



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

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



Asociación Española de Especialistas en Sexología (AES)



Academia Española de Sexología y Medicina Sexual (AESMES)



Instituto ESPILL de Psicología, Sexología y Medicina Sexual



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



Universidad Nacional
de Educación a Distancia



Asociación Mundial
de Sexología

ÍNDICE / CONTENTS

Artículos científicos originales / Original scientific articles

Sexualidad y TEA: una Experiencia Piloto de Educación Sexual 5

Sexuality and ASD: A Pilot Experience of Sex Education

B. Luque-Martínez

¿Sufren las mujeres usuarias de los Servicios de salud mental deseo sexual hipoactivo? 13

Do women users of mental health Services suffer from hypoactive sexual desire?

M. Aranaz Sánchez, M. Fernández Rodríguez, E. Garcia Vega, P. Guerra Mora

Reflexiones en sexología / Reflections on sexology

“Tres distintos placeres en el acto sexual, según películas de cine de amplia difusión” 19

“Three different pleasures in the sexual act, according to films of wide diffusion”

JM. Mora Montes

“La educación sexual con adolescentes: una perspectiva (crítica) psicoanalítica” 24

“Sexual education in adolescent population: a (critical) psychoanalytic perspective”

P. Bataller Alberola

Revisiones en sexología / Reviews on sexology

Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino. 36

Diagnosis and pharmacological treatment of female hypoactive sexual desire disorder

FJ. Espitia De La Hoz

Sexualidad y cultura / Sexuality and culture 53

Reseñas de libros / Book reviews 59

<u>Agenda / Events</u>	61
<u>Normas de publicación / Authors guidelines</u>	64
<u>Boletín de suscripción / Subscription form</u>	94

Revista Desexología

Revista Científica de Sexología

Director

Felipe Hurtado Murillo

Directores asociados

Carlos San Martín Blanco (Santander)

María Pérez Conchillo (Valencia)

Consejo de redacción

Ana Rosa Jurado López (Málaga)

María Lameiras Fernández (Ourense)

Antonio Casaubón Alcaráz (Granada)

Andrés López de la Llave (Madrid)

Comité editorial

Marta Arasanz Roche (Barcelona)

Rosemary Coates (Australia)

José Díaz Morfa (Madrid)

Rubén Hernández Serrano (Venezuela)

Félix López Sánchez (Salamanca)

Cristina Tania Fridman (Argentina)

José Luis Arrondo Arrondo (Navarra)

Eusebio Rubio Aurioles (México)

Carmen Pérez-Llantada Rueda (Madrid)

Antonio Pacheco Palha (Oporto, Portugal)

Manuel Más García (Tenerife)

Teresita Blanco Lanzillotti (Uruguay)

José Bustamante Bellmunt (Alicante)

Beverly Whipple (New Jersey, EE.UU.)

Ignacio Moncada Iribarren (Madrid)

Eli Coleman (Minnesota, EE.UU.)

Rafael García Álvarez (Rep. Dominicana)

José Cáceres Carrasco (Navarra)

Felipe Navarro Cremades (Alicante)

Francisco Donat Colomer (Valencia)

Marcelino Gómez Balaguer (Valencia)

Olatz Gómez Llorens (Valencia)

Antonio Martín Morales (Málaga)

Ángel Luis Montejo González (Salamanca)

Manuel Lucas Matheu (Almería)

Ramón González Corrales (Ciudad Real)

Ana Puigvert Martínez (Barcelona)

Gemma Pons Salvador (Valencia)

Antonio Sánchez Ramos (Toledo)

M. José Tijeras Úbeda (Almería)

Froilán Sánchez Sánchez (Valencia)

Inmaculada Bayo (Barcelona)

Rafael Prieto Castro (Córdoba)

Isbelia Segnini (Venezuela)

Carolina Villalba (Uruguay)

Kevan Wyle (UK)

Rosa María Montaña (Valladolid)

Carlos De La Cruz (Madrid)

Silverio Saenz Sesma (Zaragoza)

Natalia Rubio (Madrid)

Koldo Seco (Bilbao)

Concepción San Luis Costas (Madrid)

Francisco Javier Giménez Río (Granada)

Luz Jaimes (Venezuela)

Jaqueline Brendler (Brasil)

María de Los Ángeles Nuñez (Ecuador)

Dinorah Machin (Uruguay)

Cristina González Martínez (España)

Ligia Vera Gamboa (México)

Francisco Javier del Río Olvera (España)

María Honrubia Pérez (España)

Francisca Molero Rodríguez (España)

Guillermo González Antón (España)

Sexualidad y TEA: una Experiencia Piloto de Educación Sexual

Sexuality and ASD: A Pilot Experience of Sex Education

Luque-Martinez B

Licenciado y Máster en Psicología por la Universidad del País Vasco. Máster en Salud Sexual y Sexología Clínica por la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Correspondencia

Borja Luque Martínez

Dirección Postal: C/Pascual Madoz, 1, 5º Int. Izq.; C.P: 31004; Pamplona (Navarra)

Dirección electrónica: borjaluquemartinez@gmail.com

Fecha de recepción: 20 de septiembre de 2018. **Fecha de aceptación:** 3 de diciembre de 2018

Resumen

El abordaje de la sexualidad en personas con (Trastorno del Espectro Autista) TEA no sólo es totalmente pertinente para un correcto desarrollo, sino necesario y obligatorio tomando en consideración la legislación y las declaraciones de derechos vigentes. Enmarcado en este contexto, el presente trabajo versa sobre la puesta en marcha de una intervención piloto en educación sexual. El objetivo principal de la misma fue generar un espacio de reflexión y trabajo conjunto donde compartir miedos, dudas e inquietudes en torno a la sexualidad. En éste se llevaron a cabo dos sesiones de dos horas y media de duración cada una. Participaron un total de 21 personas, las cuales eran padres, madres y profesionales de la Asociación Navarra de Autismo. Los resultados obtenidos muestran una alta satisfacción por parte de las participantes. Quienes consideraron de gran utilidad el trabajo realizado, abriendo una nueva vía de colaboración para atender el desarrollo sexual de personas con TEA. En el apartado de discusión se comentan estos aspectos, así como las resistencias halladas en los y las familiares. Por último, se comentan algunas limitaciones encontradas y futuras líneas de trabajo.

Palabras clave: TEA. Sexualidad. Educación Sexual. Intervención Piloto.

Abstract

The approach to sexuality in people with ASD is not only relevant for a correct development, but it is necessary and obligatory for the legislation and the declarations of rights in force. In this context, the present work is about the implementation of a pilot intervention in sexual education. The main objective was to generate a space of reflection and joint work where to share fears, doubts and concerns about sexuality. In this one, two sessions of two and a half hours each were held. A total of 21 people participated, which were parents, mothers and professionals of the Autism Navarre Association. The results showed high satisfaction on the part of the participants. Those who considered the work done to be very useful, opening a new way of collaboration to manage the sexual development of people with ASD. In the discussion section these aspects are discussed, as well as the resistances found in the family members. Finally, some limitations and future lines of work are discussed.

Keywords: ASD. Sexuality. Sex Education. Pilot Intervention.

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

Introducción

El estudio y tratamiento de la sexualidad de las personas con TEA (Trastornos del Espectro Autista) han ido ganando interés en los últimos años, especialmente en lo relativo a la promoción de una sexualidad saludable (1) y el desarrollo de habilidades (2). Esto puede deberse al aumento en el conocimiento de este tipo de trastornos y a la creciente apertura social y científica hacia la sexualidad (3,4), así como a la preocupación y demanda de poner fin a “conductas sexuales no adecuadas” (5,6), hipersexualidad y parafilias (7) o a sus experiencias de victimización sexual (8,9) y perpetración de abusos (10).

El TEA es un trastorno del desarrollo marcado por déficits que se manifiestan en la temprana infancia. Según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition-DSM-V* (11), este trastorno está caracterizado principalmente por dificultades en las relaciones sociales, retraso o deficiencia verbal y de habilidades de comunicación no verbal, así como la muestra de intereses restringidos y comportamientos repetitivos. Compendio de síntomas que interfieren en todas las áreas de la vida diaria, siendo una de ellas la sexualidad.

Adolescencia y sexualidad

La adolescencia es un momento vital de transición entre la infancia y la adultez. El/la adolescente va siendo partícipe de su propia transformación física, afectiva, emocional, social, relacional, intelectual, sexual, etc. Lo cual supone un periodo lleno de nuevos retos, entre los cuales se encuentra la comprensión de los cambios y la adaptación de su YO a la nueva situación. Por lo que es, en general, una etapa vital estresante (12,13).

TEA y sexualidad

La mayoría de individuos con TEA poseen algún tipo interés sexual independientemente

del subtipo de trastorno o del funcionamiento adaptativo (14). Y, al igual que gran parte de la población, pueden encontrar barreras en el desarrollo pleno de su sexualidad. Estas dificultades se deben especialmente a su naturaleza intelectual, sus dificultades en las interacciones sociales, la alta monitorización de padres y madres, su dificultad en la adherencia a las normas de privacidad y una baja educación sexual en la escuela (15).

Este escenario hace que las personas con TEA se consideren un colectivo de especial vulnerabilidad e interés para la intervención sexológica. Por lo que, se han ido generando una serie de recursos legales y declaraciones que apoyan y exigen el trabajo de la sexualidad de las personas con TEA. En España encontramos principalmente:

1. “*Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*” (16).
2. “*Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*” (17).
3. “*Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006*” (18).
4. “*Declaración de Derechos Sexuales (WAS, 2008)*” (19).

El presente trabajo

Enmarcado en este contexto, el presente trabajo muestra la puesta en marcha de una intervención piloto en educación sexual. Así, el objetivo principal de la misma fue generar un espacio de reflexión y trabajo conjunto entre padres, madres y profesionales donde compartir miedos, dudas e inquietudes en torno a la sexualidad.

Derivado de éste, los objetivos específicos fueron: 1) emplear este espacio como lanzadera de trabajo continuado en red, que permita un trato más cercano y naturalizado

de la sexualidad; 2) comprender la flexibilidad y heterogeneidad de las sexualidades; 3) trabajar las actitudes saludables hacia la sexualidad basadas en el respeto; 4) trabajar la conciencia sobre la influencia de la sexualidad parental, maternal y del personal profesional en la sexualidad de las personas con TEA; y 5) adquirir herramientas concretas de trabajo sobre sexualidad en personas con TEA.

Métodos

Participantes

Las sesiones fueron destinadas a profesionales (educadores/as, psicólogos/as, cuidadores/as, etc.) y padres y madres pertenecientes a la Asociación Navarra de Autismo, de tal manera que fueran éstos/as – debido a la selectividad relacional de las personas con TEA- quienes aplicasen con posterioridad los contenidos trabajados.

Así pues, participaron un total de 21 personas (14 padres y madres y 7 profesionales). Entre los profesionales se encontraron 3 psicólogos, 2 educadoras, 1 cuidadora y 1 trabajadora social. Los padres y madres eran tutores legales de personas con TEA de entre 8 y 21 años. Las personas con TEA que dependían de ellos y ellas tenían un nivel de rendimiento muy variado, poseyendo edades, características y capacidades muy diversas.

Metodología

Se planteó una metodología mixta que combinase la exposición de aspectos teóricos, la realización de debates y el desarrollo de dinámicas de grupo, donde se pudieran poner en práctica algunas herramientas de trabajo. Todo ello se distribuyó en dos sesiones de dos horas y media de duración cada una, haciendo un total de cinco horas. En dichas sesiones se trataron los siguientes temas: 1) Derechos Sexuales; 2) Definición de Sexualidad; 3) Cambios Corporales e Implicación Psicosocial; 4) Amor y Enamoramiento; y 5) Masturbación. De los cuales los dos primeros fueron escogidos por el sexólogo y los tres siguientes se definieron a través del *Cuestionario de Inquietudes*.

Medidas

Cuestionario de Inquietudes. Cuestionario Ad Hoc previo a las sesiones destinado a establecer su contenido.

Escala de Satisfacción. Con un total de 9 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta, donde el 1 es la valoración más negativa y el 5 la más positiva. Empleado tras cada sesión, valora aspectos como: Cumplimiento de objetivos y expectativas, contenidos trabajados, material empleado, satisfacción general, utilidad de la sesión, etc.

Evaluación profesional. Tras cada sesión el equipo de profesionales de la asociación realizó una reunión de valoración donde destacó algunos puntos positivos y otros a mejorar.

Análisis de datos

De cara a establecer el contenido temático de las sesiones se calculó el porcentaje de personas interesadas en cada unidad temática. A continuación, se seleccionaron las tres unidades con mayor porcentaje (Tabla 1).

Para determinar los niveles de satisfacción se procedió al cálculo de la media de cada uno de los aspectos evaluados mediante la *Escala de Satisfacción*. Así como a una media de las puntuaciones totales en la escala.

Resultados

Tal como se muestra en la Tabla 2, el nivel de satisfacción con las sesiones fue alto, siendo la satisfacción general de 4,2857, y la media de satisfacción en la escala de 4,37 sobre 5. En cuanto a los aspectos mejor valorados, destacaron la del profesional sexólogo (4,7619) y la metodología empleada (4,5238). Por su parte, la utilidad o aplicabilidad de lo trabajado en las sesiones obtuvo una puntuación media de 4,333.

En lo relativo a la Evaluación Profesional, destaca la satisfacción al haber logrado abrir el camino para el trabajo con padres, madres, hijos e hijas en torno a la sexualidad. Habiendo conseguido, además, despertar su interés en compartir experiencias y herramientas. A raíz de estas sesiones,

afirmaron lograr la legitimación explícita para poder trabajar este tema gracias a la llegada de un sexólogo externo a la institución.

Discusión

El abordaje de la sexualidad en personas con TEA no sólo es totalmente pertinente para un correcto desarrollo (20), sino que podría considerarse necesario (21) y obligatorio (16, 17, 18). De igual forma fue valorado por las madres, padres y, especialmente, por los y las profesionales de la asociación.

Debido a las sustanciales similitudes en términos de desarrollo sexual y manifestación conductual entre personas neurotípicas y con TEA (22), y siguiendo las recomendaciones de López (23), García-Fernández (24) y Gómez-Zapiain (25), se trabajó la sexualidad de manera normalizada, dando los apoyos necesarios para solventar las dificultades inherentes a la naturaleza intelectual de esta población. En el caso de personas con TEA, los déficits en competencias sociales pueden ser pronunciados y cuando surgen conductas e impulsos sexuales durante la adolescencia, pueden no ser comprendidos por los jóvenes y sus familiares (26).

Teniendo en cuenta esta realidad se decidió trabajar la sexualidad al igual que se hace con otras áreas de la vida, evitando que la sexualidad sea limitada a un único contexto y tratando que las habilidades aprendidas se transfieran a múltiples contextos. Para ello se tomaron en consideración las recomendaciones de Ballan y Freyer (26). Estos autores plantean tres métodos de intervención: 1) análisis de comportamiento, 2) historias sociales, y 3) mapeo de comportamiento social. Para que este trabajo sea efectivo es esencial la colaboración entre profesionales, familiares y adolescentes (23, 26). Donde los familiares son responsables de aportar una educación sexual explícita en consonancia con su cultura familiar y creencias y los profesionales los encargados de enseñar habilidades para el desarrollo social (27).

Con frecuencia los padres y madres son las personas responsables de la educación afectivo-sexual de sus hijos e hijas y gran parte de ellos y ellas expresan necesidad de apoyo a la hora de llevarla a cabo (28). En estas situaciones el profesional debe poner énfasis en dar apoyo a los padres y madres mientras exploran cuestiones de educación sexual. En esta línea, parte de nuestro trabajo consistió en aliviar los sentimientos de frustración, miedo y culpa que algunos padres y madres sentían al no entender y no saber cómo “manejar” la sexualidad de sus hijos e hijas. El alivio hallado en esta muestra es consistente con los datos reportados por Nichols y Blakeley-Smith (29) quienes comprobaron que facilitar información a los padres y madres, aporta tranquilidad y aumenta el confort en la comunicación sexual.

En este sentido, en las sesiones se trató de dar un mensaje positivo que recordase que la sexualidad es algo amplio e integral del ser humano y que lejos de ser fuente de sufrimiento, podemos lograr que genere salud y bienestar (30). Para lo cual es muy importante trabajar las actitudes saludables hacia la sexualidad, siempre respetando las creencias personales y ajustando las expectativas (31).

Para ello, el “formato taller” – recomendado por Borquez y colaboradores (32)- fue considerado muy útil. Y, es que, el intercambio de experiencias y expectativas que se dio en el mismo resultó enriquecedor. Al mismo tiempo que se brindó la oportunidad a las personas asistentes de formar parte de un espacio de aprendizaje activo. Aspecto especialmente valorado por las asistentes, ya que algunas de ellas comentaron no haber tenido nunca la oportunidad de escuchar y aprender sobre estos temas. En esta línea, Pryde y Jahoda (33) afirman que mantener un dialogo abierto sobre sexualidad y problemas sexuales es la clave para afrontar las dificultades que padres/madres y jóvenes encuentran. Esto les ayuda a sentirse más cómodas con el nivel de intimidad que requiere el apoyo a sus hijos/as en la expresión de su sexualidad.

Por otra parte, en el desarrollo de las sesiones, los padres y madres mostraron una serie de resistencias relacionadas con la aceptación del potencial sexual de sus hijos/as. Aspecto que también observaron Dewinter y colaboradores (34) al comprobar cómo éstos/as tendían a subestimar la experiencia sexual de sus hijos/as, especialmente la sucedida en el ámbito de la intimidad. Al mismo tiempo, los padres y madres trataban de poner el foco en la prevención de situaciones donde se produjeran daños físicos o interferencias en el entorno social –prestando escasa atención a aspectos más positivos de la sexualidad-. Esto precisó de un trabajo paralelo para asumir el potencial sexual de sus hijos/as, recomendando que les diesen la oportunidad de disfrutar de su sexualidad, en la medida en la que fuera posible.

Respecto a la valoración de los y las profesionales de la institución se observó cómo la llegada de un profesional externo les concedía legitimidad y pretexto para seguir trabajando en conjunción con padres y madres. En este punto, es especialmente importante la definición de un marco de trabajo, como es el planteado en esta ocasión: remarcando la necesidad de trabajar desde el triple enfoque profesionales-padres/madres-hijos/as (23), amparado por la legislación (16, 17), la Declaración de Derechos Sexuales y las recomendaciones de profesionales de la sexología (18, 19). Y al mismo tiempo, poniendo especial énfasis en el fortalecimiento de los vínculos de confianza y la comunicación sincera entre madres y padres con sus profesionales de referencia para lograr una educación sexual de calidad (27).

En cuanto a las limitaciones halladas en el presente trabajo, cabe destacar la heterogeneidad del grupo, que supuso una mayor complejidad a la hora de adaptar el contenido y el material. Tanto el propio grupo como las personas con TEA asociadas partían de posiciones actitudinales, de conocimientos, habilidades y niveles de desarrollo muy distintos. Por otro lado, debido a la naturaleza aplicada y al carácter piloto de las sesiones existen claras

limitaciones metodológicas. Especialmente en cuanto al diseño de investigación, por lo que los datos obtenidos deben ser tomados con cautela.

En próximas ediciones sería recomendable la existencia de mediciones pre-post en distintas variables como las conductas sexuales observadas (28), aspectos emocionales y funcionamiento psicosexual de hijos/as (35), comunicación sexual (36) o conciencia sobre la sexualidad de sus hijos/as (37). Al mismo tiempo se plantea adecuar las sesiones según la intensidad de apoyo que precisan los/as hijos/as (4), desde aquellos con alto rendimiento (38) hasta quienes precisan de una intervención más orientada a la prevención de conductas dañinas (39). Por último, se ve idóneo ampliar el abanico de temas a tratar, pudiendo servir de guía el contenido recomendado por SIECUS – Sexuality Information and Education Council of the United States- (40).

