orgasmo en el contexto de relaciones sexuales ($p = 0,022 - 0,010$) y dimensiones en el contexto de la masturbación ($p = 0,040 - 0,007$).

Conclusiones. Se resalta la importancia de analizar el perfil psicosexual de las personas voluntarias en estudios de sexualidad para evitar posibles sesgos en la participación y promover la generalización de los resultados.

65. Aproximación a las leyes y políticas públicas cubanas desde la perspectiva de género y de derechos sexuales.

Autora: Calaña Pérez, Ivón

Resumen:

Objetivo: Analizar las leyes y políticas públicas cubanas emitidas posterior a la entrada en vigor de la Constitución de 2019, desde la perspectiva de género y de derechos sexuales.

Material y Métodos: Es una investigación jurídica teórica. Su enfoque es cualitativo al fundamentarse en procesos de análisis e inducción para abordar desde una perspectiva de género y de derechos sexuales las políticas públicas y leyes cubanas emitidas posteriores a la entrada en vigor de la Constitución de 2019. Por su alcance o magnitud es explicativa, en tanto arrojará elementos que permitirán demostrar el enfoque de género que como expresión de la voluntad política ha permeado el proceso de diseño de las políticas públicas y leyes. Métodos teóricos: análisis-síntesis: para analizar separada e integralmente cada uno de los aspectos de las políticas públicas y leyes cubanas e inductivo, para analizar las situaciones de lo particular a lo general que permitan demostrar el enfoque de género.

Resultados:

La Constitución cubana de 2019 reconoce el principio de igualdad y no discriminación por cualquier circunstancia lesiva a la dignidad humana, haciendo énfasis en causales como el sexo, género, orientación sexual e identidad de género. Por primera vez en el texto constitucional cubano aborda los derechos humanos y sexuales y reconoce y protege la pluralidad familiar; prescinde del enfoque binario respecto al matrimonio y condena toda forma de violencia basada en género.

La Ley de Leyes regula que uno de los fines principales del Estado es contribuir a elevar mayores niveles de justicia y equidad social, en tal sentido, es de obligación la emisión de políticas públicas y leyes que coadyuven a ello y transformen las inequidades históricas y socioculturales identificadas.

A partir del 2019 ha existido un riguroso diseño de políticas públicas basadas en evidencias científicas y soportes teóricos con enfoque de género y de derechos sexuales para promover acciones encaminadas a la transformación de inequidades que persisten en perjuicio de mujeres (vistas en su amplia magnitud e interseccionalidad) y personas homosexuales, bisexuales y trans.

En atención a los principios constitucionales de legalidad, progresividad y equidad, han tenido lugar reformas en las legislaciones sustantivas y adjetivas en el orden familiar y penal, primando ejercicios de participación ciudadana (consultas populares y referéndum) en el diseño de dichas normativas.

Conclusiones: Coherente con el proceso emancipador y los fines del Estado cubanos, se ha identificado como una problemática a transformar, el arraigo de construcciones socioculturales inequitativas en las relaciones de hombres y mujeres y con personas con sexualidades no hegemónicas, por lo que las políticas públicas y las principales leyes emitidas posteriores a la Constitución de 2019, han tenido un enfoque de género y de derechos sexuales, con la intención de visibilizar, prevenir, atender y transformar distintas expresiones de violencia y discriminación asociadas al género, orientación sexual e identidad de género.

66. Diferencias en el Índice de Dificultad de dos pruebas de conocimientos sobre ITS y uso correcto del condón aplicadas a jóvenes sordos y oyentes mexicanos.

Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Autoras: Robles-Montijo Silvia Susana, Pérez-Bautista Yuma Yoaly, Bárcena-Gaona Susana Xóchitl, Corona-Guevara Laura Alejandra y Guevara-Benítez Carmen Yolanda

Correo electrónico: susana@unam.mx

Resumen

El objetivo fue determinar las diferencias en el índice de Dificultad (ID) de dos pruebas de conocimientos: una sobre sintomatología, transmisión y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y otra sobre el uso correcto del condón (UCC), aplicadas a jóvenes oyentes y sordos mexicanos, así como analizar las diferencias entre ambos grupos de jóvenes en el porcentaje de respuestas correctas obtenido en las dos pruebas. Participaron 313 jóvenes sordos (JS) y 313 jóvenes oyentes (JO), con una edad promedio de 20.17 años ($DE=3.790$), seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por cuotas de 22 instituciones educativas de la Ciudad de México. La prueba de conocimientos sobre ITS incluye 8 ítems y la correspondiente al UCC 6 ítems, ambas con opciones de respuestas de cierto, falso y no sé. Las respuestas correctas se codificaron con 1 y las incorrectas con 0. Para cada ítem de ambas pruebas se estimó el ID dividiendo el número de participantes que respondieron incorrectamente al ítem entre el total de participantes que lo respondieron, a mayor valor mayor dificultad del ítem. Para los JS las pruebas se adaptaron lingüísticamente acompañando cada ítem con un video que muestra su interpretación en la Lengua de Señas Mexicana, y se aplicaron a través de un cuestionario en línea diseñado y validado por las autoras de este trabajo. En el grupo de JO los instrumentos se aplicaron en línea a través de un panel de encuestas certificado, monitoreando en tiempo real el levantamiento de datos. En ambos grupos de participantes se obtuvo su asentimiento y consentimiento informado. Los resultados correspondientes al ID mostraron que, en promedio, la prueba de conocimientos sobre ITS fue más difícil para el grupo de JS ($ID=0.70$) que para el de JO ($ID=0.54$); lo mismo ocurrió para la prueba de conocimientos sobre UCC, con valores más altos en los JS ($ID=0.63$) que en los JO ($ID=0.42$). El porcentaje de respuestas correctas obtenido en la prueba sobre ITS fue de 35.35% en JS y 44.96% en JO, las diferencias fueron significativas ($t=5.324$ $p<.001$); en la prueba sobre UCC los porcentajes de respuestas correctas fueron de 35.90% para los JS y 58.30% para los JO ($t=12.971$, $p<.001$). Se concluye que a pesar de que ambas pruebas tienen un nivel de dificultad medio, los jóvenes de ambos grupos cuentan con escasos conocimientos para prevenir ITS y usar correctamente un condón, poniendo en riesgo su salud sexual.

*Estudio financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica de la UNAM (PAPIIT - IN307321).

67. Validación de la adaptación española de la Transgender Identity Survey (TIS)

1 Universidad Loyola Andalucía (Sevilla, España); 2 y 3 Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía (Sevilla, España).

Autores/as: Bellido-Rodríguez, Iván¹; Arcos-Romero, Ana Isabel²; Esteban García, Laura³

Correo electrónico de contacto: aiarcos@uloyola.es

Resumen:

Introducción: Tradicionalmente, las personas pertenecientes al colectivo LGTBIQA+ han sido discriminadas y estigmatizadas por razón de su orientación e identidad sexual, así como por su expresión de género. En las personas trans*, la interiorización de mensajes sociales negativos recibe el nombre de transfobia interiorizada. Así, las personas trans* asumen e integran todos aquellos prejuicios, estereotipos y actitudes negativas presentes en la sociedad centrados en la discriminación y el rechazo hacia su propia identidad de género, lo que supone graves consecuencias para su salud física y mental.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue validar la Transgender Identity Survey en población española, un instrumento de medida de transfobia interiorizada.

Metodología: Participaron un total de 207 personas mayores de edad con un rango comprendido entre los 18 y los 63 años ($M = 25.11$ y $DT = 8.16$), de nacionalidad española y que se identificaban con una identidad de género trans*. Los participantes respondieron a una versión adaptada al español de la escala TIS (Bockting et al., 2020), a la Escala de de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; Echeburúa, 1995) y a una escala de imagen corporal, BAS-2 (Tylka y Wood-Barcalow, 2015; Swami et al., 2017), necesarias para aportar las evidencias de validez convergente.

Resultados: Los resultados obtenidos dieron lugar a una versión española de la escala más reducida que la original con una extensión de 15 ítems que podían agruparse en una sola dimensión como predictora de la transfobia interiorizada. Presentó buena fiabilidad ($\alpha = .89$) y buenas evidencias de validez convergente al informar de una relación significativa tanto con la escala

de autoestima como con la de imagen corporal ($p < .001$).

Conclusión: El presente estudio ha permitido el desarrollo de un instrumento de medida adecuado para su utilización como herramienta de diagnóstico clínico en personas que presentan transfobia interiorizada, así como en futuras investigaciones de índole científica.

68. Riesgo frente a ITS en personas con vulva: Una comparación en función de la exclusividad de las prácticas sexuales

1,2 Universidad Abierta Interamericana, Centro de Altos Estudios en Ciencias Humanas y de la Salud (CAECHIS)-CONICET, Argentina. 3,4 Centro Interdisciplinario de Psicoterapias Sexualidades y Salud Integral: Filopolis

Autores/as: Gabini Sebastián¹, Lucas Cuenya², Clarisa Romero³, Sofía Lola⁴

sebastianmanuel.gabini@uai.edu.ar

Resumen

Objetivo: Las personas con vulva presentan una mayor vulnerabilidad biológica, social y cultural frente a las ITS. Sin embargo, aún no se ha podido establecer el rol que cumplen las diferentes prácticas sexuales (PS). Por lo tanto, el objetivo de la investigación fue valorar aspectos de riesgo frente a ITS en función de si mantenían PS exclusivamente con otras personas vulvoportantes o no.

Material y métodos: Se diseñó un estudio empírico, comparativo, transversal y cuantitativo. Se aplicó un cuestionario diseñado ad hoc conformado por 30 preguntas a 138 personas con vulva, tendiente a valorar aspectos de riesgo identificados en la literatura científica. La muestra se dividió en dos grupos: quienes tenían PS exclusivamente con otras personas con vulva ($n=33$; 23 mujeres cisgénero, 7 varones transgénero, 2 personas no binarias, 1 persona con género fluido); y quienes no tenían PS exclusivas con personas con vulva ($n=105$; 101 mujeres cisgénero, 3 varones transgénero, 1 persona no binaria). Se analizó la asociación de las variables categóricas por medio del estadístico Chi-cuadrado ($p < .05$ significativo).

Resultados: Quienes mantenían relaciones con otras personas con vulva exhibieron mayor frecuencia en el uso de juguetes sexuales ($p < .01$) y en relaciones sexuales mientras menstruaba/n sin método de prevención ($p < .01$). En este grupo se observaron mayores porcentajes de discriminación ($p < .01$) y menos frecuencia de chequeos

ginecológicos, testeos de ITS o VIH (aunque, en estos casos, la significación fue marginalmente significativa). Sin embargo, no se hallaron diferencias en cuanto al diagnóstico de ITS, exclusividad sexual o edad de inicio de las relaciones. Se encontraron porcentajes similares sobre conocimientos de ITS y sus métodos de prevención, empero el 14% de quienes tenían PS que involucraban un pene no utilizaba preservativo, mientras que el 80% de quienes mantenían relaciones entre personas con vulva no utilizaba métodos de prevención de ITS.

Conclusiones: Las diferencias comportamentales halladas entre los grupos (chequeos, testeos y uso de métodos de prevención) no parecen asociarse al acceso a la información. Sin embargo, esta relación podría estar mediada por el contexto cultural que establece barreras para el acceso a la salud (como la discriminación) y la inexistencia de un método de prevención de características similares al preservativo para pene. En suma, el tipo de PS puede establecer diferencias en cuanto al riesgo frente a las ITS.

69. Educación sexual: prejuicios sobre la sexualidad en la vejez

1 Universidad de Huelva,

2 Centro de Psicología Integral SusanaRodVar

3 Universidad de Cádiz

Autores/as: García-Rojas, Antonio Daniel (1); Rodríguez-Vargas, Susana (2) y Del Río Olvera, Francisco Javier (3)

Correo electrónico: antonio.garcia@dedu.uhu.es

Resumen:

Objetivo:

Analizar el conocimiento del alumnado del aula de la experiencia y del grado en educación social hacia la sexualidad en la vejez.

Método:

Esta investigación sigue una metodología cuantitativa, descriptiva y correlacional aplicando el método encuesta con un diseño transversal. La muestra es intencional y de conveniencia, está conformada por 304 sujetos.

Se aplicaron dos escalas:

1) Escala de conocimientos (White, 1982, con adaptaciones de López, 2012).

2) Escala de actitudes sobre sexualidad en la vejez (White, 1982; adaptación y ampliación de López, 2012).

Resultados:

Los resultados reflejaron que la población mayor tiene más conocimiento y una actitud más conservadora sobre sexualidad en la vejez que la joven. La investigación aporta elementos a considerar en la elaboración de programas educativo-sexual que ayuden a mejorar ciertas actitudes y contribuyan a una concepción más positiva hacia los mayores.

Conclusiones:

En este sentido los resultados de nuestra investigación indicaron que la población mayor tiene más conocimiento sobre sexualidad en la vejez que la joven. De forma general, el porcentaje de conocimientos correctos ha superado más de la mitad del total de respuestas emitidas, aunque sigue habiendo un porcentaje bastante elevado de desconocimiento. El conocimiento que nuestra muestra posee parece estar más relacionado con necesidades y factores que condicionan la sexualidad en la vejez, de ahí que sea la población mayor quien más conocimiento tenga, puede estar fundamentado en sus propias experiencias. Mientras que se observa menos conocimiento en aquellos aspectos que tienen que ver con las falsas creencias que se tiene acerca de la sexualidad en la vejez y con los cambios que experimentan en la fisiología sexual tanto de hombre como de mujeres.

Respecto a la actitud, se observa, una actitud más conservadora en el rango mayor de edad mientras que los más jóvenes son favorables a una actitud liberal hacia la sexualidad en la vejez coincidiendo con lo aportado por otros trabajos. En consecuencia, nos llama la atención cómo la población mayor que a su vez tiene más conocimiento sobre sexualidad en la vejez muestra una actitud más conservadora en cuanto a la práctica sexual.

Es necesario que la educación sexual está presente en el sistema educativo, desde la Educación Infantil hasta la Universidad, solo así viviremos y expresaremos una sexualidad libre y sana, basada en la igualdad y equidad.

70. El enigmático periodo refractario sexual masculino

Instituto chileno de sexología (INCHISEX)

Autor: Carlos Alberto Cotiz Artieriez

Correo electrónico: ccotiz76@gmail.com

Si consideramos, en varias especies, a todos los machos que tienen pene, parecería que es necesario lograr una erección y eyacular para fecundar a una hembra. No obstante, el periodo de quietud sexual que sigue a la

eyaculación – el período refractario sexual (PRS), no está claro de inmediato por qué esto debería ser necesario para fecundar a una mujer. Esta característica del ciclo de respuesta sexual masculina está muy conservada entre las especies.

Objetivo: Describir y analizar los aportes más significativos sobre las bases biológicas del periodo refractario masculino.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de revisión bibliográfica sobre las bases biológicas del periodo refractario masculino.

Resultados: Los hallazgos son contradictorios, especialmente porque es un fenómeno que desde el inicio solamente era atribuible al hombre, aunque también algunos autores señalan que se ha observado en algunas mujeres. También se ha encontrado que un reducido y escaso grupo de hombres parecieran no presentar este fenómeno. El agente desencadenante es aún más misterioso, no hay nada concluyente, y a nivel de hormonas y neurotransmisores nada de esto.

Conclusiones: Sí bien es cierto mucho se ha investigado sobre la respuesta sexual masculina, aún existen vacíos y contradicciones, y el periodo refractario sexual masculino dentro de la respuesta sexual representa un eslabón perdido, un enigma, con más preguntas que respuestas.

71. Perfil del paciente sexológico atendido en el instituto chileno de sexología periodo 2019-2022.

Instituto chileno de sexología (INCHISEX)

Autor: Carlos Alberto Cotiz Artirez

Correo electrónico: ccotiz76@gmail.com

La consulta sexológica es un acto clínico muy privado e íntimo, requiere no solamente de conocimientos, sino además de la empatía y entender el esfuerzo del paciente para tomar la decisión de contar su vida privada en una cultura en donde se educa poco para acudir a un profesional de la sexología. El Instituto Chileno de Sexología, (INCHISEX) inicia sus atenciones clínicas en julio del 2019, para lo cual, se diseñó y crea en un software la historia clínica sexológica digital, la cual, nos ha permitido optimizar el tiempo de atención, y además tener un registro confiable, rápido, preciso y útil para la investigación, de donde se extraen los datos del presente estudio.

Objetivo: Describir el perfil del paciente sexológico atendido en INCHISEX periodo 2019-2022.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, en donde se recolectaron datos de 5038 historias clínicas de pacientes con diagnósticos sexológicos. Estas historias corresponden a 3 años (Julio 2019 – Julio 2022). Se analizaron las respectivas estadísticas por categorías de grupos de sexo, datos sociodemográficos, principales ítems de la historia clínica sexológica.

Resultados: La mayoría de los pacientes atendidos son hombres 94%, cuyas edades promedio son 30-39 años, solteros (68%) de profesión ingenieros (65%), con diagnósticos de eyaculación precoz (56 %) y disfunción eréctil de etiología psicógena (34%), en ambas problemáticas se observó con frecuencia la ansiedad de desempeño sexual (88%).

Conclusiones: En un periodo de 3 años, casi todos fueron hombres quienes más consultaron, cuyas dificultades sexuales más frecuentes fueron asociadas a ansiedad de desempeño sexual. Resultaría interesante comparar estos datos con otras instituciones del país y de Latinoamérica.

72. Fantasías sexuales: un estudio descriptivo – correlacional en personas adultas

Asociación Rosarina de Educación Sexual y Sexología – ARESS

Autora: Diaz, Laura

Correo electrónico: diaz-laura@hotmail.com

Resumen:

Objetivo: Explorar si existen diferencias en fantasías sexuales en función del género que se autoperceben los/as participantes.

Metodología: Se trabajó con una muestra de tipo no probabilística, por conveniencia de 251 participantes constituida por personas adultas de la región pampeana argentina de entre 20 y 60 años de edad de diferentes géneros (mujeres, varones, otros). Los datos fueron recopilados mediante formulario Google forms, brindando confidencialidad a la información y solicitando el consentimiento informado. Instrumentos utilizados: Cuestionario de Fantasías Sexuales de Wilson (1988) validación efectuada por Sierra, J. C. Ortega V. Martín Ortiz, J. D., & Vera-Villaroel P. (2004). El mismo se

compone de cuatro factores distintos de fantasías sexuales que podían presentarse, dentro de una distribución más o menos esperable, en la población: fantasías sexuales íntimas, exploratorias, impersonales y sadomasoquistas. La versión utilizada es una actualización, la cual cuenta con un nuevo factor de fantasías, fantasías sexuales virtuales, realizada por la misma autora, en una prueba piloto de la actual investigación.

Resultados: se resaltan dos líneas principalmente a) quienes se identifican como varones presentan mayores niveles de fantasías sexuales exploratorias, íntimas y virtuales que las mujeres, quienes, por su parte, manifiestan mayores niveles de fantasías sadomasoquistas; b) quienes se identifican como mujeres, la edad correlaciona negativamente con las fantasías sexuales exploratorias, sadomasoquistas y virtuales; mientras que, en los varones, la edad correlaciona negativamente con las fantasías sexuales sadomasoquistas.

Conclusiones: Por un lado, una posible explicación podría vincularse con las fantasías de ser forzadas y/o violentadas, observada con mayor frecuencia en las mujeres. Al respecto, Covarrubias (1996, citado en Wilson, 2010) encontró que las fantasías de ser forzadas correlacionan positivamente con la satisfacción sexual en mujeres que no han sido víctimas de abuso sexual. Además, el avance del movimiento de empoderamiento y liberación de las mujeres de las últimas décadas también podría relacionarse con los mayores niveles de fantasías sadomasoquistas observados en las mujeres, ya que la mujer comienza a salir del rol exclusivamente materno y de esposa recatada, permitiéndose jugar y fantasear más con prácticas diversas. En lo que se refiere a la correlación negativa de las fantasías sexuales con la edad, podría deberse a la carga social que en muchos casos existe con el paso de los años –hijos, carrera universitaria, trabajo, independencia económica–, lo cual quitaría tiempo para poder conectar saludable y distendidamente con la sexualidad.

73. Deseo sexual rasgo como predictor de la excitación sexual subjetiva hacia estímulos sexuales eróticos de hombres y mujeres cisgénero.