Agradecimientos

El trabajo presentado no hubiese sido posible sin la colaboración de representantes, profesionales y familiares de la Asociación Navarra de Autismo. Asimismo, agradezco a Amaia Núñez Galar sus aportaciones en la preparación de las sesiones y a la Doctora María Pérez Conchillo, quien ha supervisado su desarrollo y la producción del presente manuscrito.

Referencias bibliográficas

1. Tolman DL, McClelland SI. Normative sexuality development in adolescence: a decade in review, 2000–2009. *J Res Adolesc* 2011; 21(1):242–255.
2. Dekker L, Vegt E, Visser K, Tick N, Boudesteijn F, Verhulst F, et al. Improving Psychosexual Knowledge in Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Pilot of the Tackling Teenage Training Program. *Rev J Autism Dev Disord* 2015; 45(6).
3. Dewinter, J. Sexuality in adolescent boys with Autism Spectrum Disorder. Enschede: Ipskamp Printing; 2016.

4. Haracopos D, Lennart P. Sexuality and autism: a nationwide survey in Denmark; preliminary report. Copenaghe: Andonia; 1992.

5. Beddows N, Brooks R. Inappropriate sexual behaviour in adolescents with autism spectrum disorder: what education is recommended and why. *Early Interv Psychiatry*, 2016; 10(4).

6. Brown J, Gabrea A, Cooney-Koss L, Hastings B, Pickett, H, Neal D, et al. Autism Spectrum Disorder and Sexually Inappropriate Behaviors: An Introduction for Caregivers and Professionals. *J Spec Popul* 2018; 1(1).

7. Schöttle D, Briken P, Tiescher O, Turner DS. Sexuality in autism: hypersexual and paraphilic behavior in women and men with high-functioning autism spectrum disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2017; 19(4).

8. Brown K, Peña E, Rankin S. Unwanted sexual contact: Students with autism and other disabilities at greater risk. *J Coll Stud Dev* 2017; 58(4): 771-777.

9. Gotby VO, Lichtenstein P, Langstrom N, Pettersson E. Childhood neurodevelopmental disorders and risk of coercive sexual victimization in childhood and adolescence -a population-based prospective twin study. *J Child Psychol Psychiatry* 2018; 58(9): 957-965.

10. Weiss JA, Fardella MA. Victimization and Perpetration Experiences of Adults with Autism. *Front Psychiatry* (2018); 9.

11. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn. American Psychiatric Publishing: Arlington; 2013.

12. Gómez-Zapiain J. Psicología de la Sexualidad. Madrid: Alianza Editorial; 2013.

13. Gómez-Zapiain J, Ortiz MJ, Eceiza A. Disposición al riesgo en la actividad sexual de adolescentes: El rol de los modelos internos de apego, de las relaciones de apego con padres e iguales y de las dificultades de regulación emocional. *Anales de Psicología* 2016;32(3).

14. Fernandes LC, Gillberg CI, Cederlund M, Hagberg B, Gillberg C, Billstedt E.

Aspects of Sexuality in Adolescents and Adults Diagnosed with Autism Spectrum Disorders in Childhood. *J Autism Dev Disord* 2016; 46(9).

15. Hancock GIP, Stokes MA, Mesibov GB. Socio-sexual functioning in autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analyses of existing literature, *Autism Res* 2017; 10(11): 1823-1833.

16. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE nº289, Sec. I, Pág. 95635, Madrid, España, 3 de diciembre de 2013.

17. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE nº 55, Madrid, España, 22 de Septiembre de 2015.

18. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. Nueva York, Estados Unidos: Naciones Unidas; 2006.

19. World Association for Sexual Health. Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico. Minneapolis: USA; 2008, World Association for Sexual Health.

20. Dewinter J, Vermeiren R, Vanwesenbeeck I, Van Nieuwenhuizen C. Adolescent boys with autism spectrum disorder growing up: follow-up of self-reported sexual experience. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016; 25(9).

21. Dewinter J, Parys HV, Vermeiren RR, Nieuwenhuizen CV. Adolescent boys with an autism spectrum disorder and their experience of sexuality: An interpretative phenomenological analysis. *National Autistic Society* 2017; 21(1): 75-82.

22. Dewinter J, Vermeiren R, Vanwesenbeeck I, Lobbestael J, Van Nieuwenhuizen C. Sexuality in Adolescent Boys with Autism Spectrum Disorder: Self-reported Behaviours and Attitudes. *J Autism Dev Disord* 2015; 45.

23. López F. Sexo y afecto en personas con discapacidad. Madrid: Biblioteca Nueva; (2002).

24. García-Fernández JL. Educación sexual y afectiva en personas con minusvalías psíquicas. Cádiz: FEISD; 2000.

25. Gómez-Zapiain J. Sexualidad y afectividad en personas con deficiencia. Pautas de actuación. San Sebastián: Atzegi; 2004.

26. Ballan MS, Freyer MB. Autism Spectrum Disorder, Adolescence, and Sexuality Education: Suggested Interventions for Mental Health Professionals. *Sex Disabil* 2017; 35.

27. Travers J, Tincani M. Sexuality Education for Individuals with Autism Spectrum Disorders: Critical Issues and Decision Making Guidelines. *Educ Train Autism Dev Disabil* 2010; 45(2): 284-293.

28. Corona LL, Fox SA, Christodulu KV, Worlock JA. Providing Education on Sexuality and Relationships to Adolescents with Autism Spectrum Disorder and Their Parents. *Sex Disabil* 2016; 34: 199.

29. Nichols S, Blakeley-Smith A. "I'm not sure we're ready for this ...": working with families toward facilitating healthy sexuality for individuals with autism spectrum disorders. *Soc Work Ment Health* 2010; 8:72-91.

30. Postorino V, Siracusano M, Giovagnoli G, Mazzone L. Aspects of Sexuality During Development in Autism Spectrum Disorder. In: Jannini E, Siracusano A, editors. *Sexual Dysfunctions in Mentally Ill Patients. Trends in Andrology and Sexual Medicine*. Cham: Springer, 2018. P.63-73.

31. Holmes L, Himle M, Strassberg D. Parental romantic expectations and parent-child sexuality communication in autism spectrum disorders. *National Autistic Society* 2015; 13(1).

32. Borquez F, Ellwanger W, Gálvez R, Lamelés G, Poblete I, Kreisel V. Autismo y

Sexualidad: lineamientos y sugerencias para el abordaje. Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso: Chile; 2015.

33. Pryde R, Jahoda A. A qualitative study of mothers' experiences of supporting the sexual development of their sons with autism and an accompanying intellectual disability, *Int J Dev Disabil* 2018; 64(3):166-174.

34. Dewinter J, Vermeiren R, Vanwesenbeeck I, Van Nieuwenhuizen C. Parental Awareness of Sexual Experience in Adolescent Boys With Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* 2016; 46: 713-719.

35. Visser k, Greaves-Lord k, Tick NT, Verhulst FC, Maras A, van der Vegt EJM. Study protocol: a randomized controlled trial investigating the effects of a psychosexual training program for adolescents with autism spectrum disorder. *BMC Psychiatry* 2015; 15(207).

36. Ballan MS. Parental Perspectives of Communication about Sexuality in Families of Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* 2011; 42(5): 676-684.

37. Ruble LA, Dalrymple NJ. Social/sexual awareness of persons with autism: A parental perspective. *Arch Sex Behav* 1993; 22(3): 229-240.

38. [Pecora L](#), [Mesibov G](#), Stokes M. Sexuality in High-Functioning Autism: A Systematic Review and Meta-analysis. [J Autism Dev Disord](#) 2016; 46(11): 3519-3556.

39. Pritchard D, Graham N, Penney H, Owen G, Peters S, Mace FC. Multi-component behavioural intervention reduces harmful sexual behaviour in a 17-year-old male with autism spectrum disorder: a case study, *J Sex Aggress* 2016.

40. Curtiss SL, Ebata AT. Building Capacity to Deliver Sex Education to Individuals with Autism. *Sex Disabil* 2016; 34(1): 27-47.

Tabla 1. Resultados obtenidos en el Cuestionario de Inquietudes.

Tema	N	% de personas interesadas
Cambios Corporales	13	69,2
Menstruación	13	0
Excitación	13	46,2
Masturbación	13	54,2
Coito	13	23,1
Amor y Enamoramiento	13	61,5
Orientación Sexual	13	23,1
Métodos Anticonceptivos	13	15,4
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	13	15,4
Abuso y Violencia Sexual	13	53,8
Acceso a Contenido Sexual	13	0,13

Tabla 2. Resultados obtenidos en la Escala de Satisfacción.

	N	Mín.	Máx.	Media	Desv. Estándar
OBJETIVO	21	3,00	5,00	4,3333	,73030
CONTENIDO	21	3,00	5,00	4,3333	,79582
MATERIAL	21	2,00	5,00	4,1905	,87287
HORA Y LUGAR	21	3,00	5,00	4,5238	,60159
EXPECTATIVAS	21	2,00	5,00	4,0476	,97346
UTILIDAD	21	3,00	5,00	4,3333	,79582
METODOLOGÍA	21	3,00	5,00	4,5238	,60159
PROFESIONAL	21	4,00	5,00	4,7619	,43644
SATISFACCIÓN	21	3,00	5,00	4,2857	,78376

¿Sufren las mujeres usuarias de los Servicios de salud mental deseo sexual hipoactivo?

Do women users of mental health Services suffer from hypoactive sexual desire?

Aranaz Sanchez M¹, Fernández Rodríguez M², García Vega E³, Guerra Mora P⁴

1- EITAF (Equipo de Intervención Técnica de Apoyo a la Familia) de Langreo. Departamento de Servicios Sociales, Plaza Nespral, s/n, 33900. Sama Langreo, Asturias.

2- Centro de Salud Mental I “La Magdalena” y Unidad de Tratamiento de la Identidad de Género (UTIGPA). Área Sanitaria III, Avilés.

3- Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo.

4- Hospital Universitario San Agustín de Avilés, Área Sanitaria III.

Correspondencia

María Fernández Rodríguez

Dirección Postal: Centro de Salud Mental I “La Magdalena”. Valdés Salas, 4, 33400 Avilés, Asturias

Dirección electrónica: maria.fernandezr@sespa.es

Fecha de recepción: 20 de noviembre de 2018. **Fecha de aceptación:** 12 de diciembre de 2018

Resumen

El objetivo de este trabajo es estimar la prevalencia del bajo deseo sexual y del Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo (TDSH) en una muestra de mujeres usuarias de un servicio de salud mental, así como comprobar si esa prevalencia es equiparable a la obtenida en un grupo control de mujeres no usuarias de servicios de salud mental.

Se trata de un estudio de casos y controles. Se realiza en el contexto de salud mental pública.

Se conformaron dos grupos, uno experimental formado por mujeres usuarias de un Centro de Salud Mental, y otro grupo control; en ambos se aplicaron pruebas para evaluar el deseo sexual y el malestar ocasionado por él, así como un cuestionario de variables sociodemográficas y clínicas.

La prevalencia de bajo deseo es del 12.5% en el grupo control, y del 28.1% en el experimental, donde un 9.4% de las pacientes son susceptibles de padecer el TDSH.

El grupo experimental tiene más riesgo de experimentar TDSH, por lo que los profesionales de salud mental sobre todo deberían poner especial atención en esta problemática y en los factores que se relacionan con ella.

Palabras clave: Deseo sexual hipoactivo. Deseo sexual. Disfunción Sexual. Salud mental.

Abstract

The objective of this work is to estimate the prevalence of low sexual desire and the Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDS) in a sample of women users of a mental health service, as well as

verify is this prevalence is comparable to that seen in a control group of women non-users of mental health services.

It is cases and controls study. It is realized in the public mental health context.

Two groups were formed, an experimental group of women users of a Mental Health Center, and another control group; in both tests were applied to assess sexual desire and the discomfort caused by it, as well as a questionnaire of sociodemographic and clinical variables.

The prevalence of low desire was 12.5% in the control group, and 28.1% in the experimental group, where 9.4% of the patients were susceptible to suffer from HSDD.

Experimental group is exposed to a higher risk of suffering from HSDD, therefore mental health professionals in particular should pay special attention to this issue and the factors related to it.

Keywords: Hypoactive sexual desire. Sexual desire. Sexual dysfunction. Mental health.

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

Introducción

La respuesta sexual de mujeres y hombres ha sido descrita a lo largo de los dos últimos siglos de diversas maneras. El paradigma que ha marcado de forma más predominante las investigaciones en sexología es el que describe la respuesta sexual como una serie de fases o etapas. Masters y Johnson hablan de un ciclo de cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Estos estadios corresponden a distintos niveles de excitación sexual y respuestas características durante el desempeño sexual (Masters, Johnson y Kolodny, 1995). Kaplan introduce un nuevo modelo que divide la repuesta sexual en tres fases: deseo, excitación y orgasmo. Incluye una fase de deseo, previa a las anteriores, que tiene en cuenta la influencia en la respuesta sexual de percepciones subjetivas. Si alguna de estas fases está alterada se producen las disfunciones sexuales (Kaplan, 1977). Para Schnarch, el deseo se mantiene presente a lo largo de todo el proceso, acompaña a la excitación y al orgasmo. El deseo es un concepto difícil de definir, para Levine (2003) podría describirse como la suma de fuerzas que nos empujan hacia el comportamiento sexual.

El bajo deseo sexual o deseo sexual hipoactivo (DSH) es el problema de salud sexual más prevalente en las mujeres, tal y como reflejan multitud de estudios realizados en distintas poblaciones y revisiones de la literatura (Abdo, Valadares, Scanavino y

Afif-Abdo, 2010; Brotto, 2017; Clayton, Goldmeier, Nappi, Wunderlich, Lewis-D'Agostino y Pyke, (2010).; Goldstein, Kim, Clayton, DeRogatis, Giraldi, Parish et al., 2016).; Mitchell, Mercer, Ploubidis, Jones, Datta, Field et al. 2013; Ortega y Gutiérrez, 2008; Parish y Hahn, 2016). En el año 2013 la International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) puso en marcha una comisión de expertos en la que se definió este trastorno como la deficiencia persistente o recurrente, o ausencia, de fantasías sexuales y deseo hacia la actividad sexual, que conlleva un malestar significativo o dificultades interpersonales, no explicables por una condición médica o psiquiátrica; además se incluye uno de los siguientes: 1) falta de motivación por la actividad sexual manifestada por deseo sexual espontáneo reducido o ausente, o deseo reactivo reducido o ausente ante señales eróticas y estimulación, o incapacidad para mantener el deseo o el interés durante la actividad sexual, 2) pérdida de deseo para iniciar o participar en la actividad sexual, incluyendo conductas como la evitación de situaciones que pudieran conducir a la misma, no derivadas de trastornos de dolor, y combinadas con malestar clínicamente significativo (incluyendo frustración, duelo, sentimientos de incompetencia, pérdida, tristeza, preocupación...) (Goldstein et al., 2016; Parish et al., 2016). En este trabajo se contempla tanto el deseo receptivo como espontáneo. El objetivo es estimar la

prevalencia del bajo deseo sexual y del Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo en una muestra de mujeres usuarias de un servicio de salud mental de nuestra comunidad, así como comprobar si esa prevalencia es equiparable a la obtenida en un grupo control de mujeres no usuarias de servicios de salud mental.

Material y métodos

Participantes

Se conformaron dos grupos. El Grupo Experimental (GE) se compuso de 32 pacientes que estaban siendo atendidas por psicología clínica o psiquiatría de un centro de salud mental público por diferentes diagnósticos (40,6% depresión; 12,5% ansiedad; 21,9% trastorno mixto ansioso-depresivo y 18,8% otros). El único requisito para participar en la investigación era firmar el documento de consentimiento. Su media de edad fue de 45,63 años (DT=14,65). El Grupo Control (GC) se compuso de 32 mujeres que no acudían a ningún servicio de salud mental público o privado y que firmaron también el consentimiento informado. La media de edad de este grupo fue de 44,63 años (DT=10,88).

Instrumentos

Para la recogida de datos de este estudio se emplearon diferentes instrumentos. Se utilizó un cuestionario para conocer datos *sociodemográficos y clínicos* en ambos grupos. Se utilizó asimismo la historia clínica digitalizada para conocer más datos del GE.

El nivel de deseo sexual fue evaluado con el SDI (Sexual Desire Inventory) (Spector, Carey y Steinberg, 1996). Consta de 13 ítems: Los ítems 1, 2 y 10 se puntúan en una escala tipo Likert de 0 (Nunca) a 7 (Más de una vez al día); el resto de ítems se puntúan desde 0 (Ningún deseo) hasta 8 (Fuerte deseo). Por tanto, el rango de puntuación total de la escala es de 0-101. Estos ítems exploran diferentes aspectos del deseo ante la idea de la actividad sexual con una pareja, con una persona atractiva o en una situación romántica (deseo sexual diádico, ítems del 1 al 9) o con uno mismo (deseo sexual solitario, ítems del 9 al 13), explora también

la frecuencia de pensamientos o fantasías sexuales y el nivel de deseo que le generan, la importancia que tiene para la persona satisfacer su deseo sexual a través de la actividad sexual (en pareja o en solitario) y por último, hace referencia al nivel de deseo de la persona comparada con otras de su misma edad y sexo. En la muestra del presente estudio la fiabilidad alfa de Cronbach es de .94.

Escala de deseo receptivo (DSR). De forma adicional se añadieron al SDI 7 ítems más de elaboración propia sobre el deseo sexual receptivo (ítems 14-20), basándonos en los criterios del DSM-5 y en una revisión de la literatura sobre lo que se entiende por “receptividad” en cuanto a la actividad sexual. Los ítems 14, 15 y 18 se puntuaron en una escala Likert de 0 a 8, y los ítems 16, 17, 19 y 20 en una escala Likert de 0 a 4. El rango de puntuación total sería por lo tanto de 0 a 40 puntos. Se analiza la fiabilidad de esta escala, resultando un alfa de Cronbach de .82 para el total de la muestra.

Medida del malestar. El ítem 21 se creó para evaluar el malestar que ocasiona a la mujer su nivel de deseo sexual. La respuesta a este ítem se puntuó en una escala Likert de 0 a 8 (siendo 0 ningún malestar, y 8 mucho malestar).

Procedimiento

El estudio fue autorizado por la Comisión de Investigación del Área Sanitaria III (Avilés) del Hospital Universitario San Agustín (HUSA). Las personas del GE fueron informadas del estudio por el profesional de referencia que les atendía y decidieron participaron voluntariamente. Cumplimentaron los instrumentos de forma autoadministrada. Para seleccionar a las mujeres del GC se realizó un muestreo de conveniencia, por el procedimiento de bola de nieve: se contactó con 15 personas de diferentes entornos, que a su vez proporcionaron los cuestionarios a varias mujeres de edades similares a las del GE.

Resultados

El GC y el GE no se diferenciaron de forma estadísticamente significativa en las

variables Edad, Estado civil, Tenencia de pareja, Convivencia en pareja y nivel de estudios. Sí se diferenciaron en situación laboral ($p=.023$); consumo de alcohol ($p=.043$) existencia de enfermedades ($p=.001$) y toma de medicación ($p<.001$). Las mujeres del GE no trabajaban tanto como las del GC, consumían menos alcohol, tenían más enfermedades y tomaban algún tipo de medicación.

Mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) se comprueba que las puntuaciones del SDI (ítems 1-13), el DSR (ítems 14-20) y el total del test (ítems 1-20) siguen una distribución normal en los dos grupos. Se aplica la prueba t para ver si existen diferencias significativas entre los grupos control y experimental en dichas puntuaciones, no encontrándose estas diferencias (Tabla 1). Las medias de puntuaciones en las escalas de deseo son mayores en el grupo control. Teniendo en cuenta cada ítem del cuestionario por separado tampoco se encuentran diferencias significativas.

Las diferencias entre los grupos para la variable “malestar” (ítem 21) se comprueban con la prueba U de Mann Whitney, ya que esta variable no tiene una distribución normal. Las diferencias no son significativas (SDI $p=.742$; DSR $p=.172$ y; Total test $p=.600$).

Las puntuaciones en el total del test de deseo se han agrupado en tres rangos: muy bajo o bajo (0-50), medio (51-75) y alto o muy alto (76-141), y las puntuaciones en el ítem de malestar también: bajo (0-2), moderado (3-5) y alto (6-8). En la Tabla 2 se muestran las frecuencias de estas puntuaciones en cada uno de los grupos.

Niveles muy bajos o bajos de deseo, unidos a niveles altos de malestar serían dos condiciones necesarias para poder hablar de trastorno de deseo hipoactivo. Ambos requisitos se dan en 3 mujeres del GE (el 9.4%). En el grupo control no se encuentra ningún caso.

Discusión

Se evaluó el deseo sexual y el trastorno de deseo sexual hipoactivo en mujeres que

acuden a salud mental por depresión, ansiedad y otras patologías. Diversos estudios han mostrado la presencia de trastorno de deseo hipoactivo en personas con depresión (Brotto y Klein, 2010; Kingsberg y Woodard, 2015) y ansiedad (Brotto y Klein, 2010; Brotto et al., 2011; Hubin, De Sutter y Reynaert, 2010).

En el análisis descriptivo de los datos se ha observado que en el GE las medias de las puntuaciones en las escalas de deseo son menores, expresando, en general, un nivel de deseo más bajo que las mujeres del GC. En cuanto al malestar, el GE refleja también niveles más altos. La prevalencia de bajo deseo en este grupo es del 28.1%, cifra que concordaría con las obtenidas en otros estudios experimentales como el de Leiblum Koochaki, Rodenberg, Barton y Rosen (2006) y West D'Aloisio, Agans, Kalsbeek, Borisov y Thorp (2008). La prevalencia en el GC se sitúa 12.5%, bastante por debajo de las cifras que mencionan los estudios citados, realizados en población no clínica.

En cuanto al Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo, se han obtenido medidas sobre el nivel de deseo y sobre el grado de malestar ocasionado por él, observándose que un porcentaje bajo de las participantes presentaban niveles bajos o muy bajos de deseo unidos a un grado alto de malestar. Estas mujeres formaban parte del GE.

Una de las limitaciones de este estudio es el reducido tamaño de muestra, lo que dificulta la generalización de los resultados obtenidos. Por otro lado, las diferencias metodológicas a la hora de evaluar el nivel de deseo y el malestar de las mujeres podrían justificar las discrepancias con otros estudios epidemiológicos en cuanto a la prevalencia del bajo deseo y del Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo. Asimismo, las diferencias existentes entre el CG y el GE podrían dificultar la interpretación de los resultados.

Estudios posteriores podrían ahondar en variables que se han sugerido como relevantes por su influencia en el deseo femenino, tales como la comunicación en la pareja (Brotto, Bitzer, Laan, Leiblum y Luria, 2010; Rubio-Aurioles, Kim, Rosen, Porst, Burns, Zeigler y Wong, 2009), la

insatisfacción o la historia de maltrato físico (Kingsberg y Woodard, 2015).

La falta de deseo constituye un fenómeno que preocupa a muchas mujeres, y que afecta a su calidad de vida y a su bienestar psicológico, entre otras cosas. Por ello, es un factor que debería ser tenido más en cuenta por los profesionales de la sanidad. Teniendo en cuenta los prejuicios existentes a la hora de comentar con los profesionales los problemas o preocupaciones relacionados con la sexualidad, es conveniente una adecuada formación de los propios profesionales para poder abordar estas dificultades en las consultas.

Referencias bibliográficas

- Abdo CH., Valadares A.L., Oliveira W.M., Scanavino M.T. y Afif-Abdo J. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause: The Journal Of The North American Menopause Society*. 2010; 17(6), 1114-1121.
- Brotto LA. y Klein C. Psychological factors involved in women's sexual dysfunctions. *Expert Review Of Obstetrics & Gynecology*. 2010; 5(1), 93-104.
- Brotto L.A., Bitzer J., Laan E., Leiblum S. y Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010; 7, 586-614.
- Clayton A., Goldmeier D., Nappi R., Wunderlich G., Lewis-D'Agostino D. y Pyke R. Validation of the Sexual Interest and Desire Inventory-Female in Hypoactive Sexual Desire Disorder. *The Journal Of Sexual Medicine*. 2010; 7, 3918-3928.
- Goldstein I., Kim N., Clayton A., Derogatis L., Giraldi A., Parish, S. et al. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clinic Proceedings*. 2016; 92(1), 114-128.
- Hubin A., De Sutter P. y Reynaert C. Etiological factors in female Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Sexologies*. 2010; 20, 149-157.
- Kaplan H. Hypoactive sexual desire. *Journal Of Sex & Marital Therapy*. 1977; 3(1), 3-9.
- Kingsberg S. y Woodard T. Female Sexual Dysfunction: Focus on Low Desire. *Obstetrics & Gynecology*. 2015; 125(2), 477-486.
- Leiblum S., Koochaki P., Rodenberg C., Barton I. y Rosen R. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Womens International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*. 2006; 13(1), 46-56.
- Levine S. The Nature of Sexual Desire: A Clinician's Perspective. *Archives Of Sexual Behavior*. 2003; 32(3), 279-285.
- Masters W., Johnson V. y Kolodny R. La sexualidad humana. Barcelona: Grijalbo; 1995.
- Ortega A. y Gutiérrez P. Disfunción sexual: repercusión en la pareja, envejecimiento e implicaciones en atención primaria. *Revista Internacional De Andrología*. 2008; 6(2), 121-126.
- Parish S. y Hahn S. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*. 2016; 4(2), 103-120.
- Rubio-Aurioles E., Kim E., Rosen R., Porst H., Burns P., Zeigler H. y Wong D. Impact on Erectile Function and Sexual Quality of Life of Couples: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial of Tadalafil Taken Once Daily. *The Journal Of Sexual Medicine*. 2009; 6(5), 1314-1323.
- Spector I., Carey M. y Steinberg L. The sexual desire inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal Of Sex & Marital Therapy*. 1996; 22(3), 175-190.
- West S., D'Aloisio A., Agans R., Kalsbeek W., Borisov N. y Thorp J. Prevalence of Low Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorder in a Nationally Representative Sample of US Women. *Archives Of Internal Medicine*. 2008; 168(13), 1441-1449.

Tabla 1. *Medias de las puntuaciones en el cuestionario y prueba t*

	Grupo control (n=32)		Grupo experimental (n=32)		t	gl
	M	DT	M	DT		
SDI	48.47	18.64	43.56	28.18	-.82	53.77
DSR	24.44	6.21	20.44	11.00	-1.79	48.94
TOTAL TEST	72.91	23.89	64.00	37.55	-1.13	52.56

Nota: M=media; DT=desviación típica; t=valor de la t de Student; gl=grados de libertad.

Tabla 2. *Distribución en los grupos de los niveles de deseo y malestar y Chi cuadrado*

		Grupo control (n=32)	Grupo experimental (n=32)	Total (N=64)	χ ²	gl	p
		n (%)	n (%)	n (%)			
Nivel de deseo	Muy bajo-bajo	4 (12.5)	9 (28.1)	13 (20.3)	3.755	2	.153
	Medio	13 (40.6)	7 (21.9)	20 (31.2)			
	Alto-muy alto	15 (46.9)	16 (50.0)	31 (48.5)			
Nivel de malestar	Bajo	27 (84.4)	21 (65.6)	48 (75)			
	Moderado	4 (12.5)	3 (9.4)	7 (10.9)			
	Alto	1 (3.1)	8 (25.0)	9 (14.1)			

“Tres distintos placeres en el acto sexual, según películas de cine de amplia difusión”.

“Three different pleasures in the sexual act, according to films of wide diffusion”

Mora Montes JM

Médico especialista en Psiquiatría y Neurología. Práctica privada.

Correspondencia

José María Mora Montes

Dirección postal: C/ Av. Hernán Cortés, nº 5. 8º C. 10001. Cáceres. España.

Dirección electrónica: morates93@gmail.com

Fecha de recepción: 21 de junio de 2018. **Fecha de aceptación:** 13 de noviembre de 2018

Resumen

El autor mantiene, en “Tres distintos placeres en el acto sexual, según películas de cine de amplia difusión”, la creencia, con base fenomenológica, que todo placer durante el coito hombre-mujer, y en cualquier otra actividad sexual, se puede diseccionar en tres placeres diferentes, que según propia denominación son los siguientes: *placer por atracción erótica*, *placer voluptuoso o de excitación genital* y *placer genital-orgásmico*. Estos placeres generalmente aparecen mezclados, en distinta proporción de unos casos a otros, pero a veces se manifiestan de forma independiente.

Para confirmar esta hipotética realidad el autor examina un reducido número de películas cinematográficas de excelente calidad, en las que la actividad sexual de sus protagonistas es destacada, tales como “Enmanuelle I”, “El último tango en París”, “Dorian Gray”, “50 sombras de Grey”, “El portero de noche”, “Nueve semanas y media”, “Titanic” (1997), “El piano”, entre otras. A modo de ejemplo se describe someramente lo que ocurre en la película “Verano del 42”.

Al ser las buenas películas un fiel reflejo de la psicología humana, mediante su visualización se confirma la tesis planteada.

Palabras clave: Coito. Atracción sexual. Placer Sexual. Orgasmo. Impotencia.

Abstract

The author maintains, in "Three different pleasures in the sexual act, according to films of wide diffusion," the belief, with a phenomenological basis, that all pleasure during male-female intercourse, and in any other sexual activity, can be dissected in three different pleasures, which according to their own name are the following: pleasure for erotic attraction, voluptuous pleasure or genital arousal and genital-orgasmic pleasure. These results are, in general, different mixed, but sometimes they are shown independently.

To confirm this hypothetical reality, the author examines a small number of high quality cinematographic films, in which the protagonists' sexual activity is highlighted, such as "Enmanuelle I", "The Last Tango in Paris", "Dorian Gray", "50 shades of Gray", "The night porter", "Nine and a half weeks", "Titanic" (1997), "The piano", among others. Films considered

pornographic have been excluded. By way of example, we briefly describe what happens in the movie "Summer of 42".

Being good films a true reflection of the psycho-social reality, through its visualization the thesis is confirmed.

Keywords: Intercourse. Sexual pleasure. Sexual attraction. Orgasm. Impotence.

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

Introducción.

El placer sexual en las distintas *fases del ciclo sexual humano*, establecidas por Masters y Johnson (1) desde mediados del pasado siglo (excitación, altiplano o meseta, orgasmo y resolución) tiene una correspondencia en tres placeres distintos. En el momento actual están reconocidos y aceptados dos de ellos: el *placer voluptuoso o de excitación genital* y el *placer genital-orgásmico*. Dicho ciclo se cumple siempre con independencia total de la relación afectiva de las partes.

Con anterioridad a los sexólogos norteamericanos Sigmund Freud (2) se había referidos a los placeres propios del acto sexual, que denominó *placer preliminar* y *placer final*. El psiquiatra vienés explicó convincentemente de qué forma la tensión originada por un placer inicial que aspira a un placer mayor no se traducía en displacer, sino que había placer en cada tramo de la escalada hasta llegar al orgasmo o *placer final*. Sin embargo, en esta descripción fenomenológica ignoró el *placer o deleite por atracción*, que tiende a unir íntimamente a las personas que recíprocamente lo experimentan, está presente en el coito y tiene capacidad para inducirlo. En ocasiones puede estar ausente, pero es más frecuente su presencia, mezclado con el *placer voluptuoso*, bien como placer principal, bien como placer secundario.

Helen Kaplan (3) modificó el *ciclo de respuesta sexual humana, establecido por el matrimonio norteamericano*, retiró la fase de *altiplano* e introdujo el *deseo* como una emoción especial que incita al coito. Este concepto aceptado en sexología pronto se identificó con la atracción sexual y se creó confusión al considerar ambos términos sinónimos. Pero es importante señalar que

atracción sexual y deseo son emociones diferentes.

En este trabajo se trata de confirmar la tesis mantenida por el autor en estudios previos (4) sobre la existencia de tres tipos distintos de placeres sexuales, que juntos o separados aparecen en cualquier tipo de actividad sexual, especialmente en el acto sexual consumado hombre-mujer y que visualizando películas con acusados contenidos sexuales se ratifica.

Método seguido.

Se han seleccionado algunas películas que reúnen las condiciones de ser reconocidas por su calidad, en las que la actividad sexual de sus protagonistas es relevante y es posible entender de qué forma se desarrolla la unión carnal.

Aparte de estos criterios y habida cuenta del gran número de films que reúnen estas condiciones se ha optado por una selección simplemente memorística. Quiere ello decir que solo se han estudiado las películas que con rapidez y suma facilidad se han presentado en la mente del autor.

Por limitación de espacio tan solo una de ellas (Verano del 42) es explicada en su argumento y principal escena sexual. Un film donde el *placer de la atracción* es prevalente sobre los otros placeres sexuales.

Exposición.

El gustar, el atractivo erótico, que está en la base del enamoramiento ha sido juzgado como un fenómeno aparte, ajeno al acto sexual en sí mismo considerado. Esta exclusión es comprensible por haberse identificado erróneamente el amor erótico con la atracción erótica (5). Dos conceptos distintos, pero vinculados en una relación causa-efecto. Pero, si el amor, en sí mismo

considerado, no juega ningún papel en el acto sexual, la atracción erótica, por el contrario, si lo juega y está presente en las distintas fases del ciclo sexual inicialmente establecido por Masters y Johnson, lo que es perfectamente demostrable por simple introspección y por otros métodos.

El *deleite por atracción* es placer, complacencia, regusto, ante la contemplación real o imaginada de otra persona, no por su belleza física, sino por sus rasgos personales sexuales. Puede confundirse con el *deseo*, pero éste apunta principalmente a la excitación y al orgasmo. Quien experimenta el *placer de atracción*, con el léxico al uso, suele utilizar el término *gustar*. También va dirigido al coito, en cuanto unión íntima de dos personas, pero, a diferencia del *deseo*, lo hace con delicadeza, sin apremios, ni arrebatados impulsos.

Un segundo tipo de placer sexual denominado *voluptuoso, lascivo o excitador de la genitalidad*, facilita el acto sexual en la mujer y es imprescindible en el hombre. Es difícil de definir y describir, entre otras cosas porque pocas veces aparece en estado puro y suele ir acompañado del *deleite por atracción*. Surge ya en edades anteriores a la pubertad, en los niños, cuando no han sentido aún de forma clara y manifiesta la *atracción sexual*; entonces la *voluptuosidad* se observa clara y hace posible su identificación y reconocimiento. En adultos también es posible distinguir el placer *voluptuoso* aislado o de forma claramente dominante sobre la *atracción erótica*, sobre todo cuando los individuos acuden a él para alcanzar el orgasmo por cualquier medio a su alcance, principalmente usando la la pornografía.

Manteniendo la idea de la existencia de diversidad de placeres sexuales, llamados otras veces en su conjunto *concupiscencia carnal* o *sexual*, se describe en tercer lugar, *el placer genital-orgásmico*, (*placer final* de Freud), que, como emoción placentera, irrumpe en la conciencia del hombre y de la mujer perfectamente delimitado. Cuando es predominante en el coito el compañero no cuenta en cuanto persona sino que es convertido en mero objeto o fuente de excitación. Así ocurre cuando una pareja por

abuso del acto sexual pierde de su horizonte el *deleite por atracción* y sus relaciones sexuales empobrecidas en extremo no reportan satisfacción. Se quiere tan solo en el coito el *placer voluptuoso* y el *genital-orgásmico*, con estímulos excitantes novedosos y en “*escalada*” de intensidad.

Para confirmar la existencia de estos diferentes placeres es útil recurrir a películas cinematográficas en las que es posible una perfecta distinción. Siendo imposible (por falta de espacio) realizar una exposición detenida de films con los distintos tipos de placeres hay que limitarse a comentar uno de ellos, aunque al final se mencionarán otros más, de forma escueta, donde se destacan estos placeres.

Película “Verano del 42”. Ficha técnica: Realizada en USA, por la Warner BROS. Año 1971. Dirigida por Robert Mulligan. Música de Michael Legrand (galardonada con un Oscar). Interpretada por Jennifer O'Neill, Gary Grimes, Jerry Houser y Oliver Conant.

Sinopsis: Hermie (Gary Grimes), con sus dos amigos Oscy (Jerry Houser) y Benji (Oliver Conant) es un adolescente que pasa sus vacaciones de verano en una isla de Nueva Inglaterra. A la isla llega Dorothy (Jennifer O'Neill), una hermosa muchacha cuyo marido militar parte para combatir en la II Guerra Mundial.

El joven Hermie de 15, desde que vió a Dorothy por primera vez, sintió una atracción deslumbradora sobre la bella joven, unos años mayor que él. Durante un tiempo él y sus amigos se sienten por igual atraídos por la belleza femenina de ella y no reparan en medios para verla por la calle una y otra vez. Hermie tendrá ocasión hablar con Dorothy y de prestarle pequeños servicios domésticos.

Coito: El militar muere y la joven es presa de un gran dolor. En esas circunstancias Hermie entra en la casa de ella y observa tanto su belleza como el sentimiento que le embarga. Dorothy le invita a tomar una copa, y bailan. Los cuerpos muy juntos. El brazo de ella abrazando el cuello de él. La cabeza de la joven, apoyada en el hombro del adolescente. Las caras muy próximas; la de ella dejando escapar algunas lágrimas. Las manos

permanecen cogidas. Luego Dorothy le lleva al dormitorio le quita la chaquetilla que cubre la camisa y el jersey. Ella entra en el dormitorio y delante de él se desnuda. Abre la cama y se acuesta, él la imita y se acuesta también; le coge la mano, juntan sus caras, él sobre ella y luego ella sobre él, no hay estimulaciones voluptuosas, tampoco espasmos, ni gritos. Todo transcurre muy serenamente.

Por lo que se observa, este acto sexual, ha sido realizado por un “*deseo*” repleto de contenido. Dorothy está necesitada de unirse íntimamente con quien alivie su profundo vacío interior. El joven Hermie acepta el coito arrastrado por el *placer o deleite de atracción*, matizado con un sentimiento de ternura hacia la joven. Los otros dos placeres: el voluptuoso y el genital-orgásmico, que sin duda están presentes, son poco significativos.

Películas como “Enmanuelle I”, “El último tango en París”, y escenas de “Dorian Gray” (2009), son claro exponente de actividades sexuales en las que el protagonista busca el placer genital-orgásmico. “50 sombras de Grey”, “El portero de noche”, “Nueve semanas y media”, y otras más, son reveladores de esos estímulos que originan un *placer voluptuoso*. “El piano”, “Verano del 42” y “Titanic” (1997) expresan, ante todo la importancia del *placer por atracción erótica*.

Discusión.