**Universidad de la Costa, Barranquilla – Colombia.
Universidad El Bosque, Bogotá - Colombia**

Autora: Vásquez-Amézquita Milena.

Correo electrónico: mvasquezam@unbosque.edu.co

Resumen:

El modelo de motivación por incentivos plantea que cuando un estímulo sexualmente competente activa la excitación sexual, emerge como consecuencia un estado de deseo sexual que motiva la búsqueda de experiencias sexuales en solitario o en pareja. Ya que un estado de deseo sexual puede depender del rasgo de deseo sexual, este estudio tuvo como objetivo identificar si el deseo sexual rasgo en sus tres componentes (solitario, diádico hacia una persona atractiva y diádico hacia una pareja) predice la excitación sexual subjetiva hacia estímulos sexuales que varían según el sexo preferido del observador y el contenido erótico del estímulo.

En una encuesta on-line anónima se evaluó el nivel de deseo sexual rasgo usando el Inventario de Deseo Sexual (SDI; Spector et al., 1996; adaptación de Moyano et al., 2017). Se presentaron individualmente 60 estímulos sexuales (eróticos y no eróticos) de personas de ambos sexos y se evaluó el nivel de arousal sexual subjetivo en cada uno en 177 participantes cisgénero (72 hombres ginéfilos y 105 mujeres andrófilas) entre 18 y 30 años en una relación de pareja estable.

El deseo sexual hacia persona atractiva predijo significativamente la excitación sexual subjetiva hacia estímulos sexuales eróticos del sexo preferido en hombres y mujeres con diferencias en la especificidad de género ($F = 14.04$; $gl = 1,169$; $p = <.001$). A medida que el deseo sexual hacia persona atractiva aumenta, esta relación era más específica del género en los hombres ($z = 16.36$; $p = <.0001$), y más inespecífica (tanto hacia el sexo preferido como hacia el no preferido) en las mujeres ($z = -3.17$; $p = .0083$).

Aunque la excitación sexual hacia estímulos eróticos del sexo preferido fue mayor en comparación con estímulos no eróticos ($F = 51.88$; $gl = 1,286$; $p = <.0001$), independiente del contenido del estímulo, en las mujeres un mayor nivel de deseo sexual solitario predijo una mayor excitación sexual subjetiva hacia los estímulos sexuales preferidos, un patrón inverso se encontró en los hombres ($F = 4.29$; $gl = 1,169$; $p = .04$).

Concluimos que el rasgo relacionado con la búsqueda de deseo sexual en solitario y con personas atractivas (no pareja), afecta la experiencia de excitación sexual subjetiva ante estímulos sexuales eróticos y no eróticos de hombres y mujeres en relaciones estables. En general tener niveles altos de estas dos dimensiones del deseo sexual rasgo tiene efectos positivos en la excitación sexual hacia estímulos sexuales, con mayor impacto en las mujeres. Esto es relevante en la comprensión de las disfunciones sexuales relacionadas con la respuesta sexual hacia estímulos sexualmente competentes.

74. Exploración de puntos de corte para la Female Genital Self-Image Scale- Spanish (FGSIS-S)

Hospital Universitario 12 de Octubre

Autores/as: Bartolomé Mateos Alba¹, Villalaín González Cecilia², Tejerizo García Álvaro³

Correo electrónico de contacto: abarteos@gmail.com

Objetivos

Explorar posibles puntos de corte para la Female Genital Self-Image Scale (FGSIS-S) que sugieran mujeres preocupadas por su aspecto genital y/o que hayan considerado una cirugía estética genital (más frecuentemente labioplastia).

Material y método

La FGSIS-S es una escala validada en español por nuestro grupo de trabajo, y desarrollada a partir de la FGSIS original, que mide la percepción sobre la propia imagen genital en mujeres. Consta de 6 ítems con respuestas tipo Likert del 1 al 4, con una puntuación total de 24. Las puntuaciones más altas representan una actitud más positiva hacia la propia imagen genital.

Se analizaron las respuestas de 200 mujeres entre 18 y 70 años, de habla nativa española, no embarazadas, sin patología vulvar ni patologías graves, que acudieron a las consultas de ginecología del Hospital 12 de Octubre, entre marzo y mayo de 2021.

Se realizó un cuestionario online que incluía la FGSIS-S y mediante las preguntas “¿le preocupa su aspecto genital?” y “¿ha considerado realizarse una cirugía estética genital?”, se estratificó el resultado de la puntuación total de FGSIS-S.

La sensibilidad y especificidad fueron evaluadas mediante regresión logística y el área bajo la curva ROC (AUC).

Resultados

La puntuación total de FGSIS-S fue capaz de detectar correctamente a las mujeres preocupadas por su imagen genital: AUC 0,81 (95% CI 0,75-0,87), y a las que se planteaban una cirugía estética genital: AUC 0,81 (95% CI 0,72-0,88).

El punto de corte para detectar con una sensibilidad del 90% a las mujeres preocupadas fue 21 y para una especificidad del 90% fue 17, encontrando el mejor balance entre sensibilidad (51,6%) y especificidad (91,6%) en 17. Los puntos de corte se muestran en la tabla 1.

En las mujeres que habían considerado cirugía, el punto de corte con una sensibilidad del 90% fue 21,

y 15 para una especificidad del 90%, mostrando 17 el mejor balance entre sensibilidad (72,0%) y especificidad (81,1%). Los puntos de corte se muestran en la tabla 2.

Conclusiones

Consideramos que 17 puede ser punto de corte adecuado para detectar mujeres preocupadas por su aspecto genital o que estén considerando una cirugía estética. Estas mujeres podrían ser susceptibles de intervenciones de counseling, como recomiendan las principales sociedades científicas de ginecología y obstetricia. Serían necesarios más estudios para validar nuestros resultados.

75. Predictores del uso del condón desde el modelo de Información, Motivación y Conducta. Una comparación entre jóvenes sordos y oyentes

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Autoras: Pérez-Bautista Yuma Yoaly, Robles-Montijo Silvia Susana Robles, Bárcena Gaona Susana, Corona-Guevara Laura Alejandra⁴ y Guevara-Benítez Carmen Yolanda

Correo electrónico: yuma.yoaly@iztacala.unam.mx

Resumen

Objetivo. Comparar entre jóvenes oyentes y sordos, los factores que predicen la intención de uso del condón, usando como marco teórico-metodológico el Modelo de Información, Motivación y Conducta.

Método. A través de un muestreo no probabilístico por cuotas, participaron 442 jóvenes sordos y 442 oyentes de 10 estados de la República Mexicana, 43.9% (n=388) fueron mujeres, con una edad promedio de 20.35 (DE=4.142) años. Los instrumentos fueron aplicados con el apoyo de un panel de encuestas, que fue previamente capacitado para la diseminación de un cuestionario programado en web que incluía cuatro escalas que exploran el nivel de comunicación con padres y madres, el apoyo y supervisión parental, y las fallas que se cometen al usar el condón; dos pruebas de conocimientos, una sobre el uso correcto del condón y otra sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), un instrumento que evalúa la autoeficacia en el uso correcto del condón, y un indicador sobre la intención de usar condón en los próximos seis meses. Los datos fueron analizados con el programa SPSS V-27; se emplearon análisis de diferencias de grupos y regresión.

Resultados. Se encontró que los jóvenes sordos puntuaron por debajo de la media teórica en todas las

variables evaluadas; al comparar sus puntajes con los de la población oyente, se observa que los jóvenes sordos presentaron un menor nivel de conocimientos en el uso correcto del condón ($t=-14.9$, $p=.000$) e ITS ($t=-5.9$, $p=.000$), reportaron percibirse menos autoeficaces para usar correctamente el condón ($t=-21.2$, $p=.000$), tener menor comunicación con sus padres ($t=-3.3$, $p=.001$) y madres ($t=-5.8$, $p=.000$) y percibir recibir poco apoyo y supervisión de ambos padres ($t=-9.4$, $p=.000$). También declararon haber cometido más fallas al usar el preservativo ($t=12.9$, $p=.000$) y una baja intención de usar condón en los siguientes seis meses ($t=-16$, $p=.000$). En las personas sordas los predictores de intención de uso del condón fueron la autoeficacia, la comunicación con madres y el apoyo y supervisión parental, mientras que, para la población oyente lo fueron las experiencias de fallas en el uso del condón, que disminuyen su intención de uso.

Conclusiones

Esta investigación aporta evidencia sobre las diferencias entre la población sorda y oyente mexicana, el papel de los padres en la salud sexual de sus hijos sordos y la relevancia de las experiencias previas en el terreno de la salud sexual (autoeficacia y fallas en el uso del condón). Se proponen intervenciones basadas en evidencia que involucren a padres y se entrenen habilidades.

*Proyecto financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT - IN307321)

GÉNERO Y DIVERSIDAD

76. Sexualidades diversas

Autora: Pérez Restoy, Lourdes.

Correo electrónico: lourdesperezrestoy@gmail.com

Resumen:

Cuando hablamos de diversidad funcional las sexualidades suelen estar en un segundo plano, relegadas ante la urgencia de los tratamientos, las intervenciones o instituciones por las que atraviesan dichas personas. Aún hoy en día la autonomía sexual de las personas con diversidad funcional se ve afectada, no pudiendo llevar a cabo relaciones vinculares o sexuales en espacios de intimidad y elección propios. Desde las áreas interdisciplinarias de atención por las cuales atraviesan familias y personas con diversidad funcional, la sexualidad, el deseo, la erótica y la intimidad de dichas

personas queda de lado, apareciendo por momentos “de sorpresa” donde la preocupación suele ser como paliar dicho comportamiento y no el cómo acompañarlo.

Desde el área de sexología en la cual se enmarca mi trabajo aparece la demanda de profesionales y familias en cómo acompañar a las personas con diversidad funcional sin referencias anteriores y con miedos a la hora de la práctica. La intención de este taller es conocer y tener herramientas para acompañar las necesidades, gustos y deseos de las mismas personas con diversidad funcional, siendo ellos quien redireccionen su sexualidad, desmitificando el rol de asexualidad o hipersexualidad socialmente impuesto.

Se hace notoria la falta de recursos formativos para familias y profesionales que las acompañan dentro del campo de la diversidad funcional. Este encuentro quiere trabajar sobre esas carencias primando los derechos sexuales y reproductivos, recogidos como derechos humanos fundamentales, ya que son los más violentados y negados a las personas con diversidad funcional, negando de esta manera cualquier tipo de sexualidad e intimidad o, en los peores casos, invadiéndola.

Es indispensable cambiar la visión del modelo médico rehabilitador, en el cual, hoy en día siguen apareciendo prácticas de atención y abordaje dentro de este campo, e introducir el modelo social de la diversidad funcional por lo que tomaremos como base los acuerdos del foro de vida independiente, recordando siempre que los recursos y herramientas deben surgir del mismo colectivo en el que los profesionales acompañemos y no dirijamos las elecciones de vida de las personas con diversidad funcional.

Objetivos:

- Generar un espacio de reflexión ante las prácticas profesionales interdisciplinarias que acompañan a personas con diversidades funcionales.
- Conocer conceptos básicos de la sexología y la educación sexual para el acompañamiento a las personas con diversidad funcional.
- Fomentar la creación de herramientas y apoyos para el campo de la disciplina con enfoque de género.
- Identificar tipos de violencias sexuales y vinculares en personas con diversidad funcional.
- Garantizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las personas con diversidad funcional.

Material:

- Equipo de música.
- Sala de reuniones/salón. Espacio amplio que permita el movimiento.

Tiempo estimado: 1hs/reloj.

Metodología:

El proyecto se llevará a cabo teniendo en cuenta la metodología constructivista, generando a través de las experiencias compartidas herramientas para el abordaje de la temática. El encuentro se realizará en formato taller, donde se priorizará la pedagogía de la pregunta, tras una primera parte de información básica y conceptos necesarios para ahondar en la temática.

77. Esencialismo sexual y autoestima de género: efecto sobre la diferenciación intergrupal y el Doble Estándar Sexual

Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Universidad de Granada (España)

Autores/as: Muñoz-García Laura Elvira, Sierra Juan Carlos, Rondón del Pino Raquel, Gómez- Berrocal Carmen

Correo electrónico: noselaura@correo.ugr.es

Resumen:

Introducción. En relaciones heterosexuales, la distintividad del endogrupo es importante para la autoestima de género. El esencialismo sexual (i.e., considera las diferencias entre hombres y mujeres innatas) supone una amenaza baja para la distintividad del endogrupo, por tanto, reducirá los prejuicios sexuales y la diferenciación del endogrupo (vs. exogrupo), sobre todo en los hombres.

Objetivo. Analizar el efecto, sobre el Doble estándar Sexual (SDS) y la diferenciación intergrupal, del sexo, la autoestima de género y las normas esencialistas.

Material y Método. 181 estudiantes, asignados aleatoriamente a una de las 6 condiciones experimentales. Edad 16-26 años, $M = 20,81$ ($DT = 2,79$). El 58,6% mujeres y 41,4% hombres. Diseño cuasi experimental entre sujetos para examinar los efectos tres factores: sexo (hombre vs. mujer) y autoestima de género (alta vs. baja) de la persona encuestada y normas acerca de diferencias de género (esencialistas: hombres y mujeres son diferentes vs. no esencialistas: son iguales) sobre la adhesión a SDS, en el ámbito de la libertad sexual y del recato sexual, y sobre la diferenciación intergrupal en características psicológicas y sexuales (i.e., impulso sexual e importancia concedida a sentir placer sexual en relaciones heterosexuales). Para analizar los efectos

de las variables independientes sobre SDS se realizó MANOVA y sobre las medidas de diferenciación intergrupal se realizaron ANOVAs.

Resultados. La adhesión a SDS en el ámbito del recato sexual depende del sexo: los hombres defienden menos recato para su grupo que para las mujeres y las mujeres menos recato para las mujeres que para los hombres, y la interacción entre normas esencialistas y sexo: cuando las normas son no esencialistas los hombres (vs. mujeres) presentan mayor favoritismo endogrupal. Cuando la autoestima es alta las mujeres (vs. los hombres) reportan más diferenciación intergrupal psicológica. La diferenciación intergrupal en impulso sexual es mayor cuando las creencias son esencialistas (vs. no esencialistas). La diferenciación grupal sobre el placer sexual es mayor en las mujeres (vs. hombres), y cuando las creencias son no esencialistas (vs. esencialistas).

Conclusiones. Las normas no esencialistas facilitan el prejuicio sexual de los hombres (i.e., apoyo al SDS en el ámbito del recato sexual) y, en las mujeres, la diferenciación intergrupal en la importancia a sentir placer en relaciones heterosexuales. Las normas esencialistas favorecen, de igual modo en hombres y mujeres, las diferencias intergrupales en impulso sexual. La autoestima de género alta en las mujeres favorece la tendencia a la diferenciación intergrupal en características psicológicas.

78. Desarrollo sexual diferente, a propósito de un caso cadavérico

Departamento de Anatomía, Facultad de Medicina, Udelar. Departamento de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Udelar, Facultad de Medicina UCLAEH. Instituto de Genética Médica, Montevideo-Uruguay. Diplomatura en Medicina Sexual, Facultad de Medicina, Escuela de Graduados, Udelar

Autores/as: Lagrotta Natalia, Ramos Valentina, Vaglio Alicia, Citrin Estela, Burgues Sandra, Olivera Eduardo

Correo electrónico: natipaolagrotta@gmail.com

Resumen:

Objetivos: Dar a conocer uno de los preparados más antiguos del museo de anatomía, de la Facultad de Medicina, Udelar, Montevideo, Uruguay: caso singular de genitales ambiguos conservado en perfecto estado desde 1925. Realizar una actualización del tema y su importancia médica, social y legal.

Material y método: Se realizó una revisión narrativa. Se encontró la información en los archivos de Historia de la Medicina. Particularmente, la historia clínica y sus respectivas fotos fueron halladas en el “Libro del museo de anatomía normal, iniciado en marzo de 1925”.

Discusión:

Hasta hace algunos años el determinante para la asignación de sexo dependía del tamaño del falo, independientemente de los cromosomas y de las gónadas.

Los interrogantes por parte de padres y médicos hacían que se apresurasen en asignar un sexo, asumiendo la neutralidad psicosexual del recién nacido. Por lo que, antes existía una tendencia a asignar sexo femenino, mayoritariamente por la dificultad quirúrgica de construir un pene funcional.

En 2006 se sustituyeron términos como “hermafroditismo” y “seudohermafroditismo” por el de “trastornos o anomalías del desarrollo sexual”, manteniendo los “estados intersexuales” (Consenso de Chicago 2006 – Lee PA et al, 2006). Ante el rechazo de las personas afectadas, actualmente se define como Desarrollo Sexual Diferente (DSD).

Hoy en día se deben tener en cuenta múltiples factores incluyendo, además de lo anatómico, los aspectos funcionales y aquellos de naturaleza psicosocial y sexual.

En efecto, actualmente una cirugía de reasignación es condenada a nivel social y de todas las organizaciones. Las diferencias anatómicas no necesariamente tienen repercusión en la construcción del género. Los padres o el equipo médico, no se deben apresurar a asignar un sexo biológico hasta que se hagan estudios de cariotipo y/o moleculares para determinar anomalías genéticas, entre otros.

Esta situación ha llevado a replantearse una conducta expectante y estrechamente vigilante para posponer cualquier decisión hasta que el paciente (niño/a) exprese más claramente su identidad sexual individual con la adquisición de las primeras conductas de socialización.

Aun luego de tomar la decisión, es importante mantener un acompañamiento desde lo social y psicológico para evitar consecuencias no deseadas, tal como se observó en el “cruel experimento del Dr. John Money” (BBC, 25 noviembre de 2010).

Conclusiones: La educación al personal de salud sobre esta condición es fundamental para realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, con el objetivo de evitar complicaciones en la salud del recién nacido, al futuro individuo y su familia.

79. Demanda asistencial en la Unidad de Identidad de Género “Valencia Doctor Peset”

Hospital Universitario del Doctor Peset

Autor/es: Moreno Monzó, María; Grau Peñas, Andrea; Alberro García, Júlia; Mora Prat, Álvaro; Valderrey Ratia, Ainhoa; Baeza Mor, Tábata; Bosca Adame, Irene; Hurtado Murillo, Felipe

Correo electrónico: moreno.psicologia@gmail.com

Resumen:

Objetivo: Analizar la demanda asistencial de la Unidad de Identidad de Género (UIG) del Departamento de Salud Valencia-Doctor Peset, unidad de referencia de la provincia de Valencia (España).

Material y Método: Estudio transversal descriptivo en la población de personas con incongruencia de género que han solicitado atención sanitaria en la UIG desde los años 2012 hasta el 2021. Las variables se han obtenido mediante revisión de historias clínicas y analizadas mediante el programa SPSS.21.

Resultados: La muestra total está compuesta por 859 personas. Se analizan los datos recogidos de 802 personas atendidas, excluyéndose 57 casos por falta de información y contando como valores perdidos. La evolución de la demanda a lo largo de los años ha sido la siguiente: en 2012 se atendieron 16 casos; en 2013, 25; en 2014, 24; en 2015, 53; en 2016, 63; en 2017, 101; en 2018, 108; en 2019, 151; en 2020, 97; y en 2021, 164. En cuanto a la identidad, se observa una mayor demanda de hombres trans (N=460; 57,4%) en comparación con la de mujeres trans (N=319; 39,8%), siendo esta la tendencia desde 2016. A partir de 2019 se registran por primera vez sujetos con otras identidades (género no binario y variantes de género) (N=23; 2,9%). Por otro lado, la edad media de los participantes es de 20,44 años, siendo el rango de 3 a 66 años. Dividiendo por grupos de edad, entre los 3 y los 11 años se engloban el 10,6% de los sujetos (N=85); de los 12 a los 17, el 34,29% (N=273); de los 18 a los 25, el 34,91% (N=280); y los mayores de 25 años representan el 20,44% del total (N=164).

Conclusiones: Desde la creación de la UIG hasta la actualidad ha habido un aumento progresivo de la demanda, excepto en 2020 debido a la situación de pandemia. En los últimos años la asistencia ha sido mayor en hombres trans. La mayoría de personas atendidas han sido adolescentes y adultos jóvenes.