Se dirá como primera objeción que no es científico usar material artístico para probar una hipótesis. Pero ese material será válido si es fiel reflejo de una realidad. ¿Acaso Mahatma Gandhi no se acostaba desnudo con dos jovencitas, igualmente desnudas, por pura atracción? O, ¿es falso el caso autobiográfico de Catherine Millet,(6) que tras tener sexo con hombres que guardaban cola, terminaba masturbándose?

La existencia de tres placeres en el acto sexual, en el que se incluye el *placer o deleite por atracción erótica*, no obedece a un afán teórico, sino que se hace con una intención práctica. Mejor dicho, clínica, en prevención de la “adicción al sexo”. Un trastorno que Patrick Carnes (7), describió

con detalle y luego ha sido confirmada por otros muchos investigadores (8, 9).

Es conocido que los estímulos excitantes del *placer voluptuoso* para ser efectivos han de renovarse y seguir una escalada en su intensidad. Si cualquier persona acude al acto sexual arrastrado por el *placer voluptuoso*, solo o en combinación con el *placer genital-orgásmico*, es muy posible que al cabo de cierto tiempo caiga en la adicción, sobre todo porque estos dos tipos de placeres lo son en cuanto se viven en el momento y piden una repetición incesante. En cambio quien acude al acto sexual por la atracción erótica el placer no queda limitado al instante de ser realizado, sino que se amplía en el tiempo como una grata satisfacción.

Una segunda razón de tipo terapéutico invita a diferenciar el *placer por atracción* de los otros dos. Es muy importante en todos los casos de frigidez o de impotencia empezar examinando la presencia de atracción erótica sobre el compañero, pues si tal atracción no existe difícil será encontrar remedio. Más difícil aún si quien la padece es un hombre.

Referencias bibliográficas:

1. Masters W.H. y Johnson V. E. (1976). *Respuesta Sexual Humana*. Intermédica. Buenos Aires. Argentina.
2. Freud, S. “Una teoría sexual”. (1967). En *Obras Completas*. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. Vol I. P 806-807.
3. Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of sexual desire*. Simon & Schuster. Nueva York.
4. Mora, J.M^a. (2017). *Tálamo conyugal*. Ed. Ulzama. Pamplona.
5. Yela C. (2000). *El amor desde la psicología social*. Ed. Pirámide. Madrid. P 132.
6. Millet, C. (2001). *La vida sexual de Catherine M*. Anagrama. Madrid.
7. Carnes, P. J. (1991). “*Don’t call it love: Recovery from sexual addiction*.” Bantam Books. New York.
8. Alonso-Fernández. F. (2003). *Las nuevas adicciones*. TAE Ed. M9.
9. Voon, V. (2014). “Brain activity in sex addiction mirrors that of drug addiction”. *University of Cambridge*.

Puntos Básicos

Punto 1º.

Desde tiempo inmemorial se acepta la existencia del placer en el coito y en otras muchas actividades sexuales. Pero este placer ha sido considerado como algo genérico que engloba toda clase de sensaciones placenteras.

Punto 2º

Sigmund Freud, a principios del XX, diferenció en el coito un “placer preliminar”, que pone en marcha la actividad sexual y un “placer final”, identificado con el orgasmo. Sin duda, que ni el mismo creador del Psicoanálisis, ni sus seguidores repararon en lo que significaba esta diferenciación.

Helen Kaplan siguiendo las fases del “ciclo de respuesta sexual humana” de Masters y Johnson, introdujo el “deseo” como una primera fase, lo que suponía enriquecer el

famoso “ciclo” con un apunte fenomenológico.

Punto 3º.

El autor de este trabajo, siguiendo los pasos del matrimonio estadounidense y de Kaplan, distingue tres modalidades de placeres sexuales, en el coito o sin relación con él; mezclados entre sí o sin mezclarse, que son los siguientes:

- Placer o deleite por atracción erótica.
- Placer voluptuoso o excitador de la genitalidad y
- placer genital-orgásmico.

El recurso a películas de calidad contrastada para su demostración debe ser aceptado, por tratarse de un tema conceptual, pero sería inaceptable si se tratara de temas epidemiológicos o clínicos.

“La educación sexual con adolescentes: una perspectiva (crítica) psicoanalítica”

“Sexual education in adolescent population: a (critical) psychoanalytic perspective”

Bataller Alberola P

Psicólogo Clínico. Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de Borriana. Castellón de la Plana. Comunidad Valenciana. España.

Correspondencia

Pedro Bataller Alberola

Dirección postal: Unidad de Salud Sexual y Reproductiva. Avenida de Europa, 58. 12530-Borriana (Castellón de la Plana). España.

Dirección electrónica: pedrobataller@gmail.com

Fecha de recepción: 26 de octubre de 2018. **Fecha de aceptación:** 15 de diciembre de 2018

Resumen

La Educación Sexual con la población adolescente es en la actualidad un importante empeño y preocupación tanto para las familias, como para los estamentos educativos y sanitarios. Los modelos teóricos en los que se basan los diferentes programas, se inspiran en perspectivas socio-culturales, sanitarias y de la Sexología moderna. Es importante evaluar las perspectivas sobre la sexualidad humana que subyacen en ellos. Porque en base a estos planteamientos se desarrollan las acciones concretas a llevar a cabo con los/las adolescentes, influyendo además en la actitud general de los/las profesionales que se encargarán de ello, y muy especialmente en las respuestas de éstos ante los comportamientos propios de la adolescencia. Pondremos en cuestión, tanto a nivel teórico como práctico, la ausencia en estos modelos de las aportaciones que el Psicoanálisis ha hecho al respecto y que consideramos especialmente válidas para entender cómo es el desarrollo de la sexualidad humana y cuáles son las posibilidades prácticas para fomentar una vivencia lo más libre y saludable posible en los/las adolescentes.

Palabras clave: Educación. Sexualidad. Psicoanálisis. Adolescencia. Sexualidad infantil.

Abstract

Sexual Education in adolescent population is currently an important endeavour and concern for families, as well as educational and health institutions. The theoretical models on which the different programs are based are inspired by socio-cultural, health and modern sexology perspectives. It is important to evaluate the perspectives of human sexuality underlying them. Based on them, concrete actions to be performed with adolescents are developed, also influencing the general attitude of professionals who will be responsible for this, and especially on their responses to the young people behavior. We will question, both theoretically and practically, the absence in these models of contributions that Psychoanalysis has done in this respect and which we

consider especially valid to understand how the development of human sexuality is and what are the practical possibilities to promote an experience as free and healthy as possible in adolescents.

Keywords: Education. Sexuality. Psychoanalysis. Adolescence. Childhood sexuality.

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

Introducción

La Educación Sexual con adolescentes es una labor esencial en una sociedad moderna y democrática, tanto por parte de las madres y los padres, como de las instancias educativas y sanitarias. No en vano, la adolescencia es un periodo crucial en el desarrollo de cualquier persona, en el que la sexualidad relacional y sus derivadas marcan en gran medida el futuro de las personas.

Son muchos y variados los planos implicados en la Educación Sexual: el cultural, el preventivo, el sociológico, el psicológico -y dentro de éste, el psicoanalítico-, etc. Poder tenerlos en cuenta todos y descifrar la relevancia de cada uno será el objetivo transversal de este artículo. Porque parece importante no confundirlos, y especialmente, no obviar ninguno. Precisamente porque ésto último puede traer como consecuencia el error en la concepción de la sexualidad y el plantearse objetivos poco realistas para la Educación Sexual, tarea tan importante como compleja.

No deja de ser un asunto polémico el de la Educación Sexual, que ha traído ciertas controversias incluso dentro de los mismos partidarios de llevarla a cabo, en especial en el ámbito educativo, que es donde las administraciones deben legislar y organizar cómo desarrollarla. En todo caso, aún con contratiempos, la Educación Sexual ha ido extendiéndose en la mayoría de los ámbitos educativos y en medida más variable en el ámbito familiar. Aunque bien mirado, no debería ésto extrañarnos, porque todo lo referido a la sexualidad ha sido controvertido y veremos algunos de los motivos por los que, a pesar de los cambios sociales, podemos prever que lo seguirá siendo.

Los cambios ocurridos dentro de la Educación Sexual con adolescentes a lo largo

de las últimas décadas, se han producido de forma paralela a cómo la propia sociedad ha ido modificando sus reglas, muy especialmente en las relaciones adultos-jóvenes, o más específicamente padres-hijos, así como a la caída de muchos de los tabúes alrededor de la sexualidad.

Considerando que la Educación Sexual es una mezcla entre salud pública (promoción de la salud, pero también prevención ante los riesgos relacionados), educación afectivo-sexual y a la vez un catalizador (uno más entre muchos) del desarrollo global del adolescente, valoraremos cuáles son los principales modelos teóricos que la sustentan en la actualidad, cuáles los objetivos que se proponen sus programas y en qué medida consideran (o más bien dejan de lado) la perspectiva psicoanalítica. Intentaremos también clarificar si la teoría psicoanalítica puede tener valor para el asunto que nos ocupa.

Modelos de Educación Sexual con adolescentes en el ámbito educativo:

Dos han sido clásicamente los modelos teóricos de Educación Sexual imperantes dentro de la Sexología. En primer lugar podemos considerar el modelo preventivo y de riesgos, que se centra en la evitación de aquellas conductas sexuales que pueden conllevar un riesgo, como los embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual. Desde esta perspectiva no se suele plantear de forma explícita grandes asuntos conceptuales -aunque evidentemente tienen una concepción teórica a la base, o quizás deberíamos decir ideológica-.

En segundo lugar se ha venido integrando la Educación Sexual dentro de la Educación para la Salud, de forma que con visiones más o menos permisivas e incidiendo de manera variable en los riesgos, se intenta integrar la Educación Sexual dentro de todo un paquete

de actuaciones que buscan la promoción de la salud, “entendida como bienestar y promoción de la calidad de vida de las personas y los pueblos” (1). Desde este punto de vista se van introduciendo conceptos como los derechos sexuales, así como las diferentes vertientes de la sexualidad: placer, fecundidad, comunicación, vínculos afectivos, etc. Sin embargo, desde otras perspectivas este modelo se sigue criticando por tener un origen en el modelo médico y poner poco énfasis en los aspectos psicosociales, bajo el temor de que presente al sexo “como riesgo y peligro (...) desligado de la vida emocional de las personas” (2).

Para avanzar en el tema, tomemos ahora tres autores destacados dentro de la sexología en España: Félix López Sánchez, Fernando Barragán Medero y Efigenio Amezúa Ortega. Cada uno desde su perspectiva (psicológica, educativa y sexológica 'pura', respectivamente), presentan planteamientos comunes y a la vez particulares sobre lo que consideran que es la sexualidad, cuáles son sus características y cómo abordar la educación sexual y sus derivadas. Los tres aportan ideas interesantes, siempre en el intento de rebatir tanto el modelo tradicional de la sexualidad, centrado en lo genital - Amezúa-, falocentrista -Barragán- y atravesado por un restringido concepto de normalidad (heterosexualidad y orientado a la reproducción) -los tres autores-, como los planteamientos que históricamente se han ido al otro extremo, el 'modelo revolucionario' que critica López o Amezúa. Sin embargo, como ahora veremos, ninguno de los tres autores toma suficientemente en consideración la perspectiva psicoanalítica.

Félix López incide en una concepción personalizada, lo que llama “modelo biográfico y profesional” (1) de la sexualidad e integrará la Educación Sexual dentro del modelo sanitario de promoción de la salud. No por ello puede decirse que abraza plenamente el modelo médico. Habla de la importancia de tener en cuenta y no reprimir los juegos sexuales infantiles, pero sin contemplar adecuadamente el alcance de los mismos.

Fernando Barragán por su parte, introduce en su discurso algunos conceptos psicoanalíticos, pero éstos no ocupan en su teorización un espacio significativo. Más bien pone este autor el acento en los aspectos culturales, tanto en los actuales como en los cambios históricos que ha habido y que según él explicarían suficientemente porqué la sexualidad humana es algo más que un asunto biológico: “la sexualidad humana es una construcción social resultado de la interacción entre factores biológicos y socioculturales, históricamente creada y concreta en cada sociedad y cultura diferente. (...) Esa interacción (...) le confiere una nueva entidad conceptual a la sexualidad humana que ya no es ni biología, ni cultura, exclusivamente” (3).

Son muchos los autores que inciden en lo cultural-evolutivo como el asunto esencial en la manera de mostrarse y vivir la sexualidad en cada época y sociedad, sin tener a la vez en cuenta la perspectiva de cómo lo intrapsíquico pueda la más de las veces mediatizar todos estos procesos, hasta el punto de que en lo esencial los cambios socioculturales no supongan modificaciones tan profundas como se suelen contemplar. Considerarán, por ejemplo, que “los mecanismos culturales y sociales utilizados para demostrar que 'se es un hombre de verdad' varían notablemente en función de la época histórica, la clase social, la etapa evolutiva y la cultura de referencia – especialmente- por la forma de entender la contraposición entre lo masculino y lo femenino. Asimismo guarda una relación directa con el sistema de producción, los valores y las normas que cada cultura considera deseables” (4).

Los planteamientos de Efigenio Amezúa en su ya clásica “Teoría de los sexos” (5) merecen un análisis más detallado. El autor incide en la sexualidad como un hecho esencial de lo humano (Hecho Sexual Humano) y extrae de ello numerosas derivadas. Los programas basados en estos planteamientos huyen (o al menos lo intentan) de lo preventivo, o sólo introducen lo mínimo necesario. Amplían además, de forma relevante, los objetivos que se

proponen, integrando la educación sexual dentro de programas más ambiciosos, donde lo importante es el desarrollo integral y saludable de la persona.

Cuatro son los campos conceptuales para Amezúa: sexuación, sexualidad, erótica y amatoria, que se describen desde tres planos de individuación: modos, matices y peculiaridades. Tal como lo resume A. García Mañas (6) podemos describir los cuatro conceptos de la siguiente manera: la sexuación se refiere al proceso de construirse a lo largo de la vida como hombre o como mujer; proceso y biografía propia son claves en este ámbito; no existen dos sexos puros sino un continuo de estadios intermedios, con toda su variabilidad posible. Por sexualidad se entiende la vivencia que cada individuo tiene de su propio proceso de sexuación, es decir cómo se siente como hombre o como mujer. La variabilidad evidentemente es inmensa: la manera particular de ser sexuado. La erótica es el ámbito de los deseos y anhelos; describe el modo de desear de los sujetos, la atracción, tanto a nivel real como en la imaginación, a través de las fantasías eróticas. Considerará Amezúa la erótica como un concepto más amplio que el de libido. Por último, la amatoria se refiere a la manera particular de expresarse el deseo: lo que tradicionalmente se han llamado 'las relaciones'; es decir las conductas concretas que se llevan a cabo. Hay múltiples formas de amarse y éstas se van modificando en función del contexto sociocultural y también según el momento biográfico propio. En la amatoria se incluyen, por tanto, todas las formas o modalidades de encuentro entre dos seres que se desean (7).

La gran mayoría de planes educativos vigentes están planteados en mayor o menor medida desde la perspectiva de Amezúa. Es evidente que presenta innovaciones importantes, diferenciando conceptos que se confunden en otros planteamientos teóricos, poniendo además en un lugar central el sexo y el carácter sexuado del ser humano.

Las innovaciones además no son sólo teóricas, sino que también las aporta a nivel práctico, a la hora de implementar las acciones con los jóvenes. En este sentido se

intenta huir tanto del moralismo con tintes represores (que sólo pretende contener, frenar al adolescente, seguir tratándolo como un niño, sin prácticamente derechos sexuales, incidiendo casi exclusivamente en la prevención de los riesgos), como de la tendencia actual a "la confusión o identificación del sexo con el placer", donde se va "deprisa en las cuestiones del placer, (...) pasando por alto el sexo -y el Eros-, que es donde se encuentran sus claves" (8). Y es que bajo el pretexto de la permisividad y la búsqueda del placer, se persiste en los mismos errores: el falocentrismo, la genitalidad, la heterosexualidad como único marco normalizado, etc.

A la par que todo lo anterior, no es menos cierto que Amezúa pasa de puntillas por lo psicoanalítico. Podríamos decir que su modelo teórico se basa en un planteamiento de base social o psicológico a nivel consciente. De forma que considera Amezúa que si los cambios sociales no han dado como resultado un verdadero cambio en la vivencia de la sexualidad (en sus cuatro vertientes), ha debido de ser porque se confunden éstas (sobretudo el placer con el sexo). Y un verdadero cambio podría lograr en última instancia que la sexualidad se viva por fin de una manera digamos libre, saludable y sin mayores contratiempos. O en sus palabras: "una nueva conciencia del ser humano sexuado, fuera de los dioses o de la naturaleza -autónomo y libre- y teniéndose, por tanto, que gobernar por sí mismo" (8).

¿Pero y si 'los dioses' estuvieran dentro de nosotros y fuesen a seguir estándolo?

Y es que Amezúa llega a considerar la 'teoría de la libido' freudiana como una "teoría menor" y sus conclusiones "atractivas y anecdóticas" (8). Y es precisamente esto lo que, limita grandemente esta perspectiva, pues no se nutre de lo que aporta la perspectiva psicoanalítica a la comprensión de la sexualidad.

Los objetivos de los programas de Educación Sexual:

Evaluando los objetivos que se proponen los programas de Educación Sexual podemos valorar también, aunque sea de forma

indirecta, la concepción sobre la sexualidad que subyace en ellos.

No deja de sorprender lo amplios y ambiciosos que son los objetivos en la práctica totalidad de los programas de Educación Sexual. Se pretende “informar, pero sobretudo formar personas responsables y capaces de asumir actitudes de igualdad, respeto y responsabilidad (...), y de naturalidad ante la sexualidad” (9); con la idea de “aprender a vivir la sexualidad de forma libre, responsable, saludable y placentera; (...)se pretende ayudar a las personas a resolver bien la necesidad de intimidad corporal y afectiva, a la vez que a ser libres y responsables en la actividad sexual” (1).

En cierto modo, lo que subyace tras estos puntos de vista es que informando sobre la sexualidad y formando en una manera diferente de vivirla y expresarla, se logrará prácticamente el desmontaje del 'tabú de la sexualidad', pudiendo a partir de entonces hablar del tema con espontaneidad y sin problema alguno, del mismo modo que se facilitará el vivir la sexualidad de forma saludable, satisfactoria, y de manera potencialmente similar a cualquier otra faceta humana. Y esto se considera posible, porque desde estas perspectivas tal 'tabú' tiene exclusivamente raíces sociales y culturales.

Si los cambios que se han dado en las últimas décadas no han supuesto “un verdadero reconocimiento de la sexualidad, ni han sido siempre positivos”, es porque se ha pasado de un ocultamiento generalizado, a una “actitud dominante de permisividad y comercialización”, y no de “aceptación y tolerancia” (1). El cambio verdadero vendrá de una mayor y mejor educación sexual, tanto en el ámbito familiar como en el escolar, plantean los autores.

Pero la realidad es más tozuda...y no digamos la realidad psíquica. Porque 'el tabú' alrededor de la sexualidad, es decir aquello que la hace diferente a cualquier otra faceta humana, no sólo tiene causas culturales, sino más bien se enraíza en lo psicológico. Digámoslo con una pregunta: ¿y si ese tabú que se pretende entender como consecuencia

exclusiva de lo cultural y social, de los años de falocentrismo y ocultación de la sexualidad, fuera más bien, sobretudo en su esencia, parte consustancial de lo sexual y fuese posible seguir viéndolo presente en las diferentes expresiones de la sexualidad de hoy en día?

En el País Valenciano se lleva a cabo el Programa de Información y Educación Sexual para adolescentes (PIES). Fue desarrollado por la Dirección General de Salud Pública de la Conselleria de Sanitat Universal para ser impartido en los institutos a los alumnos de 3º de ESO. Las evidencias del inicio cada vez más temprano en las relaciones sexuales, están haciendo plantearse adelantar el programa al curso anterior, 2º de la ESO, donde el alumnado tiene alrededor de 13 años.

En la justificación de la intervención se destacan datos referidos a la incidencia de embarazos no deseados y ETS, y a la base preventiva que inspira la implantación de este programa. Pero sus objetivos son más ambiciosos. Se dice en la justificación: “la Educación Sexual promueve que los jóvenes construyan conocimientos, actitudes y valores como la ética del consentimiento, la igualdad de los sexos, la lealtad interpersonal, el placer compartido, la responsabilidad compartida, la autonomía emocional y la igualdad de las distintas orientaciones sexuales” (10). Y aunque evidentemente, se habla de objetivos de alguna manera transversales, y por lo tanto a conseguir en todo el proceso educativo y por distintos actores formativos y sanitarios, la consideración de la sexualidad como una 'materia' susceptible de ser enseñada, denota más de lo que aparenta.

Y no niego en absoluto la importancia de estos objetivos, esenciales en el proceso educativo y formativo de cualquier persona. Pero la no de consideración de determinados aspectos de la sexualidad, esenciales y que no dejan de estar presentes aunque la manera de mostrar y expresar la sexualidad haya cambiado, lleva en muchas ocasiones a esperar un beneficio inmediato de nuestra intervención, y también a sorprendernos (cuando no, contrariarnos) por volver a

encontrar las mismas actitudes en los adolescentes que veíamos (vivíamos) décadas atrás.

Se dice también en el referido texto: “la sexualidad relacional irrumpe irremediabilmente en cada persona que pasa de la infancia a la juventud” (10). El término irrumpir haría pensar que aparece algo, de forma sorpresiva y brusca, de lo que previamente no se ha tenido conocimiento ni contacto alguno. Por otro lado, al referirse a la 'sexualidad relacional' se deja entrever, quizás de forma excesivamente sutil, que aspectos no relacionales de la sexualidad pudieran haber estado presentes previamente. Sin nombrarla, la sexualidad infantil parece estar presente.

Pero lo que debe ser entendido como esencial en el desarrollo psíquico de las personas y con consecuencias en la conformación de la sexualidad humana, en ningún caso se podría pretender modificar de forma radical con programas educativos ni tampoco formativos. De la misma forma que ningún cambio socio-cultural ha supuesto una modificación en lo esencial de la sexualidad, aunque para poder apreciarlo haya que 'agudizar' la vista o al menos no dejarse llevar por las apariencias. Veamos en el siguiente apartado la relevancia de este asunto.

La perspectiva psicoanalítica:

El nacimiento del psicoanálisis y su posterior desarrollo, están enormemente relacionados con la concepción de la sexualidad que alumbró Freud, y que va más allá del uso habitual de este concepto. Explicar en pocas líneas el alcance de este asunto no es tarea sencilla. Intentaremos en todo caso dar unas pinceladas.

Son muchos y variados los aspectos del psiquismo humano que el psicoanálisis considera impregnados por la sexualidad, por lo pulsional. Entre ellos están: la inicial estructuración del psiquismo, la conformación del inconsciente, el deseo de contacto y unión con los objetos externos, el desarrollo de las instancias internas normativas (superyó, ideal del yo), los repetidos intentos por mantener la relación niño/a-madre en sus características diádicas evitando al tercero (y como correlato a esto

último, el Complejo de Edipo, considerado como último intento para no perder ese supuesto lugar de completud; “último intento”...que se repite una y otra vez), el narcisismo, etc.

Dos son a mi entender las características más relevantes de la sexualidad en psicoanálisis para el asunto que nos ocupa: en primer lugar su extensión a la infancia y en segundo, el concebir que la sexualidad es el único aspecto humano que se desarrolla en dos tiempos, con una represión (en el sentido psicoanalítico de la palabra) crucial en medio.

Comencemos por el primer asunto. Son frecuentes las confusiones al simplificar la sexualidad infantil a un mero “funcionamiento fisiológico” (11), de forma que se acaba dando un verdadero vaciado de contenido, en la medida en que se considera exclusivamente lo visible, el acto (habitualmente la aparición de la masturbación-estimulación genital del bebé, o los juegos sexuales entre iguales, conocidos a través de la información -consciente- de adultos sobre sus recuerdos de infancia). Se acaba convirtiendo, a menudo sin ser consciente de ello, en una aceptación simplemente formal de la sexualidad infantil, negando u obviando que ésta tenga muchos más matices e implicaciones.

Pero el descubrimiento de Freud excede sobremedida todo esto. Evidentemente amplía lo que se considera sexual, lo anuda en su origen a lo orgánico pero destacando que de forma casi inicial, va tomando otros caminos; por ejemplo, el chupeteo del recién nacido excita la boca, los labios, y pronto se busca ese placer en sí mismo, más allá de la necesidad de alimentarse. Es por esto que el psicoanálisis hablará de pulsiones y no de instinto. Se definen como sexuales estos asuntos en la medida que se hilarán para conformar en su continuidad lo que en la persona adulta se considerará sin margen de dudas como sexual.

Por el camino el psiquismo se irá construyendo con una estructuración diferenciada, de donde surgirá la división radical entre Consciente e Inconsciente. Instancia ésta última que como

posteriormente entenderá Freud en su segunda tópica alcanza también al Yo (12). ¡Y vaya si lo alcanza! Es por esto que no podemos pensar que acudiendo a informar/formar a nuestros jóvenes sobre la sexualidad, vamos a poder modificar la esencia de un asunto que es en gran medida inconsciente. Y precisamente por no ser consciente, de ello nada 'sabe' ni 'conoce' el joven, ni lo que hubo dentro de él/ella durante su infancia, ni la presencia de todo aquéllo en sus deseos o actúales actuales. Y ésto enlaza con el segundo asunto esencial que decíamos de la concepción de sexualidad en psicoanálisis.

Y es que la otra característica importante es que la sexualidad no tiene un recorrido lineal, sino que se desarrolla en dos tiempos. Experiencias, deseos, fantasías, etc. acaban en el Inconsciente una vez se supera, al menos en lo esencial, el complejo de Edipo o en el caso de la niña, siempre según Freud, cuando ésta abandona determinados deseos hacia la madre para entrar en el Edipo, y salir de él posteriormente. Lo cierto es que la salida ('el sepultamiento') del Complejo de Edipo (13), dará paso a un periodo donde lo sexual tomará otros derroteros, silenciosos: el periodo de latencia (cada vez más corto hoy en día, cada vez más difícil de apreciar).

Considerar todo ésto es de vital importancia, porque la sexualidad no irrumpe en la adolescencia en una tabla rasa, sino más bien resurge (14), con características y estructura diferenciadas, pero invadida por el retorno de lo que fue reprimido (15). Como decíamos, el joven 'sabe' de lo sexual, y a la vez 'desconoce' lo esencial que hubo dentro de él, y que sigue presente en su Inconsciente y por ello plenamente activo en su interior.

Y el hecho de que el desarrollo no sea lineal, sino que venga dado en dos fases, interrumpidas por el 'sepultamiento' del Edipo, nos será clave para entender muchas de las cosas que se dan en la adolescencia y en el trato con los adolescentes. Como lo que nos ocurre cuando vamos a un aula con nuestra mejor voluntad a informar y formar sobre la sexualidad, sobre los derechos de los jóvenes a disfrutarla y las precauciones que es importante que tomen, y no recibimos la

escucha ni nuestro mensaje cala como esperábamos y deseábamos.

Mención a parte merecen los más que evidentes cambios sociales que se han producido respecto a la sexualidad en las últimas décadas. Si miramos los escritos de Freud, vemos que uno de los asuntos más controvertidos a finales del siglo XIX y primeros del XX era qué contar a los niños/as sobre cómo se engendraban los hijos, y cuándo empezar a hablar del tema. La 'aclaración de la sexualidad' al niño se consideraba un asunto crucial, incluso como se pensaba entonces para prevenir la aparición de ciertos trastornos, que se consideraban consecuencia directa de la represión (en el sentido cultural/social) de la sexualidad en los niños (16). Evidentemente estos planteamientos se consideran superados en la actualidad, al menos entendidos de esta manera. No dejan de ser fruto de una época así como de una cierta ingenuidad en los orígenes del psicoanálisis y de la dificultad para integrar los avances en su justa medida y alcance. El mismo Freud fue cambiando de idea y acabó entendiendo que lo esencial no era tanto la información que se le daba al niño, sino los procesos internos y propios de cada persona; y que la clave formativa era más bien ayudar al niño "en su investigación e impedir el que cree represiones" (17).

Lo cierto es que hoy en día, las dudas están en otros ámbitos. O quizás habría que decir que se hace como si no hubiera dudas. De alguna manera se considera que una vez que los tabúes sobre la sexualidad, que encorsetaban a la sociedad generaciones atrás, han caído, será posible informar sobre la sexualidad sin cortapisa alguna. Que los niños y adolescentes a quienes se les transmita toda la información posible vivirán la sexualidad de forma sana y saludable, sin prácticamente problemas. Y que si alguno tuvieran, sería consecuencia no de asuntos propios e internos y a la vez universales, sino simplemente por la persistencia de aquellos mismos tabúes pero con características diferentes.

Pero si somos críticos entenderemos que nada de esto es así. Evidentemente la 'moral

sexual' ha cambiado enormemente: la sexualidad ya no es ese asunto privado innombrable y exclusivo del matrimonio heterosexual y orientado a la procreación. Pero eso no quiere decir que haya cambiado la esencia de la sexualidad y, cabría decir, del psiquismo humano. Como señala Clara Cecilia Mesa, el engaño, la equivocación viene dada por pensar que es "la represión la que produce el trauma y no al contrario", porque el descubrimiento de Freud es que "la dimensión traumática de la sexualidad es estructural y no contingente" (15).

Y esto nos ayudará a entender porqué sigue apareciendo en mayor o menor medida la dificultad en el adolescente para escucharnos, la negativa en ocasiones completa a recibir del adulto información o formación, no digamos consejo, precisamente porque el adulto es (siempre) quien representa la ley, la norma y es ésta la que evolutivamente obligó a dejar de lado los deseos infantiles incestuosos, como por otro lado no podía ser de otro modo. Sin embargo, sorprende la contrariedad de muchos profesionales cuando abordan estos temas con los adolescentes y se siguen encontrando con los mismos silencios, incomodidades, medio sonrisas, chistes repetidos o directamente incapacidad para tratar/recibir con naturalidad de los adultos información sobre la sexualidad.

Y si ahondamos un poco más podremos considerar que en la propia confianza en que el conocimiento facilite una vivencia sana, feliz y sin contradicciones de la sexualidad, persiste la negación indirecta de lo pulsional y de la sexualidad infantil. Básicamente porque se considera que la caída de la moral sexual clásica y la Educación Sexual a los adolescentes debería tener como consecuencia un encuentro sexual positivo.

Y es que una cosa es que la sexualidad se pueda expresar y en ocasiones mostrar de forma diferente a como se hacía antaño y otra bien diferente es que haya cambiado su esencia básica, sus características diferenciadas. Y con éstas considero que hay que seguir contando, también a la hora de formar a nuestros jóvenes.

Diferencias y similitudes entre los adolescentes de dos generaciones.

Es frecuente utilizar en el desarrollo de los programas de educación sexual una herramienta especialmente válida. Se trata de ofrecer a los jóvenes la posibilidad de hacer por escrito preguntas anónimas sobre cualquier duda que tengan, que posteriormente se responden a todo el grupo a la vez.

Mediante este método, las preguntas más frecuentes realizadas entre los adolescentes han sido clásicamente las referidas a la masturbación, en los chicos, y la menstruación, en las chicas. Asimismo son habituales las preguntas cruzadas sobre la sexualidad del otro sexo, muy especialmente las dudas de los chicos sobre lo que desean o les excita a las chicas. Por último abundan las preguntas sobre los riesgos en las relaciones sexuales, SIDA y otras ITS.

A grandes rasgos esto ha sido, por nuestra experiencia, una constante. Sin embargo, haciendo una somera evaluación diacrónica, podemos valorar algunas diferencias evolutivas. En la Tabla I presentamos las preguntas hechas en un curso de 2º de la ESO del año 1997, en un centro escolar de Borriana. En la Tabla II nos trasladamos al año 2015, casi veinte años después, y vemos lo que preguntaban en un curso de 3º de la ESO, en la referida localidad.

Mucho se podría decir de cada una de las preguntas realizadas. Lo cierto es que nos permiten captar globalmente las diferencias y similitudes entre los adolescentes de ambas generaciones. Se observa por un lado que en la primera adolescencia de hace veinte años las principales preocupaciones estaban centradas en los cambios corporales, en la 'bondad' de la masturbación y sus posibles consecuencias negativas, incluso en cuestiones que podemos considerar básicas del coito.

Vistas desde hoy pueden hacernos pensar que la mayoría de estos asuntos están ya superados. Porque en la medida en que de la sexualidad se habla y se escucha (también se ve) mucho y de forma extendida en la actualidad (y no sólo en Internet), dudas del pasado ya no tendrían cabida hoy en día.

Sin embargo, no deja de ser relevante que en 2015 abunde el contenido explícito. Más aún si señalamos que además de las preguntas apuntadas en la tabla II, había un número importante en la que el contenido dejaba ver una cierta necesidad de 'provocar' o quizás de 'probar' al profesional que fuese a responder las cuestiones planteadas. Es llamativo que en 1997 no estaba prácticamente presente esta dinámica.

Podemos pensar que la evidente mayor información (en ocasiones deformada) no ha sido en absoluto suficiente para que los adolescentes abandonen determinadas actitudes sobre la sexualidad, de forma que persiste la broma, la chanza, la provocación... Incluso de forma mucho más explícita. Como si volviéramos al punto de salida. Y pudiéramos ver de otras maneras que la sexualidad es un asunto que ni el mejor de los programas educativos pudiera desmontar...desmitificar.

Desde otra perspectiva bien distinta podemos añadir que lo que se ha dado en las últimas décadas incluye además lo que la psicoanalista francesa Dominique Cupa llama “una excitación generalizada”, que en opinión de Martina Burdet da lugar a una “excitación social y pulsional difíciles de ligar” (18). Se da una creciente hipersexualización, que se aprecia a nivel clínico por un aumento de la patología del narcisismo, pero que podemos también observar en ámbitos tan variados como la utilización de la sexualidad en la publicidad - en especial del cuerpo de la mujer-, la menor distancia entre el mundo adulto y el infantil, que ha llevado a considerar la inexistencia o al menos la radical disminución del periodo de latencia, y también la irrupción cada vez más temprana de las primeras relaciones sexuales, y la presión social que sienten los chicos y chicas si en su caso no es así.

Algo de todo esto podemos apreciar en el tono de las preguntas más recientes. También en el contenido de las mismas, así como sobretudo en el tozudo hecho de que persista hoy en día la necesidad de la provocación, la chanza, la burla, la broma....cuando se habla de sexo.

A modo de conclusión: defensa de otra Educación Sexual.

Lejos, lejísimo nos queda la época victoriana donde nació y creció el psicoanálisis. Muchos de los planteamientos de Freud fueron rompedores en su momento y facilitaron claramente la caída del pertinaz ocultamiento de todo lo sexual que entonces imperaba. Sin embargo, más allá de sus luces y sus sombras, y en contra de la postura subyacente a la práctica totalidad de los programas de Educación Sexual, el psicoanálisis sigue teniendo mucho que alumbrar sobre lo que hay de diferencial en la sexualidad, sobre cuáles son las posibilidades educativas, formativas y de cambio al respecto y cuáles son sus límites, dada la esencia inconsciente inherente a lo sexual.

El reto, sin ninguna duda, será poder integrar “las conquistas freudianas sobre el inconsciente y la pulsión” (15) en los programas de Educación Sexual. Y esto no será tan determinante desde mi punto de vista para una modificación de los contenidos a ofrecer, que en general son adecuados y razonables, sino más bien para un cambio efectivo en la propia actitud del docente/educador/facilitador (llámesele como se prefiera) a la hora de transmitir tanto contenidos como actitudes hacia la sexualidad. Porque tan importante es la *letra* (los contenidos), como la *música* (la actitud), de forma que no olvidemos en ningún momento que se está transitando un terreno diferente a cualquier otro y precisamente por eso resbaladizo. Y esto facilitaría enormemente el no extrañarse ni menos aún contrariarse porque sigan apareciendo determinadas dinámicas ante lo sexual (¡más aún en la adolescencia!), que en ningún caso se pueden explicar exclusivamente por causas sociales, sino que tienen origen psíquico. Lo cual no es incompatible con poder seguir planteándonos objetivos parecidos a los habituales en los programas actuales de Educación Sexual, aunque se deberían entender más bien como procesos personales, en los que la Educación Sexual puede ser un elemento más que vaya a facilitar el proceso madurativo que ayude a los jóvenes a vivir la sexualidad con mayor libertad propia y

respeto a los demás, pero sabiendo al mismo tiempo que hay aspectos que están y van a seguir estando presentes.

Porque no insistiremos lo suficiente: aunque sean evidentes los cambios socio-culturales tan relevantes que han ocurrido, la esencia interna de la sexualidad y de su construcción no se han modificado un ápice. Y aunque la manera de expresar lo sexual ha cambiado radicalmente (recordemos la tendencia a la hipersexualización a la que nos referíamos anteriormente), no es menos cierto que sigue siendo necesario contemplar aspectos estructurales que ningún cambio social podrá modificar: la sexualidad infantil -así como la constante tendencia del adulto a negar directa o indirectamente su existencia-, el desarrollo de la sexualidad en dos tiempos, y por consiguiente la presencia activa de lo inconsciente. Ser capaces de apreciar los beneficios de una mayor información y formación sobre la sexualidad para los niños y adolescentes, y en consecuencia valorar positivamente que hayan caído tabúes que sólo servían para limitar y constreñir el desarrollo sexual o en todo caso la expresión de la misma, no nos debe impedir a la vez ser críticos con el alcance cierto de los cambios que ha habido.

Decía Freud que el ser humano “trata los asuntos de dinero de idéntica manera que las cosas sexuales, con igual duplicidad, mojigatería e hipocresía” (19). Mucho hemos ganado en la medida que en nuestro tiempo es posible tratar los asuntos de la sexualidad de otras maneras bien diferentes, y más aún hacerlo con nuestros jóvenes para recordarles su derecho a decidir cómo, cuándo y de qué manera vivir su sexualidad, así como a cuidarse a sí mismos y a los demás, sin por ello restringir sus libertades. Pero no nos llevemos a engaño: la sexualidad es y será un asunto diferenciado, donde el encuentro con el otro/la otra nunca será cosa sencilla (algunos dirán que simplemente es imposible, no llegaremos a decir ésto), dado que fuerzas inconscientes campan a sus anchas. No olvidar ésto (y otros asuntos que ilumina el psicoanálisis) nos ayudará a ponernos ante un grupo de adolescentes y no llevarnos sorpresas. Al menos, no demasiadas.