80. Experiencias de niños, niñas y adolescentes trans en los sistemas de salud de Chile y Portugal.

Centro de Psicología, Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación, Universidad de Porto, Portugal

Autores: Parra-Villaruel Jaime, Rodrigues Liliana, Nogueira Conceição

Correo electrónico: jale76@gmail.com

Resumen

Introducción: niñas, niños, y adolescentes (NNA) trans no presentan dificultades médicas, psicológicas o psiquiátricas por el hecho de ser trans si no que los problemas que se les pudiera suscitar, especialmente para su salud mental, guardan relación directa con una sociedad que no les acepta, excluye, segrega y estigmatiza. Las intervenciones médicas afirmativas se asocian con una mejor calidad de su salud mental y bienestar general a lo largo de la vida. Chile no cuenta con una política de salud para población trans y el único protocolo existente, no incluye a NNA. Por su parte, la estrategia de salud para población LGBTI de Portugal no incluye a NNA trans.

Objetivo: explorar las experiencias de NNA trans en los sistemas de salud de Chile y Portugal y la influencia de estas en su proceso de construcción identitaria.

Material y método: investigación cualitativa con un abordaje social construccionista. Los y las participantes fueron 15 NNA trans entre 7 y 18 años de Chile y Portugal. Los datos son obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas y analizados siguiendo el modelo de análisis temático propuesto por Braun y Clark. Consentimiento y asentimiento informado fueron aplicados, según “Regulación de Protección de Datos de la Unión Europea”. Este estudio fue aprobado por el Comité de ética de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Porto.

Análisis de los datos: el tema “experiencias en el contexto de salud” fue compuesto por 4 códigos: (1) trato recibido en la consulta de salud; (2) apoyo psicológico; (3) conocimiento, motivaciones y opiniones sobre intervenciones médicas trans específicas y (4) patologización. Las experiencias en salud están marcadas negativamente por el trato en su género asignado. Conscientes de los riesgos, buscan realizarse intervenciones médicas para conseguir la armonía con su cuerpo y encajar dentro de los parámetros binarios establecidos. El apoyo psicológico no siempre es positivo debido a la falta de preparación profesional.

A pesar de todos y todas haber recibido por lo menos apoyo psicológico, tienen muy incorporado en su relato el concepto de disforia de género.

Conclusiones: Chile y Portugal deben diseñar una estrategia para otorgar atención a la población infantil y adolescente trans. Esta debería incluir protocolos de atención, capacitación y/o especialización de equipos de salud, mejorar el trato y disponer de intervenciones médicas acordes con cada etapa del desarrollo y necesidades individuales. Todo esto desde un enfoque despatologizante de la salud trans.

81. Argumentos sobre el género y la sexualidad en un Centro de Pruebas y Asesoramiento (CTA); visión de los profesionales por parte del gestor.

Autores: Yamaçake; Alexandre, Sousa; Cristoffer William, Belo Rocha; Miranda Elaine

Introducción: En Brasil el CTA tiene un papel estratégico para la ampliación del acceso de las poblaciones clave (hombres gay, hsh, travestis, mujeres y hombres trans, trabajadores sexuales), segmentos con mayor vulnerabilidad al VIH entre otras ITS, proporcionando así la reducción de nuevas infecciones. A diferencia de otros países, como los Estados Unidos, que insisten en las políticas de abstinencia, monogamia y sexo seguro, Brasil actúa en la política de Prevención Combinada, siendo una estrategia que juega de forma concomitante diferentes enfoques de prevención (biomédica, conductual y estructural) para responder a las especificidades de determinados segmentos de población. En Brasil la transmisión del VIH es por vía sexual y en este contexto son necesarias las discusiones sobre género y sexualidad, entre los profesionales, en lo que llamamos consejeros. La actuación de estos profesionales es promover la adopción de medidas de prevención, reducir el impacto emocional y ampliar el acceso al diagnóstico en la tríada: prevenir, testar y tratar, además de los contextos reflexivos sobre sexualidad y género, desde la perspectiva de los derechos sexuales.

Objetivo: El objetivo es evaluar los discursos sobre género y sexualidad entre los consejeros del Centro de Pruebas y Asesoramiento de la ciudad de Diadema, Estado de São Paulo.

Metodología: En este proceso de trabajo participaron psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. Las actividades respectivas se dividieron en módulos: 1er módulo de búsqueda, selección y disponibilidad de materiales educativos e informativos, 2do módulo de

capacitación en atención interdisciplinaria a la población de travestis y transexuales y el 3er módulo la dirección impartió cursos, seminarios, para promover una mayor comprensión "sobre" el género y la sexualidad. Además de técnicas como el Role Play/Brainstorming y el uso de audiovisuales, fueron ofrecidos al grupo.

Resultados: En esta construcción discursiva, las palabras que introducen la postura esperada del orientador si se permiten en tener una escucha, aclaración, orientación, facilitación, sensibilización para una información más personalizada y que la comunicación sea clara, objetiva y estableciendo una relación de confianza permeada por la privacidad, el secreto y la confidencialidad, en la que el orientador tiene una actitud de escucha.

Conclusión: En este universo diverso existen dudas sobre la orientación sexual, los deseos y las prácticas sexuales y cómo influyen en la toma de decisiones. Se puede ver que la técnica de prevención combinada sólo será suficientemente eficaz si el orientador es transparente al explicar sus dudas para que el equipo pueda contribuir a apoyar el trabajo.

82. Psicopatología y factores concomitantes en personas con incongruencia de género

Hospital Universitario Doctor Peset

Autores/as: Baeza Mor, Tábata; Boscá Adame, Irene; Moreno Monzó, María; Grau Peñas, Andrea; Alberó García, Júlia; Mora Prat, Álvaro; Valderrey Ratia, Ainhoa; Hurtado Murillo, Felipe

Correo electrónico: ctmatabata@gmail.com

Resumen

El presente trabajo tiene como principal objetivo identificar la psicopatología previa y actual predominante en personas con incongruencia de género atendidas en la Unidad de Identidad de Género (UIG) "Valencia Doctor Peset", unidad de referencia de la provincia de Valencia (España). Los objetivos específicos han sido: analizar el tipo de asistencia recibida, uso de psicofármacos, presencia de ideación y gestos autolíticos, agresiones sufridas y consumo de tóxicos.

Se trata de un diseño descriptivo transversal de la población atendida en la UIG en la última década (2012-2021), un total de 859 personas. Los datos fueron recogidos mediante cuestionario, entrevista y revisión de historia clínica; y analizados estadísticamente mediante el programa SPSS.21.

La muestra total fue de 859 personas. Se excluyeron 57

casos por falta de información (contando como valores perdidos). Del total de la muestra final (N=802), 363 personas no tenían antecedentes previos en salud mental (45.3%), 208 habían acudido a psicología (25.9%), 56 a psiquiatría (7%) y 175 a ambos profesionales (21.8%). Asimismo, 392 personas tenían algún diagnóstico previo (48.88%) y 277 lo tenían en el momento actual de la recogida de datos (34.54%); siendo el más frecuente en ambos momentos temporales los trastornos de ansiedad (26.9% y 16.1% respectivamente). Al llegar a la UIG, 159 personas precisaban psicofármacos (19.8%), especialmente antidepresivos (11.7%); mientras que, en el pasado, 264 los utilizaron en alguna ocasión (32.2%), principalmente ansiolíticos (21.1%). En el momento de la evaluación, 193 personas consumían tabaco (24.2%) y 64 THC (8%), mientras que previamente eran 157 (19.7%) y 71 (8.9%). En cuanto al suicidio, 317 personas tuvieron ideación (39.5%), 103 lo intentaron (12.8%), 222 tuvieron ideas autolesivas (27.7%), y 169 se autolesionaron (21.1%). Por último, 382 personas sufrieron agresiones (47.6%), frecuentemente de tipo verbal por parte de desconocidos.

En conclusión, más de la mitad de la muestra fue atendida en servicios de salud mental, siendo más frecuente la asistencia psicológica. Casi la mitad han recibido un diagnóstico a lo largo de su vida, predominando ansiedad, seguido de depresión. Los psicofármacos más prevalentes en el momento de la evaluación eran los antidepresivos, aunque anteriormente primaban los ansiolíticos. La sustancia más consumida es el tabaco, seguido del THC. Las ideas suicidas y autolesivas son relativamente frecuentes, siendo menor el porcentaje que consuma el comportamiento, y casi la mitad de la muestra ha sufrido agresiones, principalmente verbales por parte de desconocidos.

83. Perfil psicológico de personas transgénero

Unidad de Identidad de Género "Vila-Real". Castellón de la Plana

Autoras: Soriano Izquierdo, Mireya y Esteve Biot, Vicenta

Correo electrónico: mireia.soriz@gmail.com o soriano_mirizq@gva.es

Resumen:

Objetivo: Conocer la evolución en el número de casos atendidos en la Unidad de Identidad de Género de Castellón y estudiar su perfil psicológico.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en

una cohorte de personas transgénero sin tratamientos previos de afirmación de género, seleccionadas por año de asistencia desde enero de 2016 hasta julio de 2022. Fueron recogidos los datos de 196 participantes mediante una entrevista estructurada y diversos cuestionarios evaluando: situaciones preocupantes, apoyo social, depresión-Beck, ansiedad estado-rasgo, calidad de vida-QLI- Sp, estrés y evitación social-SAD, miedo a la evaluación negativa-FNE, autoestima-EAE, personalidad y psicopatología-Millon-III y MMPIA y autoconcepto-LAEA.

Resultados: Incrementan los casos atendidos desde 16 en 2016 hasta 58 en 2021. La ratio transfemenina/transmasculino varía siendo en 2016 de 3/1 y en 2022 de 0,8/1. Psicopatológicamente, el 52'8% puntúa bajo en autoestima, 44,2% presenta un percentil (PC) menor de 50 en autoconcepto; el 30,8% presenta depresión, manifestando el 6,6% sintomatología grave; el 73,4% presenta un PC>50 en ansiedad estado y un 79,6% en ansiedad rasgo; el 17,8% puntúa alto en ansiedad social y 11,6% en estrés y evitación social. La media obtenida en calidad de vida es de 6,8 y la media en apoyo social es de 15,6 (moderado) aunque el 41,1% comunica percibir bajo apoyo social. En el MCMI-III para los adultos, se encuentran puntuaciones clínicamente relevantes (PC>75) en las variables de ansiedad, evitación, distimia, depresión, narcisismo, bipolaridad, trastorno delirante, paranoidismo, trastornos del pensamiento, depresión mayor y dependencia a sustancias. En el MMPI-A para los/as adolescentes, se observan puntuaciones clínicamente relevantes (PC>65) en las escalas de evitación social, malestar social, introversión social, timidez y depresión. Las preocupaciones más relevantes son: el tono de voz indeseado y la preocupación en relación al propio cuerpo. Por último, se preguntó por la orientación sexual y el rechazo de los genitales: el 81% responder ser heterosexual en destino y un 52,8% rechaza sus genitales.

Conclusiones: El número de casos ha ido aumentando, especialmente los hombres transgénero. Se observa psicopatología activa, principalmente del estado de ánimo y ansiedad, así como en evitación y paranoidismo. Esto podría ser resultado de sufrir acoso real. Además, destaca la introversión y malestar social en la adolescencia y la dependencia de sustancias en la adultez. La mayoría valoran tener buena calidad de vida y autoconcepto y moderado apoyo social.

VIOLENCIAS ESTRUCTURALES Y SEXUALIDAD

84. Experiencia en Madrid Salud con mujeres víctimas y supervivientes de trata con fines de explotación sexual (TFES).

Madrid Salud

Autores/as: Sánchez Sánchez, Maria, Maria José Guasch Villanueva, Marcos González Victoria, Violeta Tetilla Vicente, Llopis Sampetro Cristina, Cristina Clare Gallego de Lary, Maria Luisa Gámiz Gámiz, Maria José Muñoz Algar, Elielsi Ches Bell, Kenia Fernández Mora

Correo electrónico: sanchezsama@madrid.es

Resumen:

Objetivos

Compartir nuestra experiencia en Madrid Salud con mujeres víctimas y supervivientes de TFES.

Material y metodos

Revisamos casos de mujeres supervivientes de TFES, y entrevistamos al personal sociosanitario que trabaja con ellas.

Resultados

Durante 2021 y 2022 hemos valorado en la consulta a al menos 11 mujeres en distintos momentos de su proceso como víctimas/supervivientes de TFES. Acuden a consulta derivadas por distintas entidades que las acompañan, acogen, asesoran y tratan durante el tiempo que el proceso de recuperación precise. En nuestra consulta de Madrid Salud atendemos prioritariamente a personas vulnerables, y trabajamos en red y de manera coordinada con estas entidades.

Durante estos meses hemos atendido a mujeres rescatadas en aeropuerto, cuya vulnerabilidad, fragilidad física y actitud corporal es manifiesta en la primera consulta. En estos casos hacemos una atención muy cuidadosa, priorizando las demandas explícitas de la mujer, y demorando pruebas que sean excesivamente invasivas, o para las que la mujer no se sienta preparada, como puede ser una exploración ginecológica.

Cuando las mujeres llevan meses fuera del sistema de explotación, las demandas ginecológicas se multiplican. Refieren dolor pélvico y/o menstrual, y alteraciones del ritmo menstrual con frecuencia. En la mayoría de los casos sin causa orgánica objetivable. Trabajamos con

ellas el autocuidado, y el autoconocimiento.

Atendemos también a mujeres que han llegado al final de su proceso de recuperación, y nos consultan porque necesitan anticoncepción por nuevas parejas, o por deseo de embarazo.

En la consulta nuestra prioridad es poner a la mujer en el centro, respetando sus límites (corporales y emocionales) y creando un clima de confianza, donde puedan ir trabajando su autoestima, y recuperando el control de su vida.

La experiencia global es muy positiva, y las compañeras sociosanitarias opinan que es importante este tipo de atención para la recuperación de las mujeres víctimas de TFES.

Conclusiones

Las mujeres víctimas de TFES sufren graves daños en su salud global, salud sexual y reproductiva, y salud mental.

La experiencia nos dice que la actitud corporal, la salud mental y la expresión física del dolor depende mucho del momento del proceso de recuperación en el que se encuentran las mujeres. En algunos casos, tras años de trabajo, y con el apoyo adecuado, las mujeres consiguen recuperar su dignidad, su actividad sexual, e incluso su deseo de maternidad.

85. Agresiones sexuales a mujeres que ejercen prostitución. Nuestra experiencia en Madrid Salud.

Madrid Salud

Autores/as: Sánchez Sánchez María, Marcos González Victoria, Llopis Sampedro Cristina, María José Guasch Villanueva, Alba Sanchez Langreo, Alicia Rodríguez García, Carmen de la Merced Soriano de la Cámara, Rocío Martínez Sierra, María Dolores Ruiz León, Pedro Palenzuela Carrasco

Correo electrónico: marcosgv@madrid.es

Resumen:

Objetivos

Reflexionar sobre el riesgo de agresión sexual que sufren las mujeres que ejercen prostitución.

Material y métodos

Realizamos entrevista clínica a las mujeres que acuden a nuestras consultas de planificación y despistaje de infecciones de transmisión sexual (267 en el año 2022).

Resultados

Las mujeres que ejercen prostitución están en riesgo de sufrir agresiones sexuales, aunque raramente reconocen las agresiones como tales, y cuando sí lo hacen, su situación legal y social les impiden recibir la ayuda sanitaria y legal necesarias.

El lugar donde ejercen condiciona el riesgo. En nuestra experiencia las mujeres que ejercen en clubs refieren menos episodios conflictivos. Las mujeres que ejercen en pisos controlados (circunstancia más frecuente en este momento, motivado por los cambios de ley, y las restricciones por la COVID) son las que sufren más episodios de agresiones sexuales, siendo el *stealth* la práctica más frecuente. Además, han aumentado los casos de sumisión química, durante los que sospechamos que sufren también violaciones. Las mujeres que se desplazan a domicilio (las menos en nuestra experiencia) también tienen mucho riesgo de violación, y en algún caso secuestro. Las mujeres que ejercen en calle que acuden a nuestra consulta son las que menos refieren episodios de agresión sexual, y menos presión para no usar preservativo.

Asumimos que dicha observación tiene un sesgo importante, y es que las mujeres que ejercen en calle en peores condiciones son las que no llegan a nuestras consultas.

Conclusiones

El ejercicio de prostitución, independientemente de dónde tenga lugar, es una práctica de riesgo para sufrir agresiones sexuales, frente a las que las mujeres no reciben la atención sanitaria ni legal adecuadas.

Las agresiones sexuales se relacionan con peor salud global y sexual presente y futura, incluyendo lesiones genitales, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, dolor pélvico y disfunciones sexuales.

86. El papel del sexólogo en el proceso de recuperación de las personas víctimas de violencia sexual en España.

Madrid Salud

Autores/as: Marcos González Victoria, Sánchez Sánchez María, Jurado López Ana Rosa, Llopis Sampedro Cristina, Guasch Villanueva María José, Claré Gallego de Lary Cristina, Muñoz Algar María José, Rodríguez García Alicia, Palenzuela Carrasco Pedro, Gámiz Gámiz María Luisa, Martínez Sierra Rocío, Ruiz León María Dolores, Fernández Mora Kenia, Ches Bell Elielsi, Tetilla Vicente Violeta, Ceballos Medina Ana, Sánchez Langreo Alba, Martínez Espamer Ezequiel, Yeregui Etxeberria Elena

Correo electrónico: marcosgv@madrid.es, vmarcosg@gmail.com

Objetivos

Reflexionar sobre el papel del sexólogo durante el proceso de recuperación de las víctimas de violencia sexual, analizar la situación actual en España y la necesidad de implementar esta figura de forma institucional.

Material y metodos

Revisión de la literatura para analizar las necesidades desde el punto de vista sexológico de las personas que sufren o han sufrido violencia sexual y los recursos existentes en España actualmente que ofrecen esta cobertura.

Resultados

El 13,7% de las mujeres mayores de 16 años en España han sufrido violencia sexual a lo largo de su vida, según datos de la Macroencuesta de Violencia contra la mujer de 2019.

En nuestras consultas de Madrid Salud atendemos a personas con situación de vulnerabilidad, entre las que se encuentran aquéllas que son o han sido víctimas de violencia sexual en algún momento de su vida. Les realizamos revisiones ginecológicas, despistaje de infecciones de transmisión sexual, asesoramiento anticonceptivo, prenatal y asesoría sexual cuando lo demandan. Estas pacientes padecen disfunciones sexuales hasta en el 20 - 30% de los casos, según la literatura; siendo los más frecuentes trastornos del deseo, de la excitación, del orgasmo, trastornos por dolor, rechazo y mayor insatisfacción sexual.

Todas las comunidades autónomas españolas ofrecen asesoramiento y apoyo a nivel psicológico, jurídico y legal de forma gratuita para estas personas. Sin embargo, no existe un programa específico ni profesionales especialistas en sexología que puedan ofrecer una atención individualizada, de calidad y con una perspectiva de género en la esfera sexual.

Se prevé la apertura de Centros de Crisis 24 horas en todas las provincias de España para el año 2023 que prestarán atención psicológica, jurídica y social gratuita las 24 horas del día los 365 días del año. La creación de estos centros supone un gran avance para las víctimas. Sin embargo, tampoco cuentan con el apoyo de un especialista en sexología.

Conclusiones

Las disfunciones sexuales son muy prevalentes entre las víctimas de violencia sexual. Sin embargo, los recursos institucionales gratuitos ofertados a nivel estatal cuentan con asesoramiento y apoyo social, psicológico y jurídico

de forma exclusiva a fecha de hoy. En nuestra experiencia, creemos que la inclusión de la figura del sexólogo con formación específica en dicha materia y perspectiva de género, puede ser clave para la recuperación integral de estas personas.

87. Pautas jurídicas para la detección, registro y denuncia del abuso sexual infantil en los servicios de salud en Cuba.

Centro Nacional de Educación Sexual (Cuba)

Autora: Ivón Calaña Pérez

Introducción: La inexistencia de pautas jurídicas-victimológicas en lo relativo a la denuncia, a partir de que se conoce por prestadores/as de servicios de salud el abuso sexual infantil (ASI), es un aspecto a transformar de manera urgente, dado que el fortalecimiento de la preparación profesional y la regulación de las pautas metodológicas para el registro del diagnóstico presuntivo de abuso sexual infantil, no serían suficientes si no se regularizan las pautas para la denuncia, al permitir este proceso la debida e integral protección de las niñas, niños y adolescentes víctimas.