Referencias bibliográficas

1. López Sánchez, F. La educación sexual. 2ª Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 2009; 75,74-82,21-25,97.
2. Pellejero L, Torres B. La educación de la sexualidad: el sexo y el género en los libros de texto de Educación Primaria. *Rev de Educación* 2011;354:404.
3. Barragán F. La Educación Sexual y la Educación Secundaria Obligatoria: Enseñar a Creer o Aprender a Crear. Junta de Andalucía. Consejería de educación y ciencia. 1996;99. Disponible en: www.educagenero.org/ESJunta/Secundaria/sexual.pdf.
4. Téllez A, Verdú AD. El significado de la masculinidad para el análisis social. *Rev Nuevas Tendencias en Antropología* 2011; 2,80-103.
5. Amezúa E. Teoría de los Sexos. La letra pequeña de la sexología. *Rev Esp de Sexología* 1999;95-96.
6. García Mañas A. Cómo trabajar en sexología con jóvenes y adolescentes. Madrid: Ed Síntesis, 2015;20-23.
7. Herranz MT, Meler M. La Teoría de los Sexos como marco para un abordaje global en Terapia Sexual. *Clínica Contemporánea (Mad)* 2015; 6.
8. Amezúa E. El sexo: historia de una idea. *Rev Esp de Sexología* 2003;115-116:53,176,56-57.
9. De la Cruz CJ, Sáez JS. Una propuesta de intervención. *Rev de Sexología* 1994;62(anexo 3).
10. Justificación del Programa de Intervención en Educación Sexual. Conselleria de Sanitat Universal y Conselleria d'Educació. Disponible en: <http://cuidatecv.es/pies/wp-content/uploads/2012/09/JUSTIFICACION-Y-PRINCIPIOS-DEL-PIES.pdf>
11. Laplanche J, Pontalis JB. Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Ed Paidós, 1996:404.
12. Freud S. El yo y el ello (1923). Buenos Aires: Amorrortu Ed, 2000:vol XIX,13-66.
13. Freud S. El sepultamiento del complejo de Edipo (1924). Buenos Aires:Amorrortu Ed, 2000:vol XIX,177-187.

14. Clamosa E. Límites en la educación sexual. Diálogos, Rev Fed Planificación Familiar Esp (Mad) 2001;46:18-23.

15. Mesa CC. Adolescencias contemporáneas: de la educación sexual al saber en exceso. Informes psicológicos (Medellín) 2006;8:39-55,48,54.

16. Del Cura M, Huertas R. Medicina y sexualidad infantil en la España de los años treinta. La aportación del psicoanálisis a la pedagogía sexual. Hispania (CSIC) 2004;218:987-1002.

17. [Garma A. El psicoanálisis, la neurosis y la sociedad. Ed Arch Neurobiología 1936:42-50]. Citado en Del Cura M, Huertas R. Medicina y sexualidad

infantil en la España de los años treinta. La aportación del psicoanálisis a la pedagogía sexual. Hispania (CSIC) 2004;218:987-1002.

18. [Cupa D. Eros sacrificié à Narcisse. Monographies et débats de psychanalyse: L'inconscient freudien. París: PUF:71-78]. Citado en Burdet M. Soplan aires de excitación excesiva. Rev de Psicoanálisis de la Asoc Psic de Madrid 2013;70;12.

Freud S. Sobre la iniciación del tratamiento (1913). Buenos Aires:Amorrortu Ed, 2000:vol XII,132.

TABLA I: preguntas en 2º de la ESO, año 1997.

- '¿cómo se masturban las chicas?
- ¿en el sexo sienten el mismo placer hombres y mujeres?
- '¿cómo es el orgasmo femenino?
- '¿las chicas tienen o pueden tener placer?
- '¿por qué duele la regla?
- '¿qué pasa en el cuerpo cuando no te viene la regla varios meses y no has hecho nada?, ¿es eso malo para el futuro?
- '¿por qué las mujeres tienen la regla y los hombres nada?
- '¿cuando haces el amor los chicos tienen que meter y sacar el pene?

TABLA II: preguntas en 3º de la ESO, año 2015.

- '¿a qué edad es recomendable hacerlo?
- '¿es malo hacerlo antes, después o durante la regla?
- '¿cómo se tiene que realizar la primera vez?
- '¿qué le gusta más a las chicas que le froten el clítoris con el dedo o la penetración?
- '¿qué les gusta más, penetración lenta o rápida?
- '¿la primera vez duele?, ¿sale sangre?
- '¿qué es el sadomasoquismo?
- '¿es sano el sexo anal?

Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino.

Diagnosis and pharmacological treatment of female hypoactive sexual desire disorder.

Espitia De La Hoz FJ

Especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad Militar Nueva Granada. Especialista en Sexología Clínica. Máster en Sexología: Educación y asesoramiento sexual. Universidad de Alcalá de Henares.

Correspondencia

Franklin José Espitia de la Hoz

Dirección electrónica: espitiafranklin@hotmail.com

Fecha de recepción: 14 de septiembre de 2018. **Fecha de aceptación:** 18 de diciembre de 2018

Resumen

Objetivo: conocer las opciones diagnósticas más confiables y las terapias farmacológicas actuales, en el manejo del trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino.

Materiales y métodos: se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Bibliográficas de medicina (BIREME, EBSCO, EMBASE, LILACS, MEDES, MEDLINE, Ovid SP, Ovid-Hinari, ProQuest Central, PubMed, SciELO y SCOPUS); con las palabras claves: diagnóstico, disfunción sexual femenina, sexualidad, terapéutica y trastorno del deseo sexual hipoactivo.

Resultados: se revisaron 279 artículos y se seleccionaron 141, los cuales estaban relacionados directamente con el tema. Se mencionan las formas de hacer el diagnóstico y las recomendaciones para el tratamiento farmacológico del trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino, mostrando los fármacos más usados y la respectiva evidencia disponible.

Conclusión: en el deseo sexual femenino son múltiples los factores que influyen, por lo tanto, es necesario investigar las diferentes áreas de su influencia para abordar su diagnóstico y tratamiento de manera multifactorial y multidimensional.

Palabras clave: Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo. Diagnóstico. Disfunción Sexual Femenina. Mujeres. Sexualidad. Terapéutica.

Abstract

Objective: to know the most reliable diagnostic options and current pharmacological therapies in the management of female hypoactive sexual desire disorder.

Materials and methods: a bibliographic search was performed in the bibliographical databases of medicine (BIREME, EBSCO, EMBASE, LILACS, MEDES, MEDLINE, Ovid SP, Ovid-Hinari,

ProQuest Central, PubMed, SciELO and SCOPUS); With the key words: diagnosis, female sexual dysfunction, sexuality, therapeutics and hypoactive sexual desire disorder.

Results: 279 articles were reviewed and 141 were selected, which were directly related to the topic. The ways of making the diagnosis and recommendations for pharmacological treatment of female hypoactive sexual desire disorder are mentioned, showing the most used drugs and the respective available evidence.

Conclusion: in the female sexual desire, there are multiple factors that influence, therefore, it is necessary to investigate the different areas of its influence to approach its diagnosis and treatment in a multifactorial and multidimensional manner.

Keywords: Hypoactive sexual desire disorder. Diagnosis. Female sexual dysfunction. Women. Sexuality. Therapeutics.

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

Introducción

Los trastornos sexuales femeninos son una serie de condiciones angustiantes, multifactoriales y multidimensionales, para las cuales existen pocas opciones terapéuticas; siendo el trastorno del deseo sexual hipoactivo, la dificultad sexual femenina más prevalente (1), lo que obliga brindarle una especial atención por parte de los profesionales de la salud. Dado el importante impacto negativo en la calidad de vida y la salud sexual de los individuos y las parejas, existe la crucial necesidad de investigar y entender el fundamento fisiológico y fisiopatológico de este trastorno sexual en la mujer.

El deseo sexual hipoactivo hace parte de la nueva categoría diagnóstica del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su Quinta Edición (en inglés: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*): el interés sexual femenino / trastorno de excitación (2); es definido por la Asociación Psiquiátrica Americana como una deficiencia persistente o recurrente o ausencia de fantasías sexuales y deseo de actividad sexual que causa una angustia marcada o dificultad interpersonal (3). Es un trastorno frecuente en las mujeres; suele relacionarse con problemas biológicos, psicológicos, socio-culturales e incompatibilidad con la relación de pareja (4). La prevalencia del trastorno del deseo

sexual -dependiendo de los criterios utilizados para definirlo- varía entre el 3-31% (5).

A la fecha actual no existe una clara comprensión de los circuitos neuronales que regulan el deseo sexual; pero la dopamina, norepinefrina y testosterona parecen desempeñar significativos papeles en la estimulación del deseo sexual, mientras que la serotonina actuaría como un inhibidor del deseo sexual (6,7).

La ansiedad y la angustia son una característica común y definitoria que suelen acompañar a los trastornos sexuales femeninos, pudiendo llevar a las mujeres a solicitar ayuda con el propósito de esperar tratamiento, sobre todo, si la farmacoterapia se ofrece efectiva y segura.

En la actualidad es de reconocer que son muchas las limitantes tejidas sobre el arsenal terapéutico existente, por lo tanto, a pesar de las múltiples terapias farmacológicas disponibles para el abordaje del trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino, también son significativas las desalentadoras cifras de resultados inciertos.

Debido a que los trastornos sexuales femeninos han sido poco estudiados en el pasado, habiendo tomado fuerza sus investigaciones, en las últimas dos décadas, la comprensión y entendimiento de la terapéutica del deseo sexual bajo o disminuido en la mujer, sigue siendo limitada.

El objetivo de esta revisión es investigar las opciones diagnósticas más confiables y las terapias farmacológicas actuales en el manejo del trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino.

Métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Bibliográficas de medicina (BIREME, EBSCO, EMBASE, LILACS, MEDES, MEDLINE, Ovid SP, Ovid-Hinari, ProQuest Central, PubMed, SciELO y SCOPUS); con las palabras claves: diagnóstico, disfunción sexual femenina, sexualidad, terapéutica y trastorno del deseo sexual hipoactivo.

Se revisaron los artículos de los últimos 30 años en idioma inglés, portugués y español. Se seleccionaron los estudios clínicos que mostraran la mayor evidencia disponible, centrándose en estudios clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis recientes.

Resultados

Se revisaron 279 artículos y se seleccionaron 141, los cuales estaban relacionados directamente con el tema. A continuación, se mencionan las formas de hacer el diagnóstico y las recomendaciones para el tratamiento farmacológico del trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino, mostrando los fármacos más usados y la respectiva evidencia disponible.

Definición

El deseo sexual hipoactivo se refiere a la pérdida del interés sexual, comportándose como un facilitador de dificultades para llevar la iniciativa o responder a estímulos conducentes a relaciones sexuales.

Según el DSM-IV-TR, el deseo sexual hipoactivo es una deficiencia (o ausencia) persistente o recurrente de fantasías sexuales y deseo de la actividad sexual que causa malestar acusado o dificultades para relacionarse, y que no se explica exclusivamente por otra enfermedad psiquiátrica, afección o sustancia (por ejemplo, medicamentos) (8).

Epidemiología

En un estudio de mujeres estadounidenses y europeas de 20 a 70 años de edad, la aparición de bajo deseo sexual aumentó con la edad y la angustia relacionada con el bajo deseo disminuyó, mostrando prevalencia de 12% en Estados Unidos y 6% a 13% en Europa (9). En estudios de grandes cohortes de mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas, la prevalencia del trastorno oscila entre el 8% y 19% (5,10,11,12,). En la población colombiana, en mujeres del Eje Cafetero, en una cohorte de 20.268 mujeres, 27.4% en edad reproductiva y 42.9% en climaterio, mostraron trastorno del deseo sexual (13).

Etiología

El origen del trastorno del deseo sexual hipoactivo se caracteriza por ser multicausal y multidimensional; siendo obligatorio diferenciar las causas de origen biológico de las debidas a factores psicológicas, socioculturales o de pareja/vínculo, aunque en muchos casos pueden coexistir (Tabla 1).

Es relevante realizar un diagnóstico preciso, con el propósito de comprender con mayor exactitud las potenciales causas, para así establecer las pautas y estrategias de tratamientos psicológicos y farmacológicos si es el caso.

Es fundamental entender que los problemas relacionados con la pareja y la dinámica de la relación contribuyen a la aparición de disfunciones sexuales (14), sin ser las menos relevantes.

Diagnóstico

La evaluación de una mujer con trastornos sexuales, implica además de la entrevista, la respectiva evaluación con una detallada historia médica completa, psicosocial y sexual, con el correspondiente examen y exploración física integral, incluyendo la minuciosa exploración ginecológica. Las pruebas complementarias que se consideren relevantes deben ser tenidas en cuenta; por ello la determinación de la glucosa, el perfil lipídico, hormonas tiroideas, testosterona y prolactina son imprescindibles en el arsenal diagnóstico.

Son muchos los cuestionarios existentes de autoevaluación, los que han sido validados para la evaluar la función sexual femenina: el IFSF, Índice de Función Sexual Femenina (en inglés FSFI, *The Female Sexual Function Index*) (18), el *Brief Profile of Female Sexual Function* (BPFSF, breve perfil de la función sexual femenina) el que fuera concebido para utilizarse en mujeres posmenopáusicas con el propósito de determinar la evaluación clínica del trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino (19), el *Sexual Interest and Desire Inventory-Female* (SIDI-F) (20), aunque en experiencia del autor, recomendamos utilizar el *Decreased Sexual Desire Screener* (DSDS): (PDSI, Prueba del Deseo Sexual Inhibido) que, entre otras, tiene la ventaja de ser breve pudiéndose utilizar en mujeres antes y después de la menopausia, resultando útil para los médicos no especialistas en trastornos sexuales (21).

El PDSI (*Prueba del Deseo Sexual Inhibido*) consta de 5 preguntas (Tabla 2). Tiene una exactitud diagnóstica del 85,2%, con una sensibilidad y especificidad del 83,6-95,6% y 87,8%, respectivamente (22,23). Las primeras 4 preguntas evalúan si la mujer ha perdido su deseo sexual y si se siente afectada o molesta por ello, la quinta pregunta compuesta, ayuda al médico a realizar un diagnóstico diferencial. Si una respuesta es afirmativa, en cualquiera de los apartados de la quinta pregunta, no excluye la posibilidad de un examen de diagnóstico de trastorno del deseo sexual hipoactivo, y se constituye una alarma para que el médico discuta el tema con la mujer.

Tratamiento

El tratamiento del trastorno del deseo sexual hipoactivo amerita involucrar estrategias psicosociales y biológicas, ya que los factores psicosociales / interpersonales y biológicos se impactan mutuamente (24). La terapéutica puede ser abordada desde un plano farmacológico o psicosexual (incluyendo educación sexual, focalización sensorial y genital, entrenamiento en comunicación, terapia cognitivo-conductual, psicoterapia, terapia de pareja y fisioterapia) (25); ya sea de forma aislada o en combinación.

Ante la diversidad de opciones terapéuticas, cuya efectividad no está suficientemente probada, es razonable secuenciar el tratamiento enfocando el componente principal generador del trastorno, enfatizando el abordaje de los factores que son más angustiantes para la mujer.

Una forma breve y fácil de realizar la pauta terapéutica es utilizando el modelo PLISSIT (*Permission, Limited Information, Specific Suggestions, and Intensive Therapy*: Permiso, Información Limitada, Sugerencias Específicas y Terapia Intensiva), un enfoque escalonado para los profesionales de atención primaria (26). (Tabla 3).

A la fecha de elaboración de esta revisión, no existe ningún medicamento (hormonal o no hormonal), con la única, específica y precisa indicación de actuar sobre la falta de deseo sexual en la mujer; por eso, siendo el propósito de esta revisión el tratamiento farmacológico del trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino, citaremos algunos grupos farmacológicos utilizados en el tratamiento de este trastorno.

Hormonales

La estrategia terapéutica estrogénica (incluyendo progestágenos en mujeres con útero) es eficaz en el tratamiento de los síntomas vasomotores; ha sido útil en el manejo de la sequedad, la atrofia y la irritación vaginal postmenopáusica, pero no ha demostrado tener ningún efecto directo sobre el trastorno del deseo sexual femenino; aunque se le podría agradecer un modesto efecto indirecto sobre el deseo sexual, al reducir los síntomas vasomotores, mejorando la calidad del sueño y el bienestar general (27), pero no existe evidencia sugerente que haya un efecto significativo de la terapia estrogénica en el deseo sexual (28), y *per se* no está relacionada con mejoría en el trastorno del deseo sexual hipoactivo.

Tibolona

Es un fármaco esteroideo con acción distinta según los diferentes tejidos sobre los que actúa, ejerce simultáneamente actividad como estrógeno, progestágeno y andrógeno,

con actividad específica en el tejido, dado que se establece un metabolismo específico propio de cada tejido, induciendo una actividad enzimática característica determinante en cuál metabolito va a estimular al receptor celular. En relación a esta actividad farmacológica se conoce como regulador tisular selectivo de la actividad estrogénica, en inglés STEAR (“*Selective Tissue Estrogenic Activity Regulator*”) (29,30).

Es una alternativa hormonal en el tratamiento de los síntomas vasomotores en la postmenopausia temprana, a dosis de 2,5 mg/día. A pesar de mejorar los síntomas vasomotores, tiene menos eficacia que los estrógenos y progestágenos, sin embargo, ha demostrado una mejoría en la función sexual (31), lo que la hace de especial utilidad en mujeres que manifiestan pérdida o disminución de la libido. Dos de sus metabolitos: 3 α OH-tibolona y 3 β OH-tibolona tienen propiedades estrogénicas y un tercer metabolito: Δ -4 isómero de la tibolona, presenta actividad progestágena y moderadamente androgénica. Disminuye los niveles de la globulina fijadora de las hormonas sexuales (SHBG, *Sex Hormone Binding Globulin*) y aumenta testosterona libre, con mejoría en los dominios relacionados con el deseo, la excitación y el orgasmo (32).

En un estudio piloto en 80 mujeres posmenopáusicas con disfunciones sexuales, se trataron 40 casos con tibolona y 40 con testosterona, la tibolona resultó ser más beneficiosa y efectiva para solucionar los trastornos de la libido, concluyendo que la tibolona es superior a la testosterona en la mejoría de la función sexual (33).

El estudio LISA (*Livial International Study in Sexual Arousal disorders*), que comparó los efectos de la tibolona frente a E2/NETA (gestágeno con carácter androgénico), en relación a la disfunción sexual, demostró que ambos mejoraron la función sexual, sin embargo, la tibolona fue significativamente superior en todos los parámetros sexuales, como deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dolor y satisfacción (34).

Andrógenos

Los andrógenos proporcionan la maquinaria bioquímica para facilitar la estimulación, motivación y el apetito sexual en hombres y mujeres (35,36).

Testosterona

La testosterona exógena en combinación con la terapia estrogénica sistémica se asocia con mejoras significativas en una serie de parámetros de la función sexual, incluyendo el número de encuentros sexuales satisfactorios y en el deseo sexual en mujeres postmenopáusicas; e igualmente, algunos estudios en mujeres menopáusicas naturales, la testosterona sola, así como en mujeres premenopáusicas ha reportado resultados positivos en el deseo sexual (37,38).

La testosterona se indica enfáticamente en el tratamiento del trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres histerectomizadas y ooforectomizadas bilateralmente, en tratamiento concomitante con estrógenos. Se le abona que ha demostrado una modesta, pero significativa mejoría en mujeres con menopausia natural y trastorno del deseo sexual hipoactivo (39), e incluso en mujeres postmenopáusicas que no recibían tratamiento con estrógenos (40). Se aplica en forma de parche transdérmico que libera 300 μ g cada 24 horas, (cifra en el límite superior de la producción diaria estimada en una mujer joven), a lo largo de 3-4 días (lo que implica la aplicación de dos veces por semana) (41,42). Los efectos adversos sugestivos de hiperandrogenismo (acné, alteración de la voz, aumento de peso, disminución en el colesterol HDL, hirsutismo, mastalgia, etc.) suelen ser escasos y no superiores a los observados con placebo (43,44). Sin embargo, a la fecha actual, se carece de información acerca de su posible toxicidad y seguridad a largo plazo (más de 1 año).