La autora concibe como pautas jurídicas-victimológicas las reglas y patrones de conductas con carácter prescriptivo que deben observar los y las profesionales de los servicios de salud para la detección, registro y denuncia del abuso sexual infantil, en coherencia con las normas y principios jurídicos que reconocen a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derecho.

Problema de Investigación: ¿Cómo contribuir a la detección, registro y denuncia del ASI en los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud en Cuba?

Hipótesis: La implementación de pautas jurídicas-victimológicas con carácter prescriptivo que deben ser observadas por los/as profesionales de los servicios de salud, garantizan la efectividad de la detección, registro y denuncia del ASI en los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud en Cuba.

Objetivo: Proponer las pautas jurídicas que garanticen la detección, registro y denuncia del abuso sexual infantil en los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud en Cuba.

Material y método: Métodos Teóricos: análisis-síntesis; derecho comparado y Método Empírico: Análisis de contenido y entrevista.

Muestreo y técnicas: 10 prestadores de salud que presten servicios para edades pediátricas en

especialidades de urología, ginecología, pediatría, psiquiatría y psicología. Experiencia profesional mayor a 5 años. Técnica: entrevista.

Investigación: jurídica, teórica.

Análisis de los datos: En el derecho comparado se analizaron normas jurídicas de Paraguay y España relativas a la atención y protección a las infancias, y se enfatizaron elementos conceptuales en torno a la víctima y el abuso sexual infantil; la atención integral y derechos de niñas/os; especialización de los profesionales que atienden a víctimas de abuso sexual infantil y el protocolo de diagnóstico y atención. En las entrevistas se exploró sobre la formación curricular de pre y la formación de postgrado; la asunción del abuso sexual infantil como un problema de salud y la experiencia práctica en la detección y denuncia de hechos de esa naturaleza. Se analizaron las disposiciones jurídicas cubanas vinculadas al tema.

Conclusiones:

Al sistematizar los referentes teóricos se advierte que no existe un consenso en la definición de ASI. Desde una perspectiva jurídica-victimológica, y a partir de la crítica de aproximaciones conceptuales examinadas, el ASI puede ser entendido como una manifestación de maltrato con fines sexuales a toda persona menor de 18 años, perpetrada por una persona adulta o por un niño/a o adolescente, donde priman elementos asociados a la coerción o asimetría de poder con relación al agresor, por razón de la edad, capacidad cognitiva y/o física u otras circunstancias del medio en que se encuentra y tienen como resultado la transgresión a su dignidad humana y a sus derechos —entre ellos— la salud, la autonomía, integridad y a una vida libre de violencias.

La víctima de ASI requiere de especial protección y para ello el Sistema Nacional de Salud desempeña un rol fundamental, los servicios de salud deben ser espacios oportunos para el reconocimiento de los derechos que les asisten por su situación de vulnerabilidad y la adopción de medidas garantes de su salud y bienestar.

Existen dificultades para la detección, registro y denuncia del ASI por prestadores/as de salud de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud cubano, las que se relacionan a continuación: deficiente formación de pre y post grado de las y los prestadores de salud; no concepción del ASI como un problema de salud; no utilización del Clasificador Internacional de Enfermedades CIE -10 para dejar constancia en la Hoja de Cargo y la Historia Clínica del diagnóstico presunto ASI; no existencia de pautas metodológicas para la comunicación del ASI a los y las representantes legales o familiares del niño, niña o adolescente, al director de

la institución de salud y a las autoridades con el encargo de persecución de delitos y no existencia de equipos multidisciplinarios para asesorar y coordinar acciones tendientes a la protección de la víctima.

Las pautas jurídica-victimológicas propuestas para los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud en Cuba están relacionadas con reglas y patrones de conductas con carácter prescriptivo que deben observar los y las prestadores/as de los servicios de salud, para la detección, registro y denuncia del ASI como un problema de salud, en coherencia con las normas y principios jurídicos que reconocen a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derecho.

88. Violencia de género en jóvenes en contextos de exclusión social a través de las nuevas tecnologías

1 Universidad de Huelva.

2 Centro de Psicología Integral SusanaRodVar

3 Universidad de Cádiz

Autor/es: García-Rojas, Antonio Daniel (1); Rodríguez-Vargas, Susana (2) y Del Río Olvera, Francisco Javier (3)

Correo electrónico: antonio.garcia@dedu.uhu.es

Resumen:

Objetivo:

Analizar y describir conductas y actitudes de violencia de género a través de las nuevas tecnologías que puedan ejercer o sufrir jóvenes destinatarios de proyectos en zona de riesgo de exclusión social de Huelva

Método:

Se trata de una investigación de tipo descriptiva que sigue un diseño transversal. Previo a la realización del cuestionario, se ha informado a las personas sobre el estudio, así como del anonimato de las respuestas. Se ha utilizado un muestreo no probabilístico deliberado, ya que la muestra ha sido seleccionada teniendo en cuenta una serie de características concretas, necesarias para la investigación, de forma que, los resultados no pueden ser generalizados. Concretamente, la muestra está conformada por 230 jóvenes de 16 a 24 años pertenecientes a entidades enclavadas en zona en riesgo de exclusión social (actuación preferente). Los cuestionarios se han pasado de forma telemática, enviando a cada persona el enlace mediante un mensaje.

Instrumentos:

- Cuestionario The Development and Validation of the Cyber Dating Abuse Questionnaire Among Young Couples, traducido al español.

- Escala de Perpetración, mediante la cual se pretende obtener datos sobre la cantidad de personas en edad joven que ejecutan formas de actuar violentas o agresivas.

Resultados:

Se puede observar cómo, en mayor medida las mujeres, sufren diferentes tipos de agresión por parte de sus parejas a través de las nuevas tecnologías. Excesivas llamadas de control, comprobación de las publicaciones, así como de las conexiones, envío de información íntima y privada y reiteradas amenazas son solamente algunas de las agresiones que se pueden encontrar en la investigación, siendo, además, resultados significativos.

Por tanto, se puede confirmar que existe violencia de género a través de las nuevas tecnologías en las parejas de jóvenes en riesgo de exclusión social.

Conclusiones:

Son muchos los agentes de influencia que tienen poder sobre las personas más jóvenes, por lo que se trata de un problema que debe abordarse desde edades escolares, para intentar conseguir la prevención, ya que, son diversos los estudios que demuestran que, en las relaciones de parejas en edad joven, aparecen conductas despectivas y degradantes hacia la mujer. Aun así, no resultan las instituciones las únicas responsables de trabajar esta problemática, pues, reciben información desde las redes sociales, el cine, las series... y la familia ocupa un lugar muy importante.

89. Indicadores de abuso sexual hacia jóvenes mexicanos *

Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Autores/as: Guevara-Benítez Carmen Yolanda, Pérez-Bautista Yuma Yoaly, Robles-Montijo Silvia Susana, Corona-Guevara Laura Alejandra y Bárcena-Gaona Susana Xóchitl.

Correo electrónico de contacto: cyguevara@unam.mx

Resumen

El objetivo fue investigar la frecuencia de cinco indicadores de abuso sexual hacia jóvenes mexicanos y analizar las variaciones según su zona de residencia y sexo. Participaron 2423 jóvenes, seleccionados por muestreo no probabilístico accidental, de 20 estados de la República Mexicana: 7 de zona norte, 6 de zona centro, 6 de zona sur y Ciudad de México. Se utilizaron dos instrumentos: 1) Datos sociodemográficos, para conocer: edad, sexo, estado civil, con quién viven, escolaridad y si trabajan o no, y 2) Abuso sexual, con cinco ítems para explorar

situaciones de abuso sexual. Se contó con la aprobación del comité evaluador de la Universidad Nacional Autónoma de México, que verificó el cumplimiento de las normas éticas; los participantes aceptaron colaborar firmando un acuerdo que garantizó su participación voluntaria y el tratamiento confidencial de la información. El instrumento fue aplicado en línea y el levantamiento de datos fue monitoreado y registrado en tiempo real. Se ubicó que el tipo de abuso que han sufrido con mayor frecuencia es que alguien haya tocado sus genitales sin que ellas(ellos) quisieran; 199 mujeres (16.3 %) y 167 hombres (13.9 %) respondieron afirmativamente a este ítem, sin diferencias por sexo. Los datos por región revelan que ese indicador de abuso sexual fue el de mayor frecuencia en todas las zonas geográficas, con diferencias por sexo solamente en la zona centro ($X^2=10.564$, $p=0.001$). El indicador con el segundo lugar en frecuencia fue alguien te ha obligado a tocar sus partes íntimas, donde respondieron afirmativamente 132 mujeres (10.8 %) y 79 hombres (6.6 %), con diferencias significativas ($X^2=13.411$, $p=.000$). El tercer lugar correspondió al ítem alguien te ha obligado a quitarte la ropa para verte desnudo o desnuda, la respuesta fue afirmativa en 95 mujeres (7.8 %) y 65 hombres (5.4 %). En cuarto lugar se ubicó después de la primera relación sexual has vivido abuso sexual, 71 mujeres (8.8 %) y 37 hombres (4.7 %) respondieron que sí; y el indicador con menor frecuencia fue la primera relación sexual fue forzada, ubicado en 58 mujeres y 29 hombres (7.2 % y 3.7 %). En los últimos tres indicadores se encontraron diferencias significativas por sexo. Se concluye que, aunque el abuso es mayor hacia las mujeres, también los hombres lo sufren, particularmente que alguien toque sus genitales sin su consentimiento. En la zona centro y Ciudad de México se ubicaron mayores proporciones de abuso en varios indicadores.

*Proyecto financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica de la UNAM (PAPIIT - IN307321).

90. Demanda asistencial de Psicología-Sexología en la Unidad de Referencia para la Cirugía Reconstructiva de la Mutilación Genital Femenina de la Comunitat Valenciana.

Hospital Universitario del Doctor Peset

Autor/es: Grau Peñas, Andrea; Moreno Monzó, Maria; Mora Prat, Álvaro; Hurtado Murillo, Felipe

Correo electrónico de contacto: andreagrau@gmail.com

Resumen:

Objetivo: Analizar las características de la población

atendida por la especialidad de Psicología-Sexología en la Unidad de Referencia para la Cirugía Reconstructiva de la Mutilación Genital Femenina (MGF) de la Comunitat Valenciana, ubicada en el Departamento de Salud Valencia-Doctor Peset. Esta Unidad está destinada tanto a la prevención y detección precoz de la MGF, como a la atención integral de las mujeres que la han sufrido y como consecuencia presentan problemas de salud. La labor del psicólogo-sexólogo consiste en realizar una valoración inicial a aquellas mujeres que desean someterse a una cirugía reconstructiva de clítoris, así como en ofrecer terapia psicosexual. Es la única de las tres unidades de referencia que hay en España que cuenta con un psicólogo especialista en Sexología y ha recibido el Premio Meninas 2021 contra la Violencia de Género de la Delegación del Gobierno.

Método: Estudio transversal descriptivo de las mujeres atendidas por Psicología-Sexología desde la creación de la Unidad (2016) hasta agosto 2022. Los datos se han obtenido mediante revisión de historias clínicas.

Resultados: Desde la creación de la Unidad, han sido asistidas por Psicología-Sexología un total de 43 mujeres. Los principales países de procedencia de las mujeres son Mali (N=9; 20,93%), Guinea-Conakri (N=7; 16,28%) y Nigeria (N=6; 13,95%). La media de edad a la que fueron sometidas a MGF es de 4,15 años (rango: 0-15), siendo el tipo II de MGF (escisión) el más prevalente (N=33; 76,74%). Respecto a la valoración que hacían las mujeres de su actividad sexual previa a la cirugía y la terapia, evaluada con la EVAS-M (Escala de Valoración de la Actividad Sexual en la Mujer) (N=39, 90,7%), la mayoría estaban bastante o muy insatisfechas (N=31; 79,49%). Raramente o nunca tenían deseo sexual (N=30; 76,92%), excitación (N=30; 76,92%), lubricación (N=32; 82,05%) u orgasmos (N=35; 89,64%) en las relaciones sexuales. Además, a menudo o siempre sentían dolor (N=27; 69,23%). Del total de la muestra, 25 mujeres han sido intervenidas de cirugía reconstructiva (58,14%), siendo la media de edad de 28 años (rango: 12-42).

Conclusiones: En la Comunitat Valenciana hay una notable presencia de mujeres que han sufrido MGF. La MGF tiene un grave impacto no sólo en su salud física sino también en su salud psicológica y sexual, lo que refleja la importancia de un abordaje multidisciplinar.

PANDEMIA

91. Calidad de vida, salud sexual, rehabilitación emocional y percepción del riesgo social. Una mirada retrospectiva sobre la producción científica latinoamericana 2020-2021. Una revisión sistemática.

Instituto Kinsey – Rosario – Santa Fe; Federación Sexológica Argentina, FESEA– Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario. Argentina

Autor: Carabaja, Juan José

Correo electrónico: juanjosecarabajal1@gmail.com

Resumen:

Objetivo: Relevar y analizar evidencias científicas situadas sobre el impacto pandémico de constructos, calidad de vida (C.V), salud mental y sexual (SMS), percepción del riesgo psicosocial (PRPsSc) en las poblaciones alcanzadas mediante la revisión y análisis de artículos científicos arbitrados. Contemplando que las poblaciones alcanzadas fueran autóctonas o migrantes en las regiones de Latinoamérica y el Caribe.

El presente trabajo es subproducto de un estudio de mayor alcance. Se utilizó el recurso metodológico de revisión sistemática de modo exploratorio. Se configuró la misma, creando la base de datos con documentos completos. Se procedió a la conversión de archivos en formato RIS-f, para su posterior mudanza a Rayyan Systematic Reviews. Este proceso permitió, la selección de la colección definitiva de publicaciones.

Método: La revisión sistemática, se sostuvo en los procedimientos ajustados a la Declaración PRISMA. Desde las bases de datos, Pub Med; LILACs y Redalyc.org. Se consideró la valoración crítica de las publicaciones, Moher et al., p.175 (2014), se llegó a una colección final de N=16 artículos del sitio Redalyc.org considerando el caudal de publicaciones latinas.

Resultados: Desde los nexos emergentes de los constructos principales (Cv, SS, PRPsSc, Rh E) resultaron analizadas las sub-dimensiones ligadas a, salud mental y sexual, pareja, estrés, ansiedad y depresión; etnia, raza, género, violencia; rehabilitación; teleterapia. Los enfoques teóricos más frecuentes han sido desde las

terapias de tradición cognitivo comportamental. Los artículos abarcaron un total de participantes de N= 2517 contemplando la diversidad de género.

Conclusiones: Los constructos, calidad de vida, salud mental, salud sexual y percepción de riesgo psico-social, fueron nexos entre sí, que derivaron en subcategorías de análisis tales como, estrés, ansiedad y depresión. Los contextos socio-antropológicos de las poblaciones alcanzadas, derivaron en variables sociales atravesadas por la diversidad de etnias, raza, género y violencia, durante el transcurso de la pandemia, confrontado a la adherencia de las medidas preventivas, el aislamiento y la incertidumbre. Por otra parte, la salud mental encontró abordajes con entornos virtuales de acceso remoto que pusieron en evidencia la eficacia de las tradiciones teóricas cognitivo comportamentales apostando al entrenamiento por parte de la psicología, de sociedades resilientes, que fortalezcan la adherencia a medidas de cuidado individual y comunitario.

92. Sexualidad durante la pandemia Covid-19. Proyecto I-SHARE

Hospital Universitario Doctor Peset

Autores/as: Mora Prat, Álvaro; Grau Peñas, Andrea; Hurtado Murillo, Felipe

alvaromora.psicologia@gmail.com

Resumen:

El objetivo principal del presente estudio es comprender la salud sexual entre la población adulta durante las restricciones sociosanitarias de la pandemia por la COVID-19. Más concretamente, se evalúa el impacto en la satisfacción de los participantes con su sexualidad, la función sexual (disfunciones sexuales) y la actividad sexual (relaciones sexuales, masturbación, sexting, visualización de pornografía y cibersexo).

Los datos de este estudio transversal se engloban dentro del proyecto I-SHARE ("Encuesta Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva en tiempos de COVID-19"), en el que participan un total de 33 países. Para la selección de participantes, se utilizó un muestreo de conveniencia y se descartaron aquellas personas que no cumplieran los criterios de inclusión: tener 18 años o más y vivir en España. Los participantes contestaron una encuesta en línea durante el confinamiento, que se distribuyó a través de redes sociales y que tenía una duración aproximada de quince minutos. Dicha encuesta recogía información sobre la sexualidad de los participantes antes y durante las restricciones sociosanitarias. En total, 286 personas

(221 mujeres y 65 hombres) compusieron la muestra final tras eliminar siete valores perdidos. La edad media fue de 34 años.

Los resultados mostraron que, de forma significativa, la satisfacción sexual de la muestra disminuyó y las dificultades relativas a las prácticas sexuales aumentaron durante las restricciones sociosanitarias. Por un lado, la actividad sexual con la pareja habitual se redujo en el 44.2% de los participantes, mientras que en el 43.7% se mantuvo igual. Por otro lado, la actividad sexual con parejas ocasionales no sufrió apenas cambios (se mantuvo igual en el 82.7%). El resto de variables tampoco experimentaron grandes alteraciones; algo más de la mitad de la muestra (52.1%) reconoció masturbarse con la misma frecuencia, el 73.2% continuó usando pornografía igual que antes, el 78.1% siguió practicando sexting y el 90.1% realizó cibersexo como siempre. Ser mujer resultó ser factor protector para las actividades en compañía (relaciones sexuales, sexting y cibersexo) y ser hombre para las actividades en solitario (masturbación y visualización de pornografía).

En conclusión, puede apreciarse que las medidas sociosanitarias impulsadas por la COVID-19 afectaron a algunas prácticas sexuales de la población española, como la satisfacción, las disfunciones sexuales y la frecuencia de actividad sexual con la pareja habitual. Otras actividades sexuales como las relaciones sexuales con parejas ocasionales, la masturbación, la visualización de pornografía, el sexting y el cibersexo apenas experimentaron cambios.

93. Efectos del confinamiento por la covid-19 sobre prácticas de sexting en jóvenes mexicanos.

Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Autoras: Corona-Guevara Laura Alejandra, Robles-Montijo Silvia Susana, Pérez-Bautista Yuma Yoaly y Guevara-Benítez Carmen Yolanda

alejandra.corona@iztacala.unam.mx

Resumen

El objetivo fue evaluar los cambios ocurridos en la frecuencia de prácticas de sexting durante el confinamiento por la Covid-19 en jóvenes mexicanos, e identificar diferencias relacionadas con su sexo, edad y experiencia sexual. La muestra estuvo conformada por 1142 participantes voluntarios de diez estados de la República Mexicana, con edades entre 15 y 26 años (promedio 20.49 años); el criterio de selección fue que alguna vez hubieran practicado sexting. Se utilizaron tres

instrumentos: 1) Datos sociodemográficos, para conocer: edad, sexo, estado civil, con quién viven, escolaridad y si trabajan o no; 2) Perfil del comportamiento sexual: si han tenido o no relaciones sexuales, características de su primera relación sexual considerando edad, planificación, lugar, tipo de pareja, uso de algún método anticonceptivo, número de parejas sexuales, frecuencia de relaciones sexuales y frecuencia del uso del condón, y 3) Componentes de las prácticas de sexting, con 16 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 4 puntos, y evalúan tres factores (F1: Respuesta al envío de archivos, incluyendo audios, videos y fotografías. F2: Envío de archivos, y F3: Respuesta al envío de textos). Se contó con la aprobación del comité evaluador de la Universidad Nacional Autónoma de México, que verificó el cumplimiento de las normas éticas; los participantes aceptaron colaborar firmando un acuerdo que garantizó su participación voluntaria y el tratamiento confidencial de la información. El instrumento fue aplicado en línea y el levantamiento de datos fue monitoreado y registrado en tiempo real. Se obtuvieron las frecuencias promedio de cada una de las 16 prácticas de sexting, antes y un año después de iniciado el confinamiento por la pandemia. Los datos indican que todas las prácticas de sexting evaluadas fueron realizadas en ambos momentos, y que 10 de ellas incrementaron su frecuencia, siendo significativos los aumentos en los tres factores. F1: Respuesta al envío de archivos (frecuencia antes 1.40, después 1.58; $t=-6.857$; $p<.001$), incrementando cuatro prácticas de recibir videos, fotografías y audios. F2: Envío de videos y fotografía (1.38/1.63; $t=-9.571$; $p<.001$), aumentaron cuatro prácticas. F3: Respuesta al envío de textos (1.88/1.91; $t=14.294$; $p<.001$), incrementando dos prácticas. Se identificaron algunas diferencias en función de sexo, edad y experiencia sexual. Los datos permiten concluir que sí hubo un efecto de la pandemia sobre la frecuencia de prácticas de sexting, y que los mayores incrementos se presentaron en el envío de videos y fotografías, seguido de respuestas al mismo tipo de material.