En opinión del autor, aunque los hallazgos de algunos estudios indican que el suministro de testosterona exógena tiene un significativo papel a nivel de la salud sexual de la mujer, los ensayos clínicos han sido pequeños y en su mayoría de corta duración, por lo tanto, los efectos de la terapia con testosterona

sobre la sexualidad femenina siguen siendo inciertos, tal como lo demostramos en nuestra investigación (33,43).

Dehidroepiandrosterona (DHEA)

Es un andrógeno adrenal, sustrato para la síntesis de la androsterona y de la testosterona; posee un débil efecto androgénico y su concentración está sometida a una clara variación circadiana. Se mantiene la discusión sobre los efectos y los receptores de la DHEA, pues su papel fisiológico aún no ha sido esclarecido (45).

En un ensayo clínico en el que se aplicó dehidroepiandrosterona (DHEA) intravaginal diaria, en mujeres posmenopáusicas con síntomas moderados o severos de atrofia vaginal, mostró efectos favorables en los cuatro aspectos fundamentales de la función sexual: deseo, excitación, orgasmo y dolor (46); no obstante, los estudios controlados con placebo no informan una mejoría en la función sexual en mujeres tratadas con dosis fisiológicas (47).

Al ser precursora de la testosterona, el déficit de andrógenos suprarrenales, es preferible tratarlo con dehidroepiandrosterona (DHEA); además normaliza los títulos de S-DHEA (su sulfato), testosterona y estradiol, demostrado efectos positivos en la función sexual de mujeres con insuficiencia adrenal (48,49).

La dosis de la DHEA no se ha establecido, pero algunas investigaciones recomiendan una dosis diaria de 50 mg (50).

En Colombia se comercializa como “suplemento dietario” en gimnasios, farmacias y tiendas naturistas con el propósito de mejorar la libido y la sensación de bienestar en mujeres postmenopáusicas, bajo la consideración de su fuerte efecto androgénico, que compite con las hormonas sexuales en su enlace con la SHBG y aumentando los niveles de testosterona libre, pero carece de evidencia que la apoye, así como tampoco existen estudios avalando su inocuidad, y no se ha demostrado su seguridad a largo plazo.

Psicofármacos

Son medicamentos que actúan a nivel del sistema nervioso central modificando la

conducta, y que alivian la sintomatología de los trastornos mentales, favoreciendo el reajuste psicológico y mental.

Bupropión

Es un agente antidepresivo cuyo mecanismo de acción funciona como agonista de la dopamina al bloquear la reabsorción de dopamina y noradrenalina, es el único actualmente disponible capaz de inhibir selectivamente estas dos catecolaminas, sin efectos significativos en la recaptación de 5-HT y ausencia de inhibición de la monoaminoxidasa (MAO); además de carecer de actividad anticolinérgica y simpaticomimética directa (51). Se le ha considerado como un antídoto de la disfunción sexual inducida por los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), ya que al combinarlo con uno de estos fármacos se observa un aumento en el deseo sexual (52), demostrando ser una efectiva medicación de rescate; también se ha observado un incremento en la receptividad sexual, en la capacidad de responder a estímulos sexuales, en el deseo de iniciar una relación sexual y mejoría en la frecuencia de las relaciones sexuales en mujeres con trastorno del deseo sexual hipoactivo, a dosis de 150 mg dos veces al día (53).

Flibanserina

Actúa como un agonista postsináptico mixto en el receptor 5-HT_{1A}, antagonista en el receptor 5-HT_{2A}, lo que podría tener efectos pro-sexuales. Se fija con afinidad moderada a los receptores de dopamina (D₄), afinidad moderada por los receptores 5HT_{2B} y 5HT_{2C}; dando lugar a una disminución de la actividad de la serotonina y un aumento de la actividad de la dopamina y la noradrenalina, con incremento de las vías del deseo (54); es decir, inhibe los efectos “anti-sexuales” de la serotonina, promoviendo los efectos “pro-sexuales” de la noradrenalina y la dopamina. El uso de 100 mg diarios, tomados por la noche, antes de acostarse a dormir, han mostrado mejoras en el deseo sexual y satisfacción en el número de encuentros sexuales, reduciendo el malestar y los niveles de angustia sexual asociado a las

disfunciones sexuales y de la función sexual global; con mejoría significativa en la actividad sexual en las mujeres premenopáusicas con trastorno del deseo sexual hipoactivo, sin contraindicaciones relevantes sobre su seguridad y con efectos secundarios tolerables (náuseas, mareos, fatiga y somnolencia) (55,56). A la fecha, es el único medicamento aprobado por la FDA como tratamiento del trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres premenopáusicas, llegando a conocerse como “La Viagra Rosa”. Se recomienda discontinuar el tratamiento si no se observan mejoras después de 8 semanas de uso.

Mirtazapina

Se le atribuye actividad serotoninérgica y noradrenérgica mediante efectos agonistas sobre los receptores 5HT1A postsinápticos con antagonismo α 2-adrenérgico, con el consecuente incremento de noradrenalina y serotonina, además de antagonismo de los receptores 5-HT2C previniendo los efectos sexuales adversos (57), a dosis de 15 y 30 mg/día. La mejoría de la respuesta sexual al añadir mirtazapina a otro antidepresivo ha sido documentada en algunos estudios (58).

Trazodona

Es un antidepresivo con acción dual, debido a que ejerce acción antagonista sobre los receptores 5-HT2A e inhibe la recaptura de serotonina (5-HT), efecto conocido como SARI (*serotonin-2A antagonist/ reuptake inhibitor*) (59). A diferencia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), su típico efecto antagonista de los receptores 5-HT2A no permite la estimulación sobre algunas áreas del cerebro y médula espinal, relacionadas con la disfunción sexual (60); en algunos estudios se ha documentado el aumento de la libido en las mujeres, a dosis de 100 mg/día en toma única (61).

Gepirona

La gepirona es un agonista parcial del receptor 5-HT1A, se ha asociado con una mayor tasa de reversión del trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres premenopáusicas con depresión, y

posiblemente en no deprimidas. La eficacia ocurre a la semana 2 de iniciada de la terapia, y no parece ser puramente un efecto antidepresivo, a dosis de 20 a 80 mg diarios; por lo que se muestra prometedor en este sentido (62, 63).

Vasodilatadores

Alprostadil

Es prostaglandina E1, un potente vasodilatador, actúa aumentando el flujo sanguíneo, mejorando la tumescencia genital y la sensibilidad aferente. La eficacia tópica de la crema a dosis de 900 μ g, aplicada al clítoris y en la cara anterior de la vagina, antes del coito, mostró tasas de éxito de mejoría de la excitación del 53,9%, favoreciendo la puntuación total del Índice de Función Sexual Femenina (IFSFF) (64,65); sin embargo, a pesar de no actuar sobre el deseo sexual, es probable que los cambios generados en el área genital remeden a los provocados por el estímulo sexual, pudiendo ser de utilidad para facilitar la aparición del deseo.

Apomorfina

Es un derivado no narcótico de la morfina, actúa como agonista no selectivo del receptor de dopamina (D2), que media la función sexual a nivel del sistema nervioso central; refuerza la actividad dopaminérgica a nivel de los núcleos pre-ópticos mediales y paraventricular, de forma que, a nivel periférico, se incrementa la respuesta vasodilatadora. Usando diariamente dosis sublingual de 3 mg ha mostrado mejores resultados que con dosis de 2 mg (66), pero los resultados han sido inciertos; no obstante, es evidente que el disfrute y la satisfacción mejoraron durante el tratamiento con apomorfina diaria, y es posible que pueda mejorar la respuesta sexual a estímulos (67).

Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE-5)

Son una serie de fármacos que inhiben la PDE-5, la enzima responsable de la degradación del guanosín monofosfato cíclico (GMPc), incrementando la concentración de GMPc, dando lugar a una

vasodilatación del lecho vascular (68). El sildenafil potencia el efecto relajante del óxido nítrico (NO) en el clítoris, y ha sido utilizado en el tratamiento de las mujeres que presentan alteraciones de la excitación sexual, pero los resultados son variados, por lo que su uso en mujeres no ha sido aprobado (69,70), pues los efectos esperados han sido, en general, desalentadores e ineficaces en el manejo del trastorno del deseo sexual hipoactivo. La dosis recomendada es de 25-50 mg, tomados a demanda, alrededor de una hora antes de la actividad sexual.

En varios estudios clínicos, doble ciego, donde se evaluó la eficacia y seguridad del sildenafil, en mujeres pre y postmenopáusicas, en el tratamiento del trastorno de la excitación sexual con un factor biológico en su etiología, así como para el tratamiento de la disfunción sexual femenina secundaria a inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS); se concluyó que mejora de forma significativa los parámetros subjetivos y fisiológicos de la respuesta sexual femenina (71,72,73). No obstante, después de varios estudios controlados con placebo, se acepta que las indicaciones del sildenafil en mujeres con alteraciones del deseo sexual son poco concluyentes y no sirven de sustento para su aprobación en esta indicación (74).

Fentolamina

Es un antagonista α -adrenérgico competitivo, no selectivo, con eficacia similar sobre los receptores α -1 y α -2, que además puede bloquear receptores 5-HT y los canales de potasio (75); efecto traducido en la disminución del tono adrenérgico, facilitando la vasocongestión y retardando la detumescencia al inhibir la contracción del músculo liso. A dosis única de 40 mg por vía oral, desencadenó un positivo efecto en la excitación y la lubricación con sensaciones placenteras en la vagina (76). En el momento no está disponible en ninguna presentación en nuestro país.

Yohimbina

Es un agonista competitivo selectivo de los receptores α -2-adrenérgicos que evita la retroalimentación inhibitoria presináptica de

norepinefrina endógena para aumentar la norepinefrina no unida en la sinapsis, con acción vasodilatadora periférica (77). En un pequeño estudio doble ciego la combinación de yohimbina con L-arginina, un precursor de aminoácidos para el óxido nítrico (NO), produjo aumentos significativos de la excitación genital, pero no subjetiva, una hora después de la administración oral (78); sin embargo, no se reportaron efectos notables sobre el resto de los parámetros del ciclo sexual; aunque algunas mujeres han manifestado aumento del deseo sexual durante la ingesta del medicamento.

Nuevas alternativas

Agomelatina

Es un antidepresivo de una nueva familia farmacológica, caracterizándose por ser agonista de los receptores de melatonina (MT1 y MT2) y antagonista de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2C}, aumentando la liberación de dopamina y noradrenalina (79,80,81); beneficios adicionales que la hacen un fármaco ideal para las mujeres que padecen depresión, asociada a trastornos sexuales.

Bremelanotida (PT-141)

Es un análogo sintético de la hormona estimulante de melanocitos (α -MSH, *hormona melanocitostimulante*), que actúa como un agonista del receptor de melanocortina con alta afinidad por el receptor de tipo 4 (MC4R4) en el sistema nervioso central, favoreciendo el incremento de la excitación y el deseo sexual (82). A dosis de 1,25 / 1,75 mg, en inyección subcutánea, usado a demanda, se le han observado efectos significativos en el aumento del deseo y la excitación sexual, así como en el número de encuentros sexuales satisfactorios, mejorando múltiples dominios de la función sexual, además de disminuir la angustia asociada con el trastorno sexual en las mujeres premenopáusicas. Se le observó eficacia tanto en mujeres con trastorno de deseo sexual hipoactivo como en trastorno de excitación sexual (83).

En un estudio donde se incluyó un grupo de 80 mujeres diagnosticadas con trastorno

del deseo sexual y de la excitación, a una dosis única de 20 mg, aplicada vía intranasal, se concluyó un 72% de mejoría en la excitación (vasocongestión vaginal, evaluada por fotopletismografía) y en el 67% del deseo, en comparación con 39% y 22% del placebo (84).

Combinación central y periférica

La combinación de agentes periféricos y de acción central ha llevado al desarrollo de una combinación de testosterona más un inhibidor de PDE-5 (*Lybrido*) para mejorar simultáneamente los dos procesos en mujeres con trastorno del deseo sexual hipoactivo y baja excitación, pues aumenta la respuesta del cerebro a señales sexuales y mejora la respuesta sexual genital. Otro fármaco combina testosterona con buspirona (*Lybridos*) para mujeres con trastorno del deseo sexual hipoactivo e inhibición sexual; éste aumenta la respuesta del cerebro a señales sexuales y reduce la respuesta inhibitoria a señales sexuales (85,86). El advenimiento de estos tratamientos combinados resulta en una prometedora terapéutica que merece adicionales investigaciones.

Moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERMs):

Lasofoxifeno

Es un SERM de tercera generación, modulador selectivo de los receptores de estrógenos (ER α y ER β) con alta afinidad. Su mecanismo de acción se basa en un efecto antiestrogénico (87). Ha mostrado un impacto positivo en el tejido vaginal, en el índice de maduración vaginal (con un aumento de las células superficiales del epitelio vaginal) y disminución del pH vaginal en las mujeres posmenopáusicas, mejorando la dispareunia (88), siendo probados los beneficios en la respuesta vulvar y vaginal; aunque los beneficios sexuales sobre el deseo y la excitación no se han garantizado, si resultan prometedores sus beneficios en el trofismo vulvar y vaginal.

Discusión

El trastorno del deseo sexual hipoactivo es una dificultad que afecta la salud de la mujer, poniendo en riesgo su bienestar. Siendo la disfunción sexual femenina más prevalente, obliga a la búsqueda constante de criterios confiables y estandarizados para su diagnóstico, al igual que medidas terapéuticas con resultados alentadores para las mujeres que la sufren.

Los profesionales de la salud deben concientizarse de que la evaluación diagnóstica de una mujer con trastorno del deseo sexual hipoactivo involucra una perspectiva multicausal y multifactorial, cuyo diagnóstico se basa principalmente en la elaboración de una exhaustiva y completa historia clínica. El cuestionario *Decreased Sexual Desire Screener* (en inglés DSDS) / Prueba del deseo sexual inhibido (PDSI), es un instrumento de diagnóstico abreviado concebido para ayudar a los médicos que no son especialistas en sexualidad humana, de ahí que no debe faltar en todo interrogatorio acerca de la salud sexual.

En la presente revisión observamos que el arsenal farmacológico es amplio y variado, ofreciendo opciones de tratamiento medicamentoso que ocupan múltiples líneas de la química corporal, tanto central como periférica; sin embargo, los resultados que ofrecen son limitados e inciertos en algunas moléculas conocidas, debido a que se han asociado con discretas mejoras en la función sexual en mujeres que padecen el trastorno del deseo sexual hipoactivo.

Las más recientes investigaciones apuntan a que la patogénesis del trastorno del deseo sexual hipoactivo se relaciona con un desequilibrio entre las vías centrales excitatorias sexuales (dopamina, norepinefrina, melanocortina y oxitocina) e inhibidores sexuales (serotonina, opioide, endocannabinoide y prolactina) (89,90), por lo tanto, las terapias farmacológicas deben apuntar sus esfuerzos hacia estos grupos hormonales y de neurotransmisores.

Conclusión

Al observar el universo de factores y aspectos que influyen en el deseo sexual de las mujeres, existe la imperiosa necesidad de investigar las diferentes áreas de su

influencia para poder abordar su diagnóstico y tratamiento de manera multifactorial, no siendo sólo de tipo farmacológico sino de una combinación de opciones educativas y psicológicas.

Limitaciones

Es posible, debido a que este artículo se realizó con una búsqueda sistemática realizada por mí, sin contar con la disponibilidad de todos los artículos publicados, para su revisión, (por razones de falta de recursos económicos -debido a sus costos- o a la falta de acceso a ciertas bases de datos), quizás me haya quedado sin completar alguna información de todo lo que se ha escrito sobre el diagnóstico y tratamiento del trastorno del deseo sexual hipoactivo.

Agradecimientos

Aprecio con efusiva sinceridad los aportes y recomendaciones de mi admirable amiga, colega y maestra la doctora Francisca Molero Rodríguez, por sus valiosas contribuciones a la sexología, las cuales han sido útiles en la elaboración y construcción de este artículo.

Financiamiento

Los autores manifiestan no haber recibido ningún patrocinio o ayuda económica para la realización de esta revisión; es un trabajo producto de su propio esfuerzo.

Referencias bibliográficas

1) Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112(5):970-978.

2) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Fifth Edition)* American Psychiatric Association, Arlington, VA, USA (2013).

3) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Text Revision.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000:1-943.

4) Carvalho J, Nobre P. Predictors of Women's Sexual Desire: The Role of

Psychopathology, Cognitive Emotional Determinants, Relationship Dimensions, and Medical Factors. *The Journal of Sexual Medicine.* 2010; 7(2pt2): 928-937.

5) McCabe MP, Goldhammer DL. Prevalence of Women's Sexual Desire Problems: What Criteria Do We Use? *Archives of Sexual Behavior.* 2013; 42(6): 1073-1078.

6) Pfaus JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med* 2009; 6:1506-33.

7) Clayton AH. The pathophysiology of hypoactive sexual desire disorder in women. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 110:7-11.

8) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. text revision* Washington, DC: American Psychiatric Association; Press; 2000.

9) Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril.* 2007;87(1):107-112.

10) Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112(5):970-978.

11) West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med.* 2008;168(13):1441-1449.

12) Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause.* 2006;13(1):46-56.

13) Espitia De La Hoz, FJ. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero, *Rev.cienc.biomed.* 2016;7(1):25-33.

14) Graziottin A, Leiblum SR. Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *J Sex Med.* 2005;2 Suppl. 3:133-45.