94. Consulta de sexología en tiempos de pandemia: la experiencia de un centro hospitalario del norte de Portugal.

Centro Hospitalario Universitário de São João (CHUSJ), Porto, Portugal.

Autoras: Alves Tânia, Mota Márcia.

Correo electrónico: tpvalves100@gmail.com.

Resumen:

Objetivos: Se pretende caracterizar la evolución de

las derivaciones a la consulta de sexología clínica de un centro hospitalario en Portugal, durante el período de pandemia en comparación con el año prepandemia, con el fin de comprender su impacto en la demanda de este tipo de consulta.

Material y método: Se analizó una cohorte de pacientes que fueron derivados a esta consulta en el período comprendido entre 2019 y 2021. Se extrajeron datos sobre: número de derivaciones, tasa de ausentismo, sexo, edad, estado civil, diagnóstico y entidades que realizaron la derivación.

Resultados: Durante el periodo analizado se realizaron un total de 278 derivaciones. En 2020, cuando comenzó la pandemia, vimos una caída de aproximadamente 30,77% en el número total de referencias en comparación con 2019. Por otro lado, en 2021 hubo un aumento del 96,83% respecto a 2020, traducándose una rápida recuperación en el número de consultas a valores en torno al 36,26% superiores a las cifras previas a la pandemia.

En cuanto al sexo, siendo inicialmente una consulta más solicitada por las personas del sexo femenino, se ha producido una homogeneización entre sexos desde el inicio de la pandemia. No hubo variación significativa en la edad de los pacientes derivados a la consulta, manteniéndose una tendencia hacia edades medias jóvenes (edad media entre 30,37 e 36, 62). La consulta es buscada principalmente por personas casadas/en unión de hecho y personas solteras, siendo que se asistió a una disminución de la demanda por parte de personas casadas/unión de hecho acompañada de un aumento significativo en la demanda por parte de personas solteras que buscan esta consulta.

Analizando los principales diagnósticos encontrados, la incongruencia de género se destacó por amplio margen en primer lugar, representando el 32,97% del total de diagnósticos en 2019, estabilizando en 2020 y aumentando al 46,77% en 2021.

Relativamente a las entidades de referencia, se destaca la medicina familiar, que en 2019 representó el 47,25% de todas las solicitudes de referencia y en 2021 representó el 48,39% de solicitudes.

Conclusiones: Hubo una caída abrupta de las derivaciones a esta consulta en 2020 tras el inicio de la pandemia, que se recuperó rápidamente tras la flexibilización de las restricciones en 2021. El perfil típico del usuario que acudió a consultas de sexología clínica durante la pandemia corresponde a una persona joven, soltera y con diagnóstico de incongruencia de género, referenciada por lo médico de familia.

95. Efectos tras 2 años de la Pandemia COVID-19 en la vida sexual de las parejas. Casos: Consultantes del Centro Bienus sexualidad humana.

Centro Bienus Sexualidad Humana Perú.

Autores: Stuart Helis Oblitas y Dubi De Ossa

Correo electrónico: dradubideoassa.es@gmail.com

El objetivo del presente estudio descriptivo no experimental transversal, es revelar que efectos se presentaron en la vida sexual de las parejas que asisten a la consulta del Centro Bienus tras 2 (dos) años de la pandemia del COVID-19. Específicamente, se describe el impacto en la satisfacción del ejercicio de la función sexual, el afrontamiento en diferentes variables sexuales y las secuelas de los conflictos económicos y sociales que pueden afectar la vida sexual. Se utilizó para el estudio el instrumento tipo encuesta auto aplicada con un cuestionario previamente estructurado, de 21 preguntas, de selección policitemia, cuya confiabilidad fue de 0,72 (Kuder –Richardson) y 0,73 (Alfa de Cronbach), la población aplicada fueron consultantes del Centro Bienus Sexualidad Humana, con una muestra de 100 encuestados, con un error de $\pm 5\%$ y un límite de confianza de 95%. Para la selección de participantes, se utilizó un muestreo intencional, seleccionando solo a los consultantes con pareja que venían al Centro Bienus desde antes o en el inicio del confinamiento, hasta la actualidad. Dicha encuesta recogía información sobre la vida sexual de los participantes después del confinamiento de la Pandemia COVID-19, La I parte, referida a los datos sociodemográficos, concluyó que en su mayoría son parejas entre 36 y 45 años, conviven juntos en una misma residencia, tienen de 3 a 6 años juntos como parejas; en la II parte del cuestionario, referido al comportamiento afectivo sexual, La mayoría, afirmaron tener conflictos antes de la pandemia, consideran insatisfactoria su vida sexual, desde que inicio la pandemia hasta la actualidad, refieren sentir menos deseos sexuales hacia su pareja, refirieron cambios significativos sobre la frecuencia de sus relaciones sexuales con su pareja, algunos afirmaron tras confinamiento insatisfacción sexual en pareja, buscaron otras alternativas para canalizar su deseo sexual a través de otras variables sexuales, refirieron que cuando la pareja no deseaba tener relaciones sexuales, utilizaban recursos personales para convencerlos, otros solo lo dejaban pasar, afirmaron que las relaciones sexuales en pareja tras el confinamiento significan algo importante que deben seguir practicando, En general, después de hacer al amor, refirieron sentirse con ciertos vacíos en

su interior, en su mayoría consideraron su ejercicio sexual después del confinamiento que ha sufrido cambios desfavorables, afirmaron conocer las zonas erógenas de ambos, la mayoría afirmaron que el varón tiene que satisfacer a su pareja sintiendo placer a través de los estimulación de los sentidos, y las hembras confirmaron que lo prefieren a través del preámbulo sexual, la mayoría afirmo que cuando ha sentido bajo deseo sexual por su pareja deja pasar el tiempo, hasta que vuelvan las ganas. En la parte III del cuestionario sobre los aspectos de conflictos económicos y sociales tras la pandemia, los encuestados en su mayoría afirmaron que: Aún en épocas de crisis económica y riesgos de contagio, es mejor seguir teniendo relaciones sexuales para mejorar el estrés, reafirmaron que la situación económica les genera más horas de trabajo y menos de actividad sexual, por lo que la mayoría considero que manifiestan mucho cansancio y se les quitan las ganas, finalmente reconocieron en su mayoría afirmativamente que después del confinamiento, hubo cambios en la intimidad que repercutieron en la sexualidad, por factores externos.

TECNOLOGÍAS Y SEXUALIDAD

96. La sexualidad en la tecnología y el cáncer.

Sociedad argentina de sexualidad humana (SASH)

Autora: Báez Romano, Lucía

Correo electrónico: sexologiauba@gmail.com

Resumen:

Los nuevos formatos que se han iniciado e instalado en atención a las personas que requerían asistencia psicológica, de terapia sexual y oncológica desde la pandemia tanto los consultantes como los profesionales de la salud, nos hemos adaptado a trabajar en forma online. Como ser, vía zoom, meet de Google, video llamada o llamada por whatsapp entre otros. Lo que tenemos aun vigente en la atención de pacientes es en forma online aun, híbrida o presencial.

Uno de los inconvenientes que creí que iba a tener era en la atención a pacientes oncológicos. Más aun, los pacientes que ya se encontraban en tratamiento sexo-oncológico presencial y de repente la pandemia nos convocó a utilizar las redes vía internet. Se logró mantener dichos tratamientos.

¿Qué pasaría, entonces, con los futuros pacientes que demandaban atención en plena pandemia?

Ilustraré en este trabajo libre la posibilidad de mostrar cómo la necesidad de contención y escucha pudo más que una atención netamente presencial, vía las redes sociales

mostrando ejemplos visuales y auditivos de pacientes que dieron su consentimiento para ser vistos.

Se trabajará, además, el temino “síndemia” desde la enfermedad de cáncer, sexualidad y covid 19.

Bibliografía:

1. Vidal y Benito, María del Carmen (2008). *Psiquiatría y Psicología del paciente con cáncer*. (Polemos)
2. Pretoro, M. D. (24 de junio de 2016). *Función sexual femenina, Afrontamiento e Imagen corporal en mujeres con cáncer. Un Estudio con Pacientes del Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo”*. Buenos Aires, Argentina: Tesis de doctorado.
3. Vanessa Cortí Barberá, Eva Rodríguez Bruzos, Sandra García Lumbreras, Valerie Buscemi. “Experiencia del paciente oncológico durante la pandemia COVID-19 y su opinión sobre la telemedicina” Artículo de Ediciones Complutense. *Psicooncología* ISSN:1696-7240
4. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.80796>
5. <https://www.infobae.com/americatendencias-america/2020/10/03/por-que-el-covid-19-es-una-sindemia-no-una-pandemia/>

97. Qué es WeSex y por qué mejora la vida sexual de las personas. Aplicaciones para la educación sexual digital.

Autoras: Bárbara García. Matias Escandarin.

Resumen:

Introducción: Las formas de conectarse evolucionan. La evidencia muestra que la falta de información en relación de salud sexual puede reducirse con la implementación de herramientas digitales masivas que lleguen a más personas, además de la educación sexual tradicional y la consulta de especialistas, puede ser un paso para acercar las ciencias del goce con el debate sexual social como un compromiso con el presente y el futuro. Propuesta: Históricamente la educación sexual estuvo relacionada con lo reproductivo y no dio herramientas en términos de goce es por eso que se crea en Argentina WeSexApp. Una plataforma de contenido en salud sexual por un lado con artículos realizados por profesionales de la salud y por el otro las propias personas usuarias escriben su parte abriendo debates públicos y encuestas sobre cómo relacionarse sexo-afectivamente. Los ejes temáticos son diversos pero cuentan con información sobre 1) anatomía y fisiología 2) pubertad y adolescencia 3) identidades 4) relaciones saludables 5) Derechos-Seguridad sexual 6) Placer 7) Herramientas de comunicación. Las métricas muestran 110.000 descargas, con un promedio de 10.000

personas usuarias activas por mes, y con un movimiento en redes sociales como Instagram de 43.000 seguidores. Todas las personas el 46% son de 25 a 35 años, el 22% de 18 a 24, el 21% de 35 a 44 7,5% de 45 a 54, constatados desde que se crea el el 26 de Mayo de 2021 a el 26 de Agosto de 2022. WeSex también tiene un diccionario sexual, un sector de preguntas frecuentes, y talleres online y presenciales para interactuar con la comunidad de una forma más profunda.

Comentario: Los sistemas de educación y salud sexual pueden verse beneficiados de esta herramienta tecnológica para brindar más allá de la consulta o el aula a quienes precisen información basada en la evidencia y espacios seguros para conocer personas. Conclusión: WeSex es una app que tiene como misión mejorar la vida sexual de las personas y crear una sociedad con más amor, diversidad y empatía. La plataforma contiene artículos sexoeeducativos escritos por profesionales, buscando abordar la sexualidad de una manera holística. Además, WeSex es una comunidad, en donde los usuarios pueden interactuar los unos con los otros y no solo leer los artículos escritos por profesionales, sino también comentarlos.

Buscamos el acceso al conocimiento, que es un derecho sexual universal y sumamos la posibilidad del intercambio de experiencias entre las personas.

98. Factores asociados a la ciberviolencia sexual en adolescentes de una preparatoria de Jalisco, México

Universidad de Guadalajara

Autoras: Cardona González Erika Ivette; Manjarres Posada Natalia Isabel; Villa Rueda Alma Angélica; Barbosa Martínez Rosalva del Carmen; Zamora Figueroa Cecilia Alejandra

erika.cardona2589@alumnos.udg.mx

Resumen:

Objetivo:

Identificar los factores asociados con la ciberviolencia sexual en adolescentes de 14 a 18 años de una preparatoria de Jalisco.

Material y métodos:

Se realizó un estudio correlacional, de corte transversal; con un muestreo por conveniencia. Para recabar los datos se utilizaron cinco instrumentos: una cédula sociodemográfica; la Escala de Cibervictimización Sexual (1); la Escala de sexting (2), la Escala de Supervisión de

Padres (3) y finalmente el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) (4).

Resultados:

Se obtuvo una muestra de 49 adolescentes escolarizados mexicanos, con una media de edad de 16.6 años ($DE=0.65$) 69.4% fueron mujeres y 59.2% se identificaron como heterosexuales. El 55.1% reportó haber vivido ciberviolencia sexual al menos una vez en su vida y 33.3% fue ejercida por personas desconocidas.

La ciberviolencia sexual se asoció significativamente con el sexting ($R=.397$, $p = < .01$), lo que sitúa a esta práctica como factor de riesgo para la ciberviolencia sexual en este contexto. Por otra parte, entre nuestros hallazgos no se encontró una asociación significativa con la supervisión de padres y el consumo de alcohol con la ciberviolencia sexual. Cabe mencionar que, en México, el inicio de consumo de alcohol es a los 17.9 años (5) y de acuerdo con estudios (6,7) la supervisión de padres, durante la adolescencia, es alta, especialmente por parte de la madre. Contar con este contexto cultural en el país podría dar explicación a los resultados encontrados.

Conclusiones:

La ciberviolencia sexual es un fenómeno del que aún no se habla con frecuencia, sin embargo, esto no quiere decir que no esté presente, especialmente en la población joven, quienes se encuentran cada vez más inmersos en el uso de nuevas tecnologías. Los hallazgos de nuestra investigación nos dejan ver que este tema aún tiene que ser explorado, puesto que tenemos altos porcentajes de personas que han vivido ciberviolencia sexual. Por lo que identificar los factores asociados, desde la salud pública, nos permitirá visualizar y direccionar acciones concretas para la prevención y atención de la ciberviolencia sexual.

Bibliografía:

1. Gámez-Guadix M, Almendros C, Borrajo E, Calvete E. Prevalence and Association of Sexting and Online Sexual Victimization Among Spanish Adults. *Sex Res Soc Policy*. 1 de junio de 2015;12(2):145-54.
2. Gámez-Guadix M, de Santisteban P, Resett S. Sexting among Spanish adolescents: Prevalence and personality profiles. *Psicothema*. febrero de 2017;29(1):29-34.
3. Dahlberg LL, Toal SB, Swahn MH, Behrens CB. Measuring Violence-Related Attitudes, Behaviors, and Influences Among Youths: A Compendium of Assessment Tools [Internet]. 2005
4. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Manual. Cuestionario de

Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT): Pautas para la Atención Primaria. 2001.

5. Comisión Nacional contra las Adicciones. Consumo de alcohol: prevalencias globales, patrones de consumo y variaciones estatales. 2016.
6. Díaz Morales K, Vallejo Casarín AG, Muñoz Portilla JF, Vargas Escobar LM, González de la O G, Guarnizo Tole M. Crianza parental y consumo de drogas en adolescentes escolares de Veracruz, México. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2018.
7. Cruz Cruz Y, Flores Herrera LM, Jiménez Flores J. Prácticas parentales y ansiedad como predictoras del consumo de alcohol en adolescentes. *Enseñ E Investig En Psicol*. 2019;55-64.

99. Aplicación interactiva de educación sexual infantil “Conociéndome” de CONSEXUAL.mx

Centro de Educación Sexual Integral (CESI-XDUCA)

Autora: Ureta Sánchez Giselle

Correo electrónico: cxduca@gmail.com

Resumen:

Se desarrolla una estrategia de intervención mediante el uso de las nuevas tecnologías como alternativa sustentable, debido a que en las últimas décadas el acceso a las TIC ha incrementado de forma considerable, teniendo un papel fundamental en la educación formal e informal, ampliando significativamente el horizonte de la transmisión de información y la comunicación para la comprensión y erradicación de las problemáticas de salud pública que se enmarcan en contextos socioculturales específicos, a través de la construcción narrativa digital de recursos actitudinales que acompañen las experiencias de las infancias desde el marco de los Derechos Humanos, la perspectiva de género y diversidad sexual.

La gestión de una herramienta tecnológica responde al planteamiento de una propuesta de intervención multidimensional en comunicación social, entendida como “un campo de estudios interdisciplinarios que investigan la información y la expresión, de los medios de difusión masivos y las industrias culturales”, que cohesiona la instrucción individualizada con la consideración del entorno y la motivación hacia la interacción comunicativa, orientada a articular de manera efectiva recursos preventivos dirigido a infancias, desde un modelo de calidad de excelencia que se apega al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad (México, 2014) que responde a las necesidades, cuestionamientos, intereses y expectativas

institucionales y de significación psicosocial.

El abordaje preventivo y de atención de calidad a las adolescencias y juventudes en materia de salud sexual y reproductiva, considera la sexualidad en función del desarrollo evolutivo de las dimensiones biopsicosocial, expresado a través de comportamientos, prácticas y valores, reflejan la vinculación afectiva en función de los significados de las experiencias.

Propuesta: Promover herramientas digitales para el autoconocimiento y cuidado del cuerpo en infancias desde una perspectiva integral, científica y educativa.

Comentario: La plataforma digital CONSEXUAL.mx aborda temas de educación sexual dirigidos a infancias, adolescencias, juventudes y familias, integrando a su vez, una aplicación interactiva de educación sexual infantil que permite abordar el tema desde la expresión de las emociones, hasta el tema de autocuidado en función de una cultura por la Paz y denuncia.

Sugerencias/recomendación: La consulta de la app es de fácil acceso a través de computadoras, puede utilizarse en tiempo asincrónico y tiene la ventaja de albergarse en una plataforma tecnológica de educación integral en sexualidad.

100. Herramientas tecnológicas y de Salud Digital para el abordaje de La Sexualidad: Experiencia de uso de un Aplicativo De Inteligencia Artificial

Asociación peruana de sexología, salud y educación sexual (APSSES)

Autora: Alvarado Ocrospoma, Lyzzeth Beatriz

Resumen:

Objetivos: Analizar la importancia de incorporar herramientas tecnológicas y de salud digital en el abordaje de la Sexualidad. Dialogar sobre la experiencia de uso de un aplicativo de Inteligencia Artificial (IA). Analizar la utilidad de este tipo de herramientas y la proyección a futuro en el área sexológica.

Materiales y Métodos: Análisis Crítico en base a Revisión bibliográfica de artículos de investigación; artículos de la OMS; información oficial sobre el aplicativo de IA “Miah”, proporcionada por los creadores; información obtenida de la experiencia de uso de esta.

Resultados: Actualmente se han ido incorporando a los diferentes procesos de atención en salud herramientas tecnológicas, de modo que facilite la atención a distancia

y acelere ciertos procesos de atención, lo cual también implica el área de la sexualidad.

El aplicativo “Miah”, resulta ser una alternativa muy interesante, tanto para el público usuario como para la comunidad de profesionales en el ámbito de la Sexualidad; ya que está basada en IA y análisis de datos que se expresan a través de un Bot humanoide.

Miah hace las veces de acompañante virtual en los procesos de búsqueda de bienestar femenino, así como la prevención o exploración de sus problemas sexuales; detecta el perfil de la usuaria, la problemática a solucionar y el nivel de gravedad. En forma de “counselling sexual”, se configuraría como una herramienta de apoyo a los especialistas en el área, haciendo también seguimiento de cada caso.

Cuenta con participación de profesionales expertos, a través de videos, audios y textos, que acercan a los usuarios, la información adecuada respecto a temas sexológicos y de salud sexual.

El gran potencial que tiene este aplicativo para conectar y derivar pacientes a los profesionales que brinden una atención oportuna, nos hace reflexionar sobre la necesidad de incorporar cada vez más a nuestro campo de acción, las herramientas tecnológicas y de Salud Digital. Sin duda una gran proyección para la Sexología y la salud sexual.

Conclusiones: Es imprescindible incorporar el uso de herramientas tecnológicas de salud digital al ámbito del estudio y atención de las sexualidades. Como parte de FLASSES, nos queda la ardua tarea de estar en constante monitoreo, revisión e impulso de estas herramientas. El presente trabajo brinda un ejemplo del uso beneficioso de un aplicativo en el ámbito de la Sexualidad y propone la creación de un grupo de trabajo que se enfoque en esta tarea.

PAREJAS Y CONSORCIOS AFECTIVOS

101. Modificaciones de la respuesta sexual en la mujer embarazada

Instituto de Sexología y Psicoterapia Amaltea

Autora: Navarro Gil, Celia

Correo electrónico: matrosexologia@gmail.com

Resumen:

Objetivos: El embarazo supone la aceptación y adaptación no sólo a la gestación sino también de los cambios sexuales. Las parejas experimenten

modificaciones en sus patrones sexuales debido a los cambios físicos, psicológicos, creencias erróneas y mitos, así como por la falta de educación sexual orientada al embarazo^{1,2,3,4}. El objetivo de esta investigación es conocer los cambios físicos y psicológicos que experimentan las mujeres en su respuesta sexual durante la gestación.

Material y Método: Se ha realizado una revisión bibliográfica y para ello se han consultado fuentes como Cuiden, Medline y Cochrane Library.

Resultados: La mujer gestante experimenta cambios físicos: aumento de peso y volumen corporal que pueden interferir en su autoimagen como algo positivo o negativo. Algunas mujeres refieren calambres y dolor en la parte media del abdomen tras tener un orgasmo siendo más característico del primer trimestre. Es frecuente la aparición de pequeños sangrados y sensación de escozor y quemazón con la penetración debido al aumento de vascularización.

Vemos variaciones en la respuesta sexual: el deseo es más bajo en primer y tercer trimestre. La fase de excitación se caracteriza por la ingurgitación de los labios mayores y la gran distensión de la vagina. En la fase de meseta aparece una reacción rashmáculopapular y la ingurgitación de la vagina es más intensa. El orgasmo objetivamente es más intenso y subjetivamente más satisfactorio, y puede aparecer irritabilidad uterina por las propias contracciones orgásmicas. Y la fase de resolución se caracteriza por la lentitud en la involución de la congestión vulvar y del rash.

En la esfera psicológica también se derivan aspectos que influyen en la sexualidad como la autoimagen, viendo que las mujeres que se perciben con mejor autoimagen se sienten más atractivas. Peculiaridades como ser un embarazo deseado, planificado, o llevar años en tratamientos de fertilidad también van a influir. Pero la gran mayoría de los problemas y disfunciones sexuales que aparecen en la gestación son por miedo a dañar al bebé. Fundamental, la comunicación en la pareja para poder comentar los sentimientos y miedos.

Conclusiones: En la vivencia de la sexualidad durante el embarazo influyen cambios corporales, a nivel genital, mamas, variaciones en el deseo, excitación u orgasmo, y también psicológicas como la autoimagen y el miedo.

Bibliografía:

1. Alonso LM. Pérez MA. Arias C. Figueroa N. Gamarra C. Martínez A. Sánchez L. Toscano A. Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la

ESE Prudencio Padilla Clínica Sur. Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte 2004; 18:7-10.

2. Alfaro J. Respuesta Sexual. Antofagasta: Universidad de Antofagasta. Departamento de Obstetricia; 2003.
3. Rodríguez FM. La sexualidad en el embarazo y el puerperio. AEEM 2011. (Acceso 7/11/2017); Disponible en: www.aeem.es/noticias/103.pdf
4. Serati M. Salvatore S. Sisto G. Cattoni E. Zanirato M. Khullar V. Cromi A. Ghezzi F. Bolis P. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. J Sex Med 2010; 7(8): 2782-90.

102. Factores influyentes en la vivencia de la sexualidad tras la llegada de un hijo.

Instituto de Sexología y Psicoterapia Amaltea

Autora: Navarro Gil, Celia

Correo electrónico: matrosexologia@gmail.com

Resumen:

Objetivos: El objetivo de esta investigación es conocer la vivencia de la sexualidad de las mujeres en los primeros meses tras el parto y establecer relaciones con posibles factores asociados.

En el puerperio se producen modificaciones a nivel físico, psicoemocional y social. Aunque el tipo de parto no siempre influye en la sexualidad postparto¹, sí lo hacen la experiencia del parto, el apoyo social, la importancia de la satisfacción de la pareja y la percepción del deseo en la pareja². En ocasiones la mujer sufre un trauma por violencia obstétrica, es importante reconocer sus sentimientos³.

Algunas mujeres demoran el sentimiento de deseo sexual porque necesitan tiempo para reencontrarse con sus cuerpos⁴.

La red de apoyo y la relación de pareja resultan importantes en el retorno de la actividad sexual⁵. Si la pareja aprende y comparte los cambios que ocurren durante la gestación, le resulta más fácil entender bajo una nueva perspectiva la sexualidad de la mujer⁶.

Material y Método: Estudio observacional, transversal y descriptivo. La muestra es de 178 mujeres que se encuentran entre los 3-4 y 7-8 meses postparto.

Para valorar la sexualidad femenina se han empleado los cuestionarios FSFI y MFSQ, que además, éste último se ha traducido al castellano.

En el análisis inferencial, se ha empleado el test de t de Student y Análisis de Varianza (ANOVA), aplicando la prueba de Bonferroni, para hacer comparaciones

múltiples con las medias de los grupos. Se ha considerado una $p < 0,05$.

Resultados: Las variables Autoimagen y Expectativas de futuro con la pareja, resultan ser las más significativas; seguido de Cómo cree que la ve la pareja y Estrés Percibido, en cambio, Número de hijos y Si continúa con lactancia materna en el momento actual son menos significativas.

Conclusiones: Estos resultados van en la misma dirección que diversos investigadores, aunque esta investigación aporta una mayor importancia a la parte psicológica que a la física, quizá porque hasta ahora no se incluían estas variables. La autoimagen, la relación de pareja y el estrés percibido durante el postparto tienen un papel relevante en la vivencia de la sexualidad durante los meses siguientes al nacimiento de un hijo.

Bibliografía:

1. Faisal-Cury A., Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A y Diniz SG. The relationship between mode of delivery and sexual health outcomes after childbirth. *J Sex Med.* 2015;12(5):1212-20.
2. Hipp LE, Kane-Low, L, y Van Anders S M. Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *J Sex Med.* 2012; 9(9):2330-41.
3. Olza-Fernández I. PTSD and obstetric violence. *Midwifery Today with International Midwife.* 2013;(105):48-9,68.
4. Abuchaim E.S.V. y Silva I.A. Vivendo la lactancia y la sexualidad en la maternidad: dividiéndose entre ser madre e mujer. *Ciênc Cuidado Saúde.* 2006;5(2):220-8.
5. Salim NR, Araújo NM, Gualda DMR. Cuerpo y sexualidad: experiencias de puerperas. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2010;18(4):732-739.
6. Carreras V y Laviña AB. Cambios físicos y emocionales en la relación de pareja tras el parto. *Enfermería Científica Altoaragonesa.* 2012;7: 2-10.

103. Cambios hormonales del hombre durante el embarazo y cómo podrían afectar a la sexualidad.

Autora: Aller Conde, María

Correo electrónico: mariaaller@hotmail.com

Resumen:

Objetivos: Es de sobra sabido que el embarazo para la mujer gestante modifica su mapa hormonal desde el

momento de la concepción¹. Mucho menos se conoce sobre los cambios hormonales del hombre durante el embarazo y sus consecuencias, aunque algunas investigaciones ya apuntan a esos cambios^{2,3}. El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer los estudios existentes sobre cambios que se producen a nivel hormonal en el hombre que acompaña una gestación y las posibles consecuencias en la respuesta sexual y en la sexualidad.

Material y método: Se ha realizado una revisión bibliográfica y se han consultado en fuentes como MedLine, Scopus, Cochrane Library.

Resultado: Ciertos autores proponen que el comportamiento paterno implica la activación de las mismas vías neuroendocrinas que generalmente están asociadas con la atención materna. Si consideramos que existen hormonas similares que están involucradas en el comportamiento materno y paterno, entenderemos que las hormonas de los hombres durante el embarazo, también deben sufrir modificaciones para favorecer la transición a la paternidad. Se ha observado que parte de las conductas paternas, tales como mostrar ternura hacia el bebé o cargarlo cuando llora, tienen un substrato hormonal. Las principales vías de investigación se centran en los niveles de testosterona, en los que se observa una disminución durante el embarazo que no recupera los niveles previos al embarazo hasta que el bebé comienza a caminar. Otras líneas de investigación reportan aumentos de prolactina y de cortisol. Todo este nuevo mapa hormonal está centrado en el cuidado de la descendencia. Por otro lado, los estudios en relación a la sexualidad del hombre durante el embarazo ponen su foco, en su mayoría, en la frecuencia de las relaciones sexuales viéndose disminuidas. En relación al factor deseo no se ve modificado y se reporta una disminución en la satisfacción sexual.

Conclusiones: El mapa hormonal del hombre que acompaña la gestación se ve modificado. Estos cambios suponen la preparación para la paternidad y el cuidado. Estos cambios podrían modificar la respuesta sexual durante este periodo.

Bibliografía:

1. Fleming, A.S., Ruble, D., Krieger, H., Wong, P.Y. 1997. Hormonal and experiential correlates of maternal responsiveness during pregnancy and the puerperium in human mothers. *Horm Behav* 31:145-158.
2. Gettler, L.T., McDade, T.W., Agustin, S.S., Feranil, A.B., Kuzawa, C.W. Do testosterone declines during the transition to marriage and fatherhood

relate to men's sexual behavior? Evidence from the Philippines (2013) *Hormones and Behavior*, 64 (5), pp. 755-763.

3. Wynne-Edwards, K.E., Reburn, C.J. 2000. Behavioral endocrinology of mammalian fatherhood. *Trend Ecol Evol* 15:464-468.

104. Sexualidad masculina en el tercer trimestre de la gestación y expectativas sobre la sexualidad en el postparto.

Autora: Aller Conde, María

Correo electrónico: mariaaller@hotmail.com

Resumen:

Objetivos: Existen pocos estudios sobre la vivencia de la sexualidad del hombre durante el embarazo de su compañera 1,2 y los que existen se centran en la sexualidad durante el postparto^{3,4}.

Por todo ello este estudio pretende acercarnos un poco más a la vivencia de la sexualidad de los hombres en el periodo de embarazo de sus parejas en cuanto a la satisfacción sexual vivida y el deseo percibido además de acercarnos a conocer las ideas preconcebidas sobre la sexualidad en el puerperio.

Material y método: Estudio observacional, transversal y descriptivo.

La muestra consta de 49 sujetos de parejas gestantes en el tercer trimestre de la gestación.

Resultados: El embarazo de la pareja en el hombre, modifica el mapa hormonal a la vez que modifica el de la madre. Sumado a este cambio, el proceso psicológico de paternización actual y los cambios físicos y de la sexualidad de la mujer pueden modificar aspectos de la sexualidad en el hombre.

En nuestro estudio hemos encontrado que la satisfacción sexual es percibida como alta y se mantienen por igual tanto en la satisfacción que se refiere a su propia

respuesta sexual como en la referida a la interacción con la otra persona. También se ha observado que los hombres de nuestro estudio se encontraban satisfechos con la frecuencia de las relaciones sexuales. El componente deseo sexual para nuestro estudio ha desvelado un nivel medio destacando que se observa un enfoque del deseo más centrado en la interacción con la pareja que en el deseo autoerótico.

En cuanto a las expectativas observamos que el 80% de los encuestados esperan un cambio en la sexualidad a la llegada del bebé, aunque casi la mitad de ellos esperan que se mantenga igual o incluso que mejore y que estos cambios se sucedan por causas de la madre. Cabe destacar también que este hecho era reconocido como poco importante para los padres en espera y que estaban dispuestos a posponer hasta que ambas partes estuvieran preparadas.

Conclusiones: Los cambios físicos en la gestación de la mujer, la modificación del mapa hormonal en ambos y el proceso de paternización pueden provocar cambios en la vivencia de la sexualidad del hombre. Son necesarios estudios sobre esta vivencia para abordar la información que se ofrece a las parejas.

Bibliografía:

1. Condon, J.T., Boyce, P., & Corkindale, C.J. (2004). The first time fathers study: A prospective study of the mental health and well-being of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 56-64. Retrieved from: <http://onlinelibrary.wiley.com>.
2. von Sydow, K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *J. Psychosom. Res.* 47, 27-49 (1999).
3. Williamson, M., McVeigh, C., Baafi, M. An Australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midwifery* 2008; 24: 99-107.
4. MacAdam R, Huuva E, Bertero C (2011) Fathers' experiences after having a child: sexuality becomes tailored according to circumstances. *Midwifery*. 27(5): e149-55.

AGENDA

Eventos / Events 2023

Febrero

9-11

4º Congreso Internacional de Sexología de Puerto Rico

Puerto Rico

<https://www.iseppr.com>

Mayo

5-6

XVI Congreso Español y Euroamericano de Sexología

Huelva (España)

<https://www.congresofess.es>

Noviembre

2-5

26º Congreso de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS)

Antalya (Turquía)

<https://was2023.org/en/>

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 el estudio.
- **Diseño:** Descripción del diseño básico del estudio (ensayo clínico aleatorio, estudio de casos y controles, ...) y sus características básicas si son relevantes (doble ciego, multicéntrico,...). Si no se corresponde con un diseño claro, deben indicarse sus características principales (transversal o longitudinal, prospectivo o retrospectivo, observacional o de intervención, controlado o no controlado,...).
- **Emplazamiento:** Lugar de realización del estudio y marco o nivel de atención sanitaria (atención primaria, hospitalaria, comunitaria, consulta privada...).
- **Participantes:** Características de los pacientes, criterios de selección, número de sujetos incluidos, número de no respuestas y abandonos producidos.
- **Intervenciones (en estudios de intervención):** Características principales, pauta de administración y duración de las intervenciones realizadas tanto en el o los grupos de estudio como en el o los de comparación.
- **Mediciones principales:** Principales variables del estudio, especialmente la variable de respuesta utilizada y el método de evaluación de la misma.
- **Resultados:** Principales resultados cuantitativos, indicando el tipo de medida utilizada, y su intervalo de confianza. Si es conveniente, incluir el nivel de significación estadística.
- **Conclusiones:** Principales conclusiones que se derivan de los resultados del estudio, incluyendo su aplicación práctica.
- **Palabras clave:** Mínimo: 3; máximo: 6.

Texto

Se recomienda la redacción en impersonal.

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

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

- Introducción

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

- Material y métodos.

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

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

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

- Resultados

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

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

- Discusión

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

- Agradecimientos

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

- Bibliografía

Se recomienda un máximo de 30 referencias bibliográficas.

Puntos básicos y esquema general del estudio

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

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

Material informático adicional

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

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

COMENTARIOS A ORIGINALES

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

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

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

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

ORIGINALES BREVES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

El texto se estructurará en los apartados:

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

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

CASOS CLÍNICOS

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

La estructura del texto será la siguiente:

- **Introducción**
- **Caso clínico** (si hay más de uno, se presentarán como caso 1, caso 2,...).
- **Discusión y conclusiones.**

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación (ver normas generales)
- Primera página (ver normas generales)
- Texto (máximo: 8 hojas DIN-A4 a doble espacio)
- Resumen
- Tablas y figuras (máximo: 4). (ver información complementaria).

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

El texto debe estructurarse en los siguientes apartados:

Introducción

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

Objetivos

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

Método

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

Discusión

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

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

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

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

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

REVISIONES

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

- Título descriptivo del artículo en una frase
- Referencia del artículo siguiendo las normas de Vancouver
- Resumen del artículo: entre 100 y 150 palabras, estructurado en los siguiente epígrafes: Objetivo, Método, Resultados y

Conclusiones

- Comentario: de extensión recomendada entre 100 y 150 palabras. Se permite incluir un máximo de 3 referencias bibliográficas. Además, en cada apartado se indicará si el aspecto específico comentado corresponde a etiología, diagnóstico, pronóstico, terapia, prevención, etc.

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

DERECHOS SEXUALES

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

ARTICULOS ESPECIALES

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

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

(con distinta denominación según contenido) :

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

CARTAS AL DIRECTOR

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

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

El **número máximo de autores** será de 4.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- TABLAS Y FIGURAS

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

Las tablas deben ser sencillas y no duplicarán información del texto. Constarán de un título breve que explique su contenido. Su estructura debe ser simple presentando la información en una secuencia lógica, con orden habitualmente de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo. Las filas y columnas deben ir precedidas de un encabezamiento corto o abreviado, que identifique el material que contiene. Si la tabla ocupase más de una página, los encabezamientos deben repetirse en cada una de ellas. Debe mantenerse coherencia en la puntuación o abreviaturas de las palabras, o en las unidades de medida o decimales de los datos numéricos. Es recomendable presentar solamente los dígitos significativos. Si se utilizan abreviaturas o símbolos, si no son autoexplicativos, deben explicarse con notas a pie de tabla. Si se incluyen datos que no proceden del estudio, debe señalarse con una nota que identifique la fuente a pie de tabla. Cuando se presenta más de una tabla, el formato será similar para facilitar su comprensión. Todas las tablas se mencionarán en el texto, y los datos que se presentan concordarán con los que se citan.

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

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

- 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.

- BIBLIOGRAFIA

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

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

Se evitará, en lo posible, la inclusión como referencias bibliográficas de libros de texto y actas de reuniones. No es aconsejable el uso de frases imprecisas como referencias bibliográficas no pudiendo emplearse como tales “observaciones no publicadas” ni “comunicación personal”, pero sí pueden citarse entre paréntesis dentro del texto.