- 15) Salonia A, Munarriz RM, Naspro R, Nappi RE, Briganti A, Chionna R, et al. Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review. *BJU Int.* 2004; 93:1156-64.
- 16) Carvalho J, Nobre P. Predictors of Women's Sexual Desire: The Role of Psychopathology, Cognitive Emotional Determinants, Relationship Dimensions, and Medical Factors. *The Journal of Sexual Medicine.* 2010;7(2pt2):928-937.
- 17) Brotto LA, Petkau AJ, Labrie F, Basson R. Predictors of sexual desire disorders in women. *The Journal of Sexual Medicine.* 2011;8(3):742-753.
- 18) 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. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2000; 26:191-208.
- 19) Rust J, Derogatis L, Rodenberg C, Koochaki P, Schmitt S, Golombok S. Development and validation of a new screening tool for Hypoactive Sexual Desire Disorder: The Brief Profile of Female Sexual Function (B-PFSF). *Gynecol Endocrinol.* 2007; 23:638-44.
- 20) Clayton AH, Segraves RT, Leiblum S, Basson R, Pyke R, Cotton D, et al. Reliability and validity of the Sexual Interest and desire Inventory – Female (SIDI-F), a scale designed to measure severity of female hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther* 2006; 32:115.
- 21) Clayton AH, Goldfischer ER, Goldstein I, DeRogatis L, Lewis-D'Agostino D, Pyke R. Validation of the Decreased Sexual Desire Screener (DSDS): A brief diagnostic instrument for generalized acquired female Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD). *J Sex Med.* 2009; 6:730-8.
- 22) Goldfischer ER, Clayton AH, Goldstein I, Lewis-D'Agostino D, Pyke R. Decreased Sexual Desire Screener (DSDS) for diagnosis of Hypoactive Sexual Desire Disorder in women. *Obstet Gynecol.* 2008;111 Suppl:109S.
- 23) Nappi RE, Dean J, Hebert A, Pyke R. Decreased Sexual Desire Screener (DSDS) for diagnosis of Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) in European women. *J Sex Med.* 2009;6 Suppl. 2:46.
- 24) Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med.* 2016;13(4):538-571.
- 25) Hurlbert, D.F. (1993). A comparative study using orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 41-55.
- 26) Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther.* 1976;2(1):1-15.
- 27) Hickey M, Elliott J, Davison SL. Hormone replacement therapy. *BMJ* 2012; 344:763.
- 28) The 2012 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2012; 19:257-271.
- 29) Modelska K, Cummings S. Tibolone for postmenopausal women: a systematic review of randomized trials. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002; 87:16-23.
- 30) Modelska K, Cummings S. Tibolone for postmenopausal women: systematic review of randomized trials. *N Engl J Med* 2005; 353: 595-603.
- 31) Polisseni AF, Andrade AT, Ribeiro LC, Castro IQ, Brandão M, Polisseni F, Guerra M de O. Effects of a continuous-combined regimen of low-dose hormone therapy (oestradiol and norethindrone acetate) and tibolone on the quality of life in symptomatic postmenopausal women: a double-blind, randomised study. *Maturitas* 2013; 74:172-8.
- 32) Ziaei S, Moghasemi M, Faghihzadeh S. Comparative effects of conventional hormone replacement therapy and tibolone on climacteric symptoms and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Climacteric.* 2010;13(2):147-56.
- 33) Espitia de la Hoz FJ, Marega O, Orozco Gallego H. Manejo farmacológico de

la disfunción sexual femenina en la postmenopausia, con tibolona y testosterona. *Revista desexologia* 2016; 5(2): 9-18.

34) Nijland EA, Weijmar Schultz WC, Nathorst-Boös J, Helmond FA, Van Lunsen RH, Palacios S, et al. Tibolone and transdermal E2/NETA for the treatment of female sexual dysfunction in naturally menopausal women: results of a randomized active-controlled trial. *J Sex Med.* 2008 Mar;5(3):646-56.

35) Salonia A, Giraldo A, Chivers ML, et al. Physiology of women's sexual function: basic knowledge and new findings. *J Sex Med* 2010; 7:2637-2660.

36) Bachmann GA, Leiblum SR. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause.* 2004; 11:120-30.

37) Somboonporn W, Davis S, Seif MW, Bell R. Testosterone for peri- and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; CD004509.

38) Davis SR, Moreau M, Kroll R, et al. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med* 2008; 359:2005-2017.

39) Shifren JL, Davis SR, Moreau M, et al. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the INTIMATE NM1 Study. *Menopause* 2006; 13:770-779.

40) Davis S, Papalia MA, Norman RJ, et al. Safety and efficacy of a testosterone metered-dose transdermal spray for treating decreased sexual satisfaction in premenopausal women: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2008; 148:569-577.

41) Simon J, Braunstein G, Nachtigall L, et al. Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005; 90(9): 5226-33.

42) Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, et al. Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2005; 105(5 Pt 1): 944-52.

43) Espitia, De La Hoz, FJ, Orozco, Gallego, H, Echeverri, Ocampo, LM. Terapia hormonal y no hormonal en la vaginitis atrófica posmenopáusica: cura y satisfacción a mediano y a largo plazo de los síntomas. *REV. COL. DE MENOPAUSIA.* 2016;22(1): 8-17.

44) Braunstein GD. Safety of testosterone treatment in postmenopausal women. *Fertil Steril.* 2007; 88:1-17.

45) Ebeling P, Kiovisto VA. Physiological importance of dehydroepiandrosterone. *Lancet* 1994; 343:1479-81

46) Labrie F, Archer D, Bouchard C, et al. Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (Prasterone) on libido and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Menopause.* 2009; 16(5): 923-31.

47) Panjari M, Davis SR. DHEA therapy for women: effect on sexual function and wellbeing. *Hum Reprod Update* 2007; 13:239-248.

48) Genazzani AD1, Stomati M, Strucchi C, et al. Oral dehydroepiandrosterone supplementation modulates spontaneous and growth hormone-releasing hormone-induced growth hormone and insulin-like growth factor-1 secretion in early and late postmenopausal women. *Fertil Steril* 2001; 76:241-8.

49) Baulieu EE1, Thomas G, Legrain S, et al. Dehydroepiandrosterone (DHEA), DHEA sulfate, and aging: contribution of the DHEAge Study to a sociobiomedical issue. *Proc Natl Acad Sci USA* 2000; 97:4279-84.

50) American Society for Reproductive Medicine. Estrogens: Using lower doses and alternative delivery systems. *Fertil and Steril* 2001: 1065-1079.

51) Ascher JA, Cole JO, Colin JN, et al. Bupropion: a review of its mechanism of antidepressant activity. *J Clin Psychiatry* 1995; 56:395-401.

52) Clayton AH, Warnock JK, Kornstein SG, et al. A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:62-67.

- 53) Segraves RT, Clayton A, Croft H, et al. Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24:339–342.
- 54) Derogatis LR, Komer L, Katz M, et al. Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the VIOLET study. *J Sex Med* 2012; 9:1074–1085.
- 55) Goldfischer ER, Breaux J, Katz M, et al. Continued efficacy and safety of flibanserin in premenopausal women with Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD): results from a randomized withdrawal trial. *J Sex Med* 2011; 8:3160–3172.
- 56) Stahl SM, Sommer B, Allers KA. Multifunctional pharmacology of flibanserin: possible mechanism of therapeutic action in hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med*. 2011;8(1):15-27.
- 57) Saiz-Ruiz J, Montes JM, Ibáñez A, Díaz M, et al. Assessment of sexual functioning in depressed patients treated with mirtazapine: a naturalistic 6-month study. *Hum Psychopharmacol* 2005; 20(6): 435-440.
- 58) Ravindran LN, Eisfeld BS, Kennedy SH. Combining mirtazapine and duloxetine in treatment-resistant depression improves outcomes and sexual function. *J Clin Psychopharmacol* 2008;28(1):107–8.
- 59) Stahl SM. Newer antidepressants and mood stabilizers. En: Stahl SM. Editor. *Essential psychopharmacology. Neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge University Press, 2004.
- 60) Stahl SM. Basic psychopharmacology of antidepressants, part 1: antidepressants have seven distinct mechanisms of action. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 4: 5-14.
- 61) Gartrell N. Increased libido in women receiving trazodone. *Am J Psychiatry*, 143 (1986), pp. 781-2.
- 62) Fabre LF, Brown CS, Smith LC, Derogatis LR. Gepirone-ER treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) associated with depression in women. *J Sex Med* 2011; 8:1411–1419.
- 63) Blümel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Aparicio R, Mamani L. A scheme of combined oral contraceptives for women more than 40 years old. *Menopause* 2001; 8:286-9.
- 64) Liao Q, Zhang M, Geng L, et al. Efficacy and safety of alprostadil cream for the treatment of female sexual arousal disorder: a double-blind, placebo-controlled study in Chinese population. *J Sex Med*. 2008;5(8):1923-1931.
- 65) Goldstein I, Liao Q, Damaj B, Bassam F, Frank D, Fernando Y, et al. Phase 3 clinical trial results with Femprox® treatment in FSAD patients show correlation of arousal with both lubrication and orgasm but not with desire. *J Sex Med*. 2013; 10:58-73.
- 66) Ribarič S. The Pharmacological Properties and Therapeutic Use of Apomorphine. *Molecules*. 2012;17:5289-5309. doi:10.3390/molecules17055289.
- 67) Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M, di Mari L, Cianci A. Placebo-controlled study of efficacy and safety of daily apomorphine SL intake in premenopausal women affected by hypoactive sexual desire disorder and sexual arousal disorder. *Urology*. 2004; 63:955---9.
- 68) Uckert S, Oelke M, Albrecht K, et al. Immunohistochemical description of cyclic nucleotide phosphodiesterase (PDE) isoenzymes in the human labia minora. *J Sex Med* 2007; 4:602-608.
- 69) Caruso S, Intelisano G, Lupo L, Agnello C. Premenopausal women affected by sexual disorder treated with sildenafil: a double blind, cross over, placebo controlled study. *BJOG* 2001; 108:623-8.
- 70) Basson R, McInnes R, Smith MD, et al. Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *J Womens Health Gend Based Med* 2002; 11:367-377.
- 71) Berman JR, Berman LA, Lin H, Flaherty E, Lahey N, Goldstein I, et al. Effect of sildenafil on subjective and physiologic parameters of the female sexual response in women with sexual arousal disorder. Department of Urology and Biostatistics, Boston Medical Center, Boston,

Massachusetts, USA. *J Sex Marital Ther* 2001;27(5):411-20.

72) Park K, Goldstein I, Andry C, Siroky MB, Krane RJ, Azadzo KM, et al. Vasculogenic female sexual dysfunction: they hemodynamic basis for vaginal engorgement insufficiency and clitoral erectile insufficiency. *Int J Impoten Res* 1997;9(1):27-37.

73) Nurnberg HG, Lauriello J, Hensley PL, Parker LM, Keith SJ. Sildenafil for iatrogenic serotonergic antidepressant medication-induced sexual dysfunction in 4 patients. *J Clin Psych* 1999;60(1):33.

74) Mayor S. Pfizer will not apply for a licence for sildenafil for women. *BMJ* 2004; 328:542.

75) G.A. Mc Pherson. Current trends in the study of potassium channel openers. *Gen Pharmacol*, 24 (1993), pp. 275–281.

76) Rosen RC, Phillips NA, Gendrano NC 3rd, Ferguson DM. Oral phentolamine and female sexual arousal disorder: a pilot study. *J Sex Marital Ther* 1999; 25:137-44.

77) Biaggioni I, Robertson RM, Robertson D. Manipulation of norepinephrine metabolism with yohimbine in the treatment of autonomic failure. *J Clin Pharmacol*. 1994; 34:418–423.

78) Meston CM, Worcel M. The effects of yohimbine plus L-arginine glutamate on sexual arousal in postmenopausal women with sexual arousal disorder. *Arch Sex Behav* 2002; 31:323-332.

79) Yous S, Andrieux J, Howell HE, et al. Novel naphthalenic ligands with high affinity for the melatonin receptor. *J Med Chem*. 1992; 35:1484-6.

80) Audinot V, Mailliet F, Lahaye-Brasseur C, et al. New selective ligands of human cloned melatonin MT1 and MT2 receptors. *Naunyn Schmiedeberg's Arch Pharmacol*. 2003; 367:553-61.

81) Millan MJ, Gobert A, Lejeune F, et al. The novel melatonin agonist agomelatine (S20098) is an antagonist at 5-hydroxytryptamine 2C receptors, blockade of which enhances the activity of frontocortical dopaminergic and adrenergic pathways. *J Pharmacol Exp Ther*. 2003; 306:954-64.

82) Molinoff PB, Shadiack AM, Earle D, Diamond LE, Quon CY. PT-141: a melanocortin agonist for the treatment of sexual dysfunction. *Ann. NY Acad. Sci.* 994, 96–102 (2003).

83) Portman DJ, Edelson J, Jordan R, Clayton A, Krychman ML. Bremelanotide for hypoactive sexual desire disorder: Analyses from a phase 2B dose-ranging study. *Obstet Gynecol*. 2014; 123(Suppl 1):131S.

84) Diamond LE, Earle DC, Heiman JR, Rosen RC, Perelman MA, Harning R. An effect on the subjective sexual response in premenopausal women with sexual arousal disorder by bremelanotide (PT-141), a melanocortin receptor agonist. *J. Sex. Med.* 3(4), 628–638 (2006).

85) Bloemers J, van Rooij K, Poels S, et al. Toward personalized sexual medicine (part 1): integrating the “dual control model” into differential drug treatments for hypoactive sexual desire disorder and female sexual arousal disorder. *J Sex Med* 2013; 10:791-809.

86) Poels S, Bloemers J, van Rooij K, et al. Toward personalized sexual medicine (part 2): testosterone combined with a PDE5 inhibitor increases sexual satisfaction in women with HSDD and FSAD, and a low sensitive system for sexual cues. *J Sex Med* 2013; 10:810-823.

87) Gennari L, Merlotti D, Martini G, Nuti R. Lasofoxifene: a thirdgeneration selective estrogen receptor modulator for the prevention and treatment of osteoporosis. *Expert Opin Investig Drugs*. 2006A; 15:1091–1103.

88) Goldstein SR, Cummings SR, Eastell R, Ensrud K, et al. Vaginal effects of lasofoxifene: 3-year results from the PEARL Trial. *Menopause*, 2008; 15: 1228.

89) Cabello-Santamaría F, Palacios S. Actualización sobre el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino. *Prog Obstet Ginecol* 2012; 55(6):289-295.

90) Halaris A. Neurochemical aspects of the sexual response cycle. *CNS Spectr* 2003; 8:211-6.

Tabla 1. Factores que influyen en la aparición de trastornos sexuales (15,16,17)

Biológicos/orgánicos	Psicológicos	Socioculturales	Pareja / vínculo
Alteraciones Hormonales	Abuso de sustancias	Conflictos con valores religiosos, personales o familiares	Calidad de la relación y conflictos
Alteraciones urológicas	Ansiedad/Depresión	Educación sexual inadecuada	Falta de pareja
Cáncer	Antecedentes de abuso físico o sexual	Mitos y tabús sociales	Falta de privacidad
Enfermedades neurológicas	Relaciones insatisfactorias	Preocupaciones acerca de la seguridad	Técnica y habilidad de la pareja sexual
Medicamentos	Estrés, fatiga,	Desconocimiento de la propia anatomía y fisiología sexual	Expectativas de una experiencia negativa
Enfermedades cardiovasculares	Vivencia desagradable en la primera relación sexual	Presencia de prejuicios sexuales	Distanciamiento afectivo
Secuelas quirúrgicas	Poco deseo sexual	Expectativas irreales	Mala comunicación
Alteraciones metabólicas	No masturbación	Baja escolaridad	Terceras partes
Enfermedades Reumatológicas	Miedo al embarazo	Trastornos sexuales personales anteriores	Aburrimiento, decepción, resentimiento
Secuelas traumáticas	Baja autoestima	Trastorno sexual en la familia	Dificultades sexuales de la pareja
Alteraciones ginecológicas	Conflictos con la imagen corporal	No tener ocupación	Desaprobación de los jóvenes

Tabla 2. Prueba del deseo sexual inhibido (PDSI) / *Decreased Sexual Desire Screener (DSDS)*

Prueba del deseo sexual inhibido (PDSI): método abreviado de diagnóstico del deseo sexual hipoactivo adquirido

1. ¿Considera que en el pasado su nivel de deseo o interés sexual era bueno y satisfactorio?	Sí No
2. ¿Ha disminuido su deseo o interés sexual?	Sí No
3. ¿Le molesta que su deseo o interés sexual haya disminuido?	Sí No
4. ¿Le gustaría que aumentase su deseo o interés sexual?	Sí No
5. Marque todos los factores que crea que pueden estar contribuyendo al actual descenso de su deseo o interés sexual:	
A) Una operación, depresión, lesiones o cualquier otra afección.	Sí No
B) Medicación, drogas o alcohol que usted está tomando actualmente.	Sí No
C) Embarazo, parto reciente, síntomas de menopausia.	Sí No
D) Otros problemas sexuales que pueda sufrir en la actualidad (dolor, disminución de la excitación o del orgasmo).	Sí No
E) Los problemas sexuales de su pareja.	Sí No
F) Insatisfacción con su relación o pareja.	Sí No
G) Estrés o fatiga.	Sí No
Médico:	
Si la paciente responde “NO” a cualquiera de las 4 primeras preguntas, entonces no cumple los criterios para ser diagnosticada del DSH adquirido.	
Si la paciente responde “SI” a todas las 4 primeras preguntas y su revisión confirma la respuesta “NO” en todos los apartados de la pregunta 5, entonces deberá ser diagnosticada del DSH adquirido.	
Si la paciente responde “SI” a todas las primeras 4 preguntas y “SI” en cualquiera de los apartados de la quinta pregunta, entonces usted deberá decidir si las respuestas de la quinta pregunta indican un diagnóstico primario diferente al de DSH adquirido. Las enfermedades concurrentes asociadas a la excitación o el orgasmo no deberían excluir la realización de un diagnóstico simultáneo de DSH.	
A partir de lo anterior, ¿sufrir la mujer el trastorno del deseo sexual hipoactivo adquirido?	Sí No

Tabla 3. Ejemplo de uso del modelo PLISSIT

(P) *Permiso*: El profesional anima a la mujer a discutir cualquier inquietud o pregunta que tenga acerca de su sexualidad.



(LI) *Información limitada*: El profesional puede educar a la mujer acerca de la fisiología sexual o sugerirle recursos educativos: literatura erótica y videos.



(SS) *Sugerencias Específicas*: El médico ofrece enfoques diseñados para mejorar la comunicación sexual y emocional: ejercicios sensoriales, masturbación, ejercicios de Kegel, asesoramiento técnico respecto a posiciones sexuales y uso de lubricantes o dilatadores.



(IT) *Terapia Intensiva*: Implica la remisión a terapia individual o de pareja para hacer frente a un conflicto de larga data que está contribuyendo al deseo sexual hipoactivo de la mujer.

ROMEO Y JULIETA

Félix López Sánchez

Catedrático de Psicología de la sexualidad

Universidad de Salamanca (España)

Correspondencia

Correo electrónico: flopez@usal.es

Introducción.

Un tema actual porque describe muy bien la pasión llena de Deseo, Atracción y Enamoramiento, presentada como un valor frente a todo convencionalismo, rechazando abiertamente los matrimonios concertados, tema en el que Don Quijote mantiene algunas contradicciones. Se trata de un amor sexuado, aunque muy lejos del exhibicionismo sexual que hace nuestra cultura de mercado sexual y también muy lejos del amor cortes, definido por Don Quijote una pasión no viciosa.

Descripción del enamoramiento muy lejos de las teorías biologicistas actuales que lo reducen a bioquímica, como si los seres humanos no tuviéramos emociones, pensamiento y cultura.

- Contexto de esta obra:

Dos familias enemigas, de la alta sociedad, con sus parientes y criados: los Capuleto, familia de Julieta, y los Montesco, familia de Romeo. Una sociedad más centrada en el funcionamiento de las ciudades, Verona, en este caso, en un país, Italia, aun por construir, a diferencia de España.

En una sociedad de finales del siglo XV, en Verona, gobernada por un Príncipe, que intenta poner paz y hacer justicia.

Una sociedad llena de convenciones religiosas y sociales en relación con el matrimonio y la sexualidad. Lo describe con menos detalles y menor profundidad que Fernando de Rojas en la Celestina. Fernando de Rojas fue estudiante en Salamanca durante muchos años, mientras el autor de Romeo y Julieta construye su obra a partir de leyendas anteriores, ubicada en una ciudad muy lejana al lugar donde vivía.

-Personajes centrales:

Julieta, hija única, de 14 años, edad ya casadera en aquellos tiempos sin adolescencia, doncella virgen. El padre prefiere que su hija espere a los 16 para casarse (pág.24). Julieta asegura tener la armadura de la castidad, dice que no se deja seducir, y tiene el voto de no amar (pág. 23). Es pues mucho más devota y puritana que Melibea.

El padre acepta que Paris, mozo de buena familia (elegido para concertar el matrimonio con su hija) la trate e intente que a ella le guste. Ella acepta el cortejo, porque se lo pide