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

Revista

1) Artículo ordinario

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

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

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

2) 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>

FICHA TÉCNICA 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO Oedien 2 mg/0,03 mg comprimidos recubiertos con película EFG 2. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** **Composición cualitativa y cuantitativa** Cada comprimido recubierto con película activo contiene 2 mg de dienogest y 0,03 mg de etinilestradiol. **Excipiente(s) con efecto conocido** Cada comprimido recubierto con película activo contiene 74,47 mg de lactosa. Cada comprimido placebo contiene 76,50 mg de lactosa. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA Comprimido recubierto con película Comprimido con principio activo recubierto con película: Comprimido recubierto con película biconvexo, blanco, cilíndrico, con un diámetro aproximado de 6 mm. Comprimido con placebo recubierto con película: Comprimido recubierto con película biconvexo, rosa, cilíndrico, con un diámetro aproximado de 6 mm **4. DATOS CLÍNICOS** **4.1. Indicaciones terapéuticas** • Anticoncepción oral • Tratamiento del acné moderado tras el fracaso de terapias tópicas adecuadas o tratamiento antibiótico oral en mujeres que deciden utilizar un anticonceptivo oral. La decisión de prescribir Oedien debe tener en cuenta los factores de riesgo actuales de cada mujer en particular, concretamente los de tromboembolismo venoso (TEV), y cómo se compara el riesgo de TEV con Oedien con el de otros anticonceptivos hormonales combinados (AHCs) (ver secciones 4.3 y 4.4) **4.2. Posología y forma de administración** Vía de administración: uso oral **Cómo tomar Oedien** **Blister con 28 comprimidos** • Los comprimidos deben tomarse en el orden indicado en el blister todos los días aproximadamente a la misma hora, con algo de agua si es necesario. La toma de comprimidos es continua. Deberá tomarse un comprimido diario durante 28 días consecutivos. Cada envase sucesivo se comenzará a usar el día siguiente después del último comprimido del envase anterior. La hemorragia por privación normalmente, empieza 2 o 3 días después de comenzar con los comprimidos placebo (última fila) y puede no terminar hasta que se empiece el siguiente envase. La mejoría evidente del acné suele tardar al menos tres meses y se ha notificado mejorías posteriores tras seis meses de tratamiento. Se debe evaluar a las mujeres de 3 a 6 meses después del inicio del tratamiento y periódicamente a partir de entonces para revisar la necesidad de continuar con el mismo. **Cómo comenzar a tomar Oedien** - Si no se ha usado un anticonceptivo oral previamente (en el mes anterior) Los comprimidos tienen que empezar a tomarse en el día 1 del ciclo menstrual natural de la mujer (es decir, el primer día de la hemorragia menstrual). Si se toma de manera correcta, la protección anticonceptiva se obtiene desde el primer día que se toma el comprimido. Si la toma del comprimido empieza entre el día 2 y el 5, se debe utilizar un método anticonceptivo no hormonal adicional (método barrera) durante los primeros 7 días de la toma de los comprimidos. - Si se ha usado antes otro anticonceptivo hormonal combinado (anticonceptivo oral combinado (AOC), anillo vaginal o parche transdérmico). La mujer debe empezar a tomar este medicamento preferiblemente al día siguiente al del último comprimido activo (el último comprimido que contiene los principios activos) del AOC previo, como muy tarde el día siguiente tras su intervalo habitual de descanso o con comprimidos con placebo de su AOC previo. En caso de que se haya usado anillo vaginal o parche transdérmico, la mujer debería empezar a usar este medicamento preferiblemente el día de la retirada, y como máximo el día en el que debería ponerse la siguiente aplicación. - Si se ha usado antes un SIO con progestágeno solo (comprimido, inyección, implante anticonceptivo) o un sistema intrauterino (SIU) liberador de progestágeno. La mujer puede cambiarse cualquier día desde el comprimido con progestágeno solo (desde un implante o el SIU) en el día de su retirada, desde un inyectable cuando corresponda la inyección siguiente), pero debe aconsejarse en todos estos casos que utilice además un método de barrera durante los 7 primeros días de toma de los comprimidos. - Después de un aborto en el primer trimestre del embarazo La mujer puede empezar a tomar este medicamento inmediatamente. Cuando lo haga, no es necesario que tome medidas anticonceptivas adicionales. - Después del parto o de un aborto en el segundo trimestre Se recomienda tomar este medicamento entre 21 y 28 días después del parto o el aborto en el segundo trimestre. Cuando se inicie más tarde, debe aconsejarse a la mujer que utilice además un método de barrera durante los 7 primeros días de toma de los comprimidos. No obstante, si ya ha habido relaciones sexuales, debe descartarse la posibilidad de un embarazo antes de empezar a usar el AOC, o la mujer tiene que esperar a tener su primer período menstrual. Para mujeres en período de lactancia, ver sección 4.6 **Dosis olvidadas** Los comprimidos de la última fila del blister son comprimidos de placebo y por tanto pueden ser omitidos. No obstante, el comprimido olvidado debe retirarse para que no se prolongue la fase de comprimidos de placebo. Las siguientes recomendaciones son aplicables en caso de olvido de comprimidos activos (filas 1-3 del envase blister): Si el retraso de la mujer en la toma de un comprimido es **menor de 12 horas**, la protección anticonceptiva no se reduce. La mujer debe tomarse el comprimido olvidado en cuanto se acuerde, aunque ello suponga tomar dos comprimidos a la vez, y debe tomarse los comprimidos restantes a la hora habitual. Si el retraso de la mujer en la toma de un comprimido es **superior a 12 horas**, la protección anticonceptiva puede reducirse. En este caso, deben tenerse en cuenta las dos reglas básicas siguientes: 1. No debe interrumpirse la toma de comprimidos activos durante más de 7 días. 2. La supresión adecuada del eje hipotálamo-hipófisis-ovario exige al menos 7 días de toma ininterrumpida de los comprimidos. En consecuencia, en la práctica diaria debe aconsejarse lo siguiente: - Comprimidos olvidados en la semana 1 El último comprimido olvidado debe tomarse en cuanto la mujer se acuerde, aunque ello suponga tomar dos comprimidos a la vez. Los comprimidos restantes se seguirán tomando a la hora habitual. Además, debe utilizarse durante los 7 días siguientes un método de barrera, como un preservativo. Si se han mantenido relaciones sexuales en los 7 días previos, debe considerarse la posibilidad de un embarazo. Cuantos más comprimidos se omitan y estén más cerca de la fase de comprimidos placebo del blister anterior, mayor será el riesgo de embarazo. - Comprimidos olvidados en la semana 2 El último comprimido olvidado debe tomarse en cuanto la mujer se acuerde, aunque ello suponga tomar dos comprimidos a la vez. Los comprimidos restantes se seguirán tomando a la hora habitual. Siempre que la mujer haya tomado los comprimidos correctamente en los 7 días previos al comprimido olvidado, no son necesarias otras medidas anticonceptivas. Sin embargo, si la mujer ha omitido más de un comprimido, debe aconsejarse que tome precauciones adicionales durante 7 días. - Comprimidos olvidados en la semana 3 El riesgo de eficacia anticonceptiva reducida es muy elevado por lo cercano a la fase de comprimidos de placebo de 7 días. Sin embargo, aún puede prevenirse este riesgo ajustando la pauta posológica. Por lo tanto, con cualquiera de las dos opciones siguientes no será necesario utilizar ningún otro método anticonceptivo, siempre que en los 7 días previos al olvido del comprimido la mujer haya tomado todos los comprimidos correctamente. Si no es así, debe seguir la primera de estas dos opciones y usar otro método anticonceptivo de forma concomitante durante los 7 días siguientes. 1. La mujer debe tomar el último comprimido olvidado en cuanto se acuerde, aunque ello suponga tomar dos comprimidos a la vez. Los comprimidos restantes se seguirán tomando a la hora habitual hasta que se usen todos los comprimidos activos. Debe desechar los 7 comprimidos de la última fila (comprimidos placebo). Se debe comenzar inmediatamente el siguiente envase tipo blister. Es improbable que la mujer tenga una hemorragia por privación hasta terminar los comprimidos activos del segundo envase, pero puede presentar manchado o hemorragia intermenstrual en los días en que tome comprimidos. 2. También puede aconsejarse a la mujer que deje de tomar los comprimidos activos del envase actual. En ese caso, la mujer debe tomar los comprimidos de la última fila (comprimidos placebo) durante 7 días, incluidos los días en que se olvidó los comprimidos, y después continuará con el siguiente envase. Si la mujer ha olvidado tomar los comprimidos activos y no tiene posteriormente hemorragia por privación durante la primera fase de comprimidos de placebo, debe considerarse la posibilidad de un embarazo. **Consejos en caso de trastornos digestivos** Si se producen trastornos digestivos intensos, es posible que la absorción no sea completa y deben tomarse medidas anticonceptivas adicionales. Si se producen vómitos en las 3-4 horas siguientes a la toma de un comprimido, debe tomarse un nuevo comprimido (repuesto) lo antes posible. Si transcurren más de 12 horas, deben aplicarse los consejos relativos a los comprimidos olvidados que aparecen en esta sección. Si la mujer no desea cambiar su pauta de administración habitual, tendrá que tomar el comprimido o comprimidos adicionales de otro envase blister. **Cómo posponer una hemorragia por privación** Para retrasar un período menstrual, la mujer debe empezar un envase nuevo de este medicamento sin tomar los comprimidos de placebo del envase actual. Esta pauta puede prolongarse mientras se desee hasta el final de los comprimidos activos del segundo envase. Mientras esté tomando este segundo envase la mujer puede sufrir hemorragia intermenstrual o manchado. Se reanuda luego la toma regular de este medicamento tras el intervalo habitual de 7 días de comprimidos de placebo. Para cambiar el período a un día de la semana distinto al de la pauta actual, puede aconsejarse a la mujer que acorte la siguiente fase de comprimidos de placebo tantos días como desee. Cuanto más corta sea la fase, mayor será el riesgo de que no tenga hemorragia por privación y de que sufra hemorragia intermenstrual y manchado mientras tome el envase siguiente (al igual que cuando se retrasa un período). **4.3. Contraindicaciones** No se deben utilizar anticonceptivos hormonales combinados (AHC) en las siguientes condiciones. Si aparece cualquiera de estas circunstancias por primera vez durante el uso de AHC, debe interrumpirse inmediatamente el uso del producto: - Presencia o riesgo de tromboembolismo venoso (TEV). - Tromboembolismo venoso: TEV actual (con anticoagulantes) o antecedentes del mismo (p. ej., trombosis venosa profunda (TVP) o embolia pulmonar (EP)). - Predisposición hereditaria o adquirida conocida al tromboembolismo venoso, tal como resistencia a la PCA (incluyendo el factor V Leiden), deficiencia de antitrombina III, deficiencia de proteína C, deficiencia de proteína S. - Cirugía mayor con inmovilización prolongada (ver sección 4.4). - Riesgo elevado de tromboembolismo venoso debido a la presencia de varios factores de riesgo (ver sección 4.4). - Presencia o riesgo de tromboembolismo arterial (TEA). - Tromboembolismo arterial - tromboembolismo arterial actual, antecedentes del mismo (p. ej. infarto de miocardio) o afección prodrómica (p. ej. angina de pecho). - Enfermedad cerebrovascular - ictus actual, antecedentes de ictus o afección prodrómica (p. ej. accidente isquémico

transitorio, AIT). - Predisposición hereditaria o adquirida conocida al tromboembolismo arterial, tal como hiperhomocitemia y anticuerpos antifosfolípidos (anticuerpos anticardiolipina, anticogulante del lupus). - Antecedentes de migraña con síntomas neurológicos focales. - Riesgo elevado de tromboembolismo arterial debido a múltiples factores de riesgo (ver sección 4.4) o a la presencia de un factor de riesgo grave como: • diabetes mellitus con síntomas vasculares • hipertensión grave • dislipoproteíemia intensa • Pancreatitis previa o antecedentes de ella si se acompaña de hipertrigliceridemia - Presencia o antecedentes de hepatopatía grave si los valores de la función hepática no se han normalizado. - Presencia o antecedentes de tumores hepáticos (benignos o malignos). - Presencia o sospecha de tumores malignos dependientes de los esteroides sexuales (p. ej., de los órganos genitales o las mamas). - Hemorragia vaginal no diagnosticada. - Hipersensibilidad a los principios activos o a cualquiera de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Oedien está contraindicado el uso concomitante con medicamentos que contengan ombitasvir / paritaprevir / ritonavir y dasabuvir o medicamentos que contengan glecaprevir/pibrentasvir (ver secciones 4.4 y 4.5). **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo** **Advertencias** Si alguna de las afecciones o factores de riesgo que se mencionan a continuación está presente, se debe comentar con la mujer la idoneidad de Oedien. Si alguna de estas afecciones o de estos factores de riesgo se agrava o aparece por primera vez, se debe aconsejar a la mujer que consulte con su médico para determinar si se debe interrumpir el uso de este medicamento. **Afecciones circulatorias** Riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) El uso de cualquier anticonceptivo hormonal combinado (AHC) aumenta el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV), comparado con la no utilización. Los medicamentos que contienen levonorgestrel, norgestomato o noretisterona se asocian con el riesgo más bajo de TEV. Otros medicamentos como Oedien pueden tener hasta 1,6 veces este nivel de riesgo. La decisión de utilizar cualquier medicamento que no sea uno con el menor riesgo de TEV se debe tomar solamente después de comentarlo con la mujer para garantizar que comprende el riesgo de TEV con Oedien, como afectan sus actuales factores de riesgo a este riesgo y que su riesgo de TEV es mayor durante el primer año de uso. También existen ciertas evidencias de que el riesgo aumenta cuando se reinicia el AHC después de una interrupción del uso de 4 semanas o más. Entre las mujeres que no utilizan un AHC y que no están embarazadas, aproximadamente 2 de cada 10.000 presentarán un TEV en el plazo de un año. No obstante, el riesgo puede ser mucho mayor en cada mujer en particular, en función de sus factores de riesgo subyacentes (ver a continuación). Los estudios epidemiológicos en mujeres que utilizan anticonceptivos orales combinados a dosis bajas (<50 µg de etinilestradiol) han encontrado que de cada 10.000 mujeres, entre unas 6 a 12 presentarán un TEV en un año. Se estima que de cada 10.000 mujeres que utilizan un AHC de dosis baja que contiene levonorgestrel, unas 61 presentarán un TEV en un año. Se estima 2 que de cada 10.000 mujeres que utilizan un AHC que contiene dienogest y etinilestradiol, entre 8 y 11 mujeres desarrollarán TEV en el período de 1 año. Este número de TEVs por año es inferior al número esperado durante el embarazo o en el período de posparto. El TEV puede ser mortal en el 1-2 % de los casos. De forma extremadamente rara, se han notificado en usuarias de AHC casos de trombosis en otros vasos sanguíneos, p. ej., en venas y arterias hepáticas, mesentéricas, renales o retinianas. 1. Punto medio del intervalo 5-7 por cada 10.000 mujeres-año (MA), basado en un riesgo relativo para los AHCs que contienen levonorgestrel frente a la no utilización de aproximadamente 2,3 a 3,6. 2. Los datos de un metanálisis estiman que el riesgo de TEV en usuarias de Oedien es ligeramente mayor en comparación con las usuarias de AOC que contienen levonorgestrel (relación de riesgo de 1,57 con un riesgo que oscila entre 1,07 y 2,30). **Factores de riesgo de TEV** El riesgo de complicaciones tromboembólicas venosas en usuarias de AHC puede aumentar sustancialmente en una mujer con factores de riesgo adicionales, en particular si existen varios factores de riesgo (ver tabla). Este medicamento está contraindicado si una mujer tiene varios factores de riesgo que la ponen en una situación de alto riesgo de trombosis venosa (ver sección 4.3). Si una mujer tiene más de un factor de riesgo, es posible que el aumento del riesgo sea mayor que la suma de los factores individuales; en este caso se debe tener en cuenta su riesgo total de TEV. Si se considera que la relación beneficio/riesgo es negativa, no se debe prescribir un AHC (ver sección 4.3). No hay consenso sobre el posible papel de las venas varicosas y la tromboflebitis superficial en la aparición o progresión de la trombosis venosa. Es preciso tener en cuenta el aumento del riesgo de tromboembolismo en el embarazo, y en particular en el período de 6 semanas del puerperio (para obtener información sobre "Embarazo y lactancia", ver sección 4.6). **Síntomas de TEV (trombosis venosa profunda y embolia pulmonar)** En el caso de que se produzcan síntomas, se debe aconsejar a la mujer que busque asistencia médica urgente y que informe al profesional sanitario de que está tomando un AHC. Los síntomas de trombosis venosa profunda (TVP) pueden incluir: - Hinchazón unilateral de la pierna y/o pie o a lo largo de una vena de la pierna. - Dolor o sensibilidad en la pierna, que tal vez se advierta sólo al ponerse de pie o al caminar. - Aumento de la temperatura en la pierna afectada; enrojecimiento o decoloración de la piel de la pierna. Los síntomas de embolia pulmonar (EP) pueden incluir: - Aparición repentina de falta de aliento o respiración rápida injustificada. - Tos repentina que puede estar asociada a hemoptisis. - Dolor torácico agudo. - Aturdimiento intenso o mareo. - Latidos cardíacos acelerados o irregulares. Algunos de estos síntomas (p. ej. "falta de aliento", "tos") son inespecíficos y se pueden confundir con acontecimientos más frecuentes o menos graves (p. ej. infecciones del tracto respiratorio). Otros signos de oclusión vascular pueden incluir: dolor repentino, hinchazón y ligera coloración azul de una extremidad. Si la oclusión se produce en el ojo, los síntomas pueden variar desde visión borrosa indolora, que puede evolucionar hasta pérdida de la visión. A veces la pérdida de la visión se puede producir casi de inmediato. **Riesgo de tromboembolismo arterial (TEA)** Estudios epidemiológicos han asociado el uso de los AHCs con un aumento del riesgo de tromboembolismo arterial (infarto de miocardio) o de accidente cerebrovascular (p. ej. accidente isquémico transitorio, ictus). Los episodios tromboembólicos arteriales pueden ser mortales. **Factores de riesgo de TEA** El riesgo de que se produzcan complicaciones tromboembólicas arteriales o un accidente cerebrovascular en usuarias de AHCs aumenta en mujeres con factores de riesgo (ver tabla). Este medicamento está contraindicado si una mujer presenta varios factores de riesgo de TEA o uno grave que la ponen en una situación de alto riesgo de trombosis arterial (ver sección 4.3). Si una mujer tiene más de un factor de riesgo, es posible que el aumento del riesgo sea mayor que la suma de los factores individuales; en este caso se debe tener en cuenta su riesgo total. Si se considera que la relación beneficio/riesgo es negativa, no se debe prescribir un AHC (ver sección 4.3). **Síntomas de TEA** En el caso de que se produzcan síntomas, se debe aconsejar a la mujer que busque asistencia médica urgente y que informe al profesional sanitario de que está tomando un AHC. Los síntomas de un accidente cerebrovascular pueden incluir: - entumecimiento o debilidad repentinos de la cara, brazo o pierna, especialmente en un lado del cuerpo. - dificultad repentina para caminar, mareo, pérdida del equilibrio o de la coordinación. - confusión repentina, dificultad para hablar o para comprender. - dificultad repentina de visión en un ojo o en ambos. - cefalea repentina, intensa o prolongada sin causa conocida. - pérdida del conocimiento o desmayo, con o sin convulsiones. Los síntomas temporales sugieren que el episodio es un accidente isquémico transitorio (AIT). Los síntomas de infarto de miocardio (IM) pueden incluir: - dolor, molestias, presión, pesadez, sensación de opresión o plenitud del tórax, brazo o debajo del esternón. - malestar que irradia a la espalda, la mandíbula, la garganta, el brazo o el estómago. - sensación de plenitud, indigestión o ahogo. - sudoración, náuseas, vómitos o mareo. - debilidad extrema, ansiedad o falta de aliento. - latidos cardíacos acelerados o irregulares. **Tumores** Algunos estudios epidemiológicos han sugerido que el uso prolongado de anticonceptivos hormonales en mujeres infectadas por el virus del papiloma humano (VPH) es un factor de riesgo de aparición de cáncer de cuello uterino. Sin embargo, aún no está claro en qué medida influyen en este resultado otros factores (p. ej., diferencias en el número de parejas sexuales o en el uso de métodos anticonceptivos mecánicos). En un meta-análisis de 54 estudios epidemiológicos se comprobó un ligero aumento del riesgo relativo (RR = 1,24) de cáncer de mama en las mujeres que están utilizando AOC. El riesgo adicional desaparece de manera gradual 10 años después de la interrupción del uso de AOC. Dado que el cáncer de mama es raro en las mujeres menores de 40 años, el número adicional de cánceres de mama diagnosticados en las usuarias actuales y recientes de AOC es pequeño en comparación con el riesgo global de cáncer de mama. Estos estudios no aportan pruebas de una relación causal. El patrón de aumento del riesgo observado puede deberse a un diagnóstico más precoz del cáncer de mama en usuarias de AOC, a los efectos biológicos de los AOC o a la combinación de ambos. Los cánceres de mama diagnosticados en usuarias de AOC en algún momento suelen estar menos avanzados desde el punto de vista clínico que los diagnosticados en quienes nunca los han utilizado. Se ha informado en casos raros de la aparición de tumores hepáticos benignos, y en casos aún más infrecuentes de tumores hepáticos malignos en usuarias de AOC. En casos aislados, estos tumores han causado hemorragias intraabdominales que suponen una amenaza para la vida. Debe considerarse la posibilidad de un tumor hepático en el diagnóstico diferencial cuando aparezcan dolor abdominal superior intenso, hepatomegalia o signos de hemorragia intraabdominal en mujeres que toman AOC. **Otras condiciones** Las mujeres con hipertrigliceridemia o antecedentes familiares de ella pueden tener un mayor riesgo de pancreatitis cuando tomen AOC. Aunque se han comunicado pequeños aumentos de la presión arterial en muchas mujeres tratadas con AOC, las elevaciones de importancia clínica son raras. No obstante, si durante el uso de AOC aparece una hipertensión de importancia clínica mantenida, es prudente que el médico revise el AOC y trate la hipertensión. Cuando se considere adecuado, puede reanudarse el uso del AOC si es posible conseguir valores de presión normales con el tratamiento antihipertensivo. Si, durante el uso de AOC en la hipertensión preexistente, los valores de presión arterial constantemente elevados o un aumento importante de la presión arterial no responden adecuadamente al tratamiento antihipertensivo, deberá retirarse el AOC. Se han notificado la aparición o el empeoramiento

de los procesos siguientes durante el uso de AOC o el embarazo, pero las pruebas de una asociación con el uso de AOC no son concluyentes: ictericia o prurito relacionado con colestasis; cálculos biliares; porfiria; lupus eritematoso sistémico; síndrome hemolítico urémico; corea de Sydenham; herpes gravídico, e hipocausia relacionada con osteosclerosis. En las mujeres con angioedema hereditario, el uso de estrógenos exógenos puede inducir o exacerbar los síntomas. Las alteraciones agudas o crónicas de la función hepática pueden obligar a suspender el uso de AOC hasta que los marcadores de la función hepática vuelvan a la normalidad. La reparación de ictericia colestática o prurito relacionado con colestasia ocurridos previamente durante el embarazo o durante el uso previo de esteroides sexuales obliga a suspender los AOC. Aunque los AOC pueden tener cierto efecto sobre la resistencia periférica a la insulina y la tolerancia de la glucosa, no existen pruebas de que sea necesario alterar la pauta terapéutica en las diabéticas que toman AOC en dosis bajas (que contienen < 0,05 mg de etinilestradiol). Sin embargo, debe vigilarse estrechamente a las mujeres diabéticas, sobre todo en la fase inicial del uso de AOC. Se ha comunicado empeoramiento de la depresión endógena, la epilepsia, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa durante el uso de AOC. Un estado de ánimo deprimido y depresión son reacciones adversas reconocidas debidas al uso de anticonceptivos hormonales (ver sección 4.8). La depresión puede ser grave y es un factor de riesgo reconocido asociado al comportamiento suicida y al suicidio. Se debe indicar a las mujeres que se pongan en contacto con su médico en caso de experimentar cambios en el estado de ánimo y síntomas depresivos, incluso si aparecen poco después de iniciar el tratamiento. En casos excepcionales puede aparecer cloasma, sobre todo en mujeres con antecedentes de cloasma gravídico. Las mujeres con tendencia al cloasma deben evitar la exposición al sol o a la luz ultravioleta durante el uso de AOC. **Alanina aminotransferasa elevada** Durante los ensayos clínicos en pacientes tratados por infecciones de virus de la hepatitis C (VHC) con medicamentos que contienen ombitasvir / paritaprevir / ritonavir y dasabuvir con o sin ribavirina, se produjeron elevaciones significativas de más de 5 veces el límite superior de alanina aminotransferasa, más frecuentes en mujeres que utilizaban medicamentos con etinilestradiol combinado como en los anticonceptivos hormonales combinados (AHC). Además, también en pacientes tratados con glecaprevir/pibrentasvir, se observaron elevaciones de ALT en mujeres que utilizaban medicamentos que contenían etinilestradiol, como los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) (ver secciones 4.3 y 4.5). **Exploración/consulta médica** Antes de iniciar o reanudar el tratamiento con Oedien, se debe realizar una anamnesis completa (incluidos los antecedentes familiares) y descartarse un posible embarazo. Se debe medir la tensión arterial y realizar una exploración física, guiada por las contraindicaciones (ver sección 4.3) y por las advertencias (ver sección 4.4). Es importante dirigir la atención de la mujer hacia la información sobre la trombosis venosa y arterial, incluido el riesgo de Oedien comparación con otros AHCs, los síntomas de TEV y TEA, los factores de riesgo conocidos y qué debe hacer en caso de una sospecha de trombosis. También se debe indicar a la mujer que lea cuidadosamente el prospecto y siga las instrucciones allí descritas. La frecuencia y la naturaleza de las exploraciones deben basarse en las directrices clínicas establecidas y se adaptarán a cada mujer en particular. Debe advertirse a las mujeres que los anticonceptivos hormonales no protegen frente a la infección por VIH (SIDA) ni frente a otras enfermedades de transmisión sexual. **Disminución de la eficacia** La eficacia de los AOC puede reducirse, por ejemplo, en caso de olvido de comprimidos (ver sección 4.2), trastornos digestivos (ver sección 4.2) o medicación concomitante (ver sección 4.5). **Disminución del control de los ciclos** Pueden producirse hemorragias irregulares (manchado o hemorragia intermenstrual) con todos los AOC, sobre todo en los primeros meses de uso. Por consiguiente, la evaluación de cualquier hemorragia irregular sólo es significativa después de un período de adaptación de unos tres ciclos. Si persisten las irregularidades menstruales, o aparecen después de ciclos regulares previos, deben tenerse en cuenta posibles causas no hormonales y están indicadas medidas diagnósticas adecuadas para excluir la presencia de un proceso maligno o de un embarazo. Estas medidas pueden incluir un legrado. En algunas mujeres, es posible que no se produzca hemorragia por privación durante la fase de comprimidos placebo. Es improbable que la mujer esté embarazada si el AOC se ha tomado de acuerdo con las instrucciones indicadas en la sección 4.2. Sin embargo, si el AOC no se ha tomado de acuerdo con esas instrucciones antes de la primera falta de la hemorragia por privación o si hay dos faltas de estas hemorragias, deberá descartarse un posible embarazo antes de continuar el uso del AOC. **Advertencia sobre excipientes** Oedien contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o malabsorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción Nota:** La información sobre prescripción de medicaciones concomitantes deben de ser consultadas para identificar las potenciales interacciones. - Efectos de otros medicamentos sobre Oedien Las interacciones pueden producirse con medicamentos que inducen los enzimas microsomas que pueden dar lugar a un aumento en el aclaramiento de hormonas sexuales y pueden desencadenar en un sangrado vaginal ligero y/o fallo contraceptivo. **Manejo** La interacción enzimática puede observarse a los pocos días del tratamiento. La inducción enzimática máxima se puede ver generalmente a las pocas semanas. Tras el cese de la terapia con medicamentos la inducción puede continuar durante al menos cuatro semanas. Tratamiento a corto plazo Las mujeres en tratamiento con medicamentos inductores enzimáticos deben utilizar temporalmente un método de barrera u otro método contraceptivo adicional a los AOC. El método de barrera debe utilizarse durante todo el tiempo que dure el tratamiento concomitante y durante 28 días tras la discontinuación. Si el tratamiento farmacológico continúa más allá del final de los comprimidos con principio activo del blister de AOC, los comprimidos de placebo deben desecharse y se debe iniciar de inmediato el siguiente blister de AOC. Tratamiento a largo plazo En mujeres con tratamiento a largo plazo con sustancias activas inductoras enzimáticas, se recomienda utilizar otro método anticonceptivo no hormonal. Sustancias que aumentan el aclaramiento de AOCs (disminuyen la eficacia de los AOCs por inducción enzimática) por ejemplo: Barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, primidona, rifampicina y probablemente también oxcarbazepina, topiramato, felbamato, griseofulvina, y productos que contengan remedios a base de hierbas como la Hierba de San Juan (*hypericum perforatum*). Sustancias con efectos variables en el aclaramiento de AOCs, por ejemplo: Cuando se co-administra con AOCs, muchas combinaciones con inhibidores de la HCV/VIH proteasa e inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa, pueden aumentar o disminuir las concentraciones de estrógenos y progestágenos. El efecto neto de estos cambios puede ser clínicamente significativo en algunos casos. Por lo tanto, la información para la prescripción concomitante con medicaciones VIH/Hepatitis C debe de ser consultadas para identificar potenciales interacciones y cualquier recomendación relacionada. En caso de duda, debe utilizarse cualquier método anticonceptivo de barrera por las mujeres que estén en tratamiento con inhibidores de la proteasa o inhibidores de la transcriptasa no nucleosídica reversa. Sustancias que disminuyen el aclaramiento de AOCs (inhibidores enzimáticos) La relevancia clínica de las interacciones potenciales con inhibidores enzimáticos sigue siendo desconocida. La administración concomitante de inhibidores fuertes de la CYP3A4 puede aumentar las concentraciones plasmáticas de estrógeno o progestina o ambas. Las dosis de Etoricoxib de 60 a 120 mg/día han demostrado aumentar las concentraciones plasmáticas de etinilestradiol de 1,4 a 1,6 veces, respectivamente cuando se toma de forma concomitante con una combinación hormonal anticonceptiva que contenga 0,035 mg de etinilestradiol. Influencia de Oedien sobre otros medicamentos Los AOCs pueden afectar al metabolismo de determinadas sustancias activas. En consecuencia, las concentraciones plasmáticas y tisulares pueden aumentar (p.ej., ciclosporina) o disminuir (p.ej., lamotrigina). Sin embargo, basándose en los datos in vitro, la inhibición de las enzimas CYP es poco probable a dosis terapéuticas. Los datos clínicos sugieren que el etinilestradiol inhibe el aclaramiento de los substratos de CYP1A2, llevando a un ligero (p.ej. teofilina) o moderado (p.ej. tizanidina) aumento de sus concentraciones plasmáticas. Otras formas de interacción Pruebas de laboratorio El uso de esteroides anticonceptivos puede influir en los resultados de determinadas pruebas de laboratorio, incluyendo parámetros bioquímicos de hígado, tiroides, funciones adrenales y renales, niveles plasmáticos de proteínas transportadoras, por ejemplo - globulina transportadora de corticoides y de fracciones de lípidos / lipoproteínas, parámetros del metabolismo de carbohidratos y parámetros de coagulación y fibrinólisis. Los cambios generalmente permanecen dentro de los valores normales. **Interacciones farmacodinámicas** El uso concomitante con medicamentos que contengan ombitasvir / paritaprevir / ritonavir y dasabuvir, con o sin ribavirina, o glecaprevir / pibrentasvir puede aumentar el riesgo de elevaciones de ALT (ver secciones 4.3 y 4.4). Por tanto, las mujeres que tomen Oedien deben cambiar a un método anticonceptivo alternativo (por ejemplo, los métodos anticonceptivos de progestágeno solo o métodos no hormonales) antes de iniciar el tratamiento con esta combinación de medicamentos. Oedien puede utilizarse 2 semanas después de la finalización del tratamiento con esta combinación de medicamentos. **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia** **Embarazo** Oedienno está indicado durante el embarazo (ver sección 4.3). Si se produce un embarazo durante el uso de Oedien, debe suspenderse inmediatamente el tratamiento. Extensos estudios epidemiológicos no han revelado un aumento del riesgo de malformaciones en niños cuyas madres habían tomado anticonceptivos orales combinados antes de quedarse embarazadas y no se ha demostrado un efecto teratogénico por la administración inadvertida de anticonceptivos orales combinados en el embarazo. Los estudios realizados en animales mostraron efectos adversos durante el embarazo y la lactancia (ver sección 5.3). A partir de los resultados de los estudios en animales, no puede descartarse un efecto adverso hormonal de los principios activos. Sin embargo, la experiencia general con los anticonceptivos orales combinados durante el embarazo no ha revelado la existencia de efectos adversos en humanos. Se debe tener en cuenta el aumento de riesgo de TEV durante el período de posparto cuando se reinicia la administración con Oedien (ver secciones 4.2 y 4.4) **Lactancia** Los AOCs pueden influir en la lactancia porque pueden reducir la cantidad de leche producida y alterar su composición. Pequeñas cantidades de

los esteroides anticonceptivos o de sus metabolitos pueden eliminarse en la leche materna durante el uso de AOCs. Estas cantidades pueden afectar al niño. Por consiguiente, no debe utilizarse Oedien hasta que se haya destetado completamente al niño **Fertilidad** Se espera que la fertilidad vuelva a la normalidad inmediatamente después de suspender el tratamiento **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** La influencia de Oedien sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **4.8. Reacciones adversas** Ver sección 4.4 sobre reacciones adversas graves en usuarias de CHCs. Las frecuencias de reacciones adversas de dienogest /etinilestradiol/ en estudios clínicos (N = 4.942) se resumen en la siguiente tabla. La frecuencia de posibles reacciones adversas se basan en las siguientes categorías: Muy frecuentes ($\geq 1/10$) Frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$) Poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$) Raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$) Muy raras ($< 1/10.000$) Frecuencia no conocida (la frecuencia no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. Se incluye el término más adecuado del MedDRA (versión 12.0) para describir un efecto adverso determinado. No se incluyen los sinónimos o los procesos relacionados, pero también deben tenerse en cuenta En la sección 4.4, se comentan las siguientes reacciones adversas graves, notificadas en mujeres durante el uso de AOC: - Enfermedades tromboembólicas venosas. - Enfermedades tromboembólicas arteriales. - Acontecimientos cerebrovasculares. - Hipertensión. - Hipertrigliceridemia. - Cambios en la tolerancia a la glucosa o influencia en la resistencia periférica a la insulina. - Tumores hepáticos (benignos y malignos). - Disfunción hepática. - Cloasma. - En mujeres con angioedema hereditario, los estrógenos exógenos pueden inducir o exacerbar los síntomas de angioedema. - Presencia o deterioro de enfermedades, cuya conexión con el uso de AOCs aún no se ha aclarado: ictericia o prurito en relación con colestasis, formación de cálculos biliares, porfiria, lupus eritematoso sistémico, síndrome urémico hemolítico, corea de Sydenham, herpes gestacional, pérdida auditiva relacionada con otosclerosis, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, carcinoma de cuello uterino. La frecuencia de diagnóstico de cáncer de mama en usuarias de anticonceptivos orales combinados es ligeramente mayor. Dado que la incidencia de cáncer de mama en mujeres menores de 40 años es baja, el número de enfermedades adicionales es relativamente bajo en comparación con el riesgo global. No se conoce una relación causal con el uso de anticonceptivos orales combinados. Para más información, ver secciones 4.3 y 4.4. Descripción de reacciones adversas seleccionadas Se ha observado un aumento del riesgo de episodios trombóticos y tromboembolismos arteriales y venosos, entre ellos infarto de miocardio, ictus, accidentes isquémicos transitorios, trombosis venosa y embolia pulmonar, en mujeres que utilizan AHCs, que se comentan con más detalle en la sección 4.4. **Notificación de sospechas de reacciones adversas** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es **4.9. Sobredosis** La toxicidad oral aguda de etinilestradiol y el dienogest es muy baja. Los síntomas que pueden aparecer en casos de sobredosis son náuseas, vómitos y, en mujeres jóvenes, hemorragia vaginal leve. En la mayoría de los casos no se precisa tratamiento específico. En caso necesario debe administrarse tratamiento de apoyo. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS 5.1. Propiedades farmacodinámicas** Grupo farmacoterapéutico: dienogest y estrógenos; dienogest y etinilestradiol Código ATC: G03FA15 y G03AA16 En estudios clínicos llevados a cabo con dienogest/etinilestradiol, se ha calculado el siguiente Índice de Pearl: Índice de Pearl no ajustado: 0,454 (con un límite superior de confianza al 95% de: 0,701) Índice de Pearl ajustado: 0,182 (con un límite superior de confianza al 95% de: 0,358) Oedien es un AOC con etinilestradiol y el progestágeno dienogest. El efecto anticonceptivo de este medicamento se basa en la interacción de varios factores, de los que el más importante de los observados es la inhibición de la ovulación y los cambios en el moco cervical. El dienogest es un derivado de la nortestosterona con una afinidad in vitro por el receptor de progestágenos 10-30 veces inferior a la de otros progestágenos sintéticos. Los datos in vivo en animales demostraron una actividad progestágena y antiandrogénica potente. El dienogest carece de actividad androgénica, mineralocorticoide o glucocorticoide importante in vivo. Se ha estimado en 1 mg/día la dosis de dienogest solo necesaria para inhibir la ovulación. Con el uso de AOCs con dosis más altas (0,05 mg de etinilestradiol) se reduce el riesgo de cáncer de endometrio y de ovario. Todavía no se ha confirmado si ocurre lo mismo con los AOCs con dosis más baja **5.2. Propiedades farmacocinéticas** **Etinilestradiol Absorción** El etinilestradiol administrado por vía oral se absorbe de forma rápida y completa. Se alcanzan concentraciones séricas máximas aproximadas de 67 pg/ml en 1,5 a 4 horas. Durante la absorción y el primer paso hepático, el etinilestradiol se metaboliza ampliamente, lo que genera una biodisponibilidad oral media de alrededor del 44 %. El consumo de comida conjunto no tiene efecto clínico relevante en el ratio y grado de absorción del etinilestradiol. **Distribución** El etinilestradiol se une en gran medida, aunque de forma inespecífica, a la albúmina sérica (aproximadamente el 98 %) e induce un aumento de las concentraciones séricas de SHBG. Se ha determinado un volumen de distribución aparente aproximado de 2,8-8,6 l/kg. El etinilestradiol pasa en pequeñas cantidades a la leche materna. **Metabolismo** El etinilestradiol sufre conjugación presistémica tanto en la mucosa del intestino delgado como en el hígado. Se metaboliza principalmente por hidroxilación aromática, pero se forman una gran variedad de metabolitos hidroxilados y metilados, que están presentes como metabolitos libres y conjugados con glucurónidos y sulfato. La tasa de aclaramiento determinada es de alrededor de 2,3-7 ml/min/kg. **Eliminación** Las concentraciones séricas de etinilestradiol descienden en dos fases que se caracterizan por semividas de alrededor de 1 y 10-20 horas, respectivamente. El etinilestradiol no se elimina en forma intacta. Los metabolitos del etinilestradiol se eliminan en la orina y la bilis en relación 4:6. La semivida de eliminación del metabolito es de alrededor de 1 día. **Estado estacionario** El estado estacionario se alcanza durante la segunda mitad de un ciclo de tratamiento cuando la concentración de la sustancia en el suero es el doble de la alcanzada con una sola dosis. **Dienogest Absorción** Dienogest se absorbe rápida y casi completamente después de la administración oral. Las concentraciones séricas máximas de 51 ng/ml se alcanzan aproximadamente 2,5 horas después de la ingestión de un comprimido recubierto con película de Oedien. Se ha demostrado una biodisponibilidad absoluta de alrededor del 96% en combinación con etinilestradiol. **Distribución** El dienogest se une a la albúmina sérica y no se une a la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG) ni a la globulina transportadora de corticoides (CBG). Alrededor del 10 % de la concentración sérica total del fármaco está presente en forma de esteroide libre y el 90 % está unido a la albúmina de forma inespecífica. El volumen de distribución aparente del dienogest oscila entre 37 y 45 l. **Metabolismo** El dienogest se metaboliza principalmente por CYP3A4 por hidroxilación y conjugación, con formación masiva de metabolitos endocrinológicamente inactivos. Estos metabolitos se eliminan rápidamente del plasma, y el dienogest intacto sigue siendo la fracción dominante en el plasma humano. El aclaramiento total (Cl/F) es de 3,6 l/h después de una sola dosis. **Eliminación** Las concentraciones séricas de dienogest disminuyen con una semivida aproximada de 9 horas. Sólo cantidades insignificantes de dienogest se eliminan inalteradas por vía renal. La relación entre la eliminación urinaria y la fecal es 3:2 tras la administración oral de 0,1 mg/kg de peso corporal. Aproximadamente el 86 % de la dosis administrada se elimina en 6 días, y el grueso de esta cantidad, el 42%, se elimina mayoritariamente por la orina en las primeras 24 horas. **Estado estacionario** En la farmacocinética del dienogest no influyen los niveles de SHBG. Tras la toma diaria, los niveles séricos del fármaco aumentan en unas 1,5 veces, alcanzando el estado estacionario después de alrededor de 4 días de tratamiento **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad** Los estudios preclínicos con etinilestradiol y dienogest mostraron los efectos estrógenos y progestágenos esperados. Los datos preclínicos no muestran riesgos especiales para el ser humano según los estudios convencionales de toxicidad por administración repetida, genotoxicidad, potencial cancerígeno y toxicidad para la reproducción. No obstante, no debe olvidarse que los esteroides sexuales pueden favorecer el desarrollo de determinados tejidos y tumores hormono-dependientes **6. DATOS FARMACÉUTICOS 6.1. Lista de excipientes** **Núcleo del comprimido (comprimido activo y placebo)** Povidona K30 Almidón de maíz pregelatinizado Lactosa monohidrato Estearato de magnesio **Recubrimiento pelicular (comprimido activo):** Polietilenglicol/macrogol 3350 Dióxido de titanio (E171) Alcohol polivinílico Talco. **Recubrimiento pelicular (comprimido placebo):** Polietilenglicol/macrogol 3350 Dióxido de titanio (E171) Alcohol polivinílico Talco. Óxido de hierro rojo (E172) Óxido de hierro amarillo (E172). **6.2. Incompatibilidades** No procede **6.3. Período de validez** 3 años **6.4. Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Almacenar en su embalaje original para protegerlo de la luz. **6.5. Naturaleza y contenido del envase** Oedien se acondiciona en blísters de PVC/aluminio y se presenta en un envase calendario. Tamaños de los envases: 28 comprimidos recubiertos con película (blister de 28 comprimidos). 84 comprimidos recubiertos con película (3 blister de 28 comprimidos). 168 comprimidos recubiertos con película (6 blister de 28 comprimidos). Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Ninguna especial **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Laboratoires BAILLEUL S.A. 10-12 Avenue Pasteur 2310 Luxembourg Luxembourg **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** 9. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Octubre 2017 - Noviembre 2020 **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Agosto 2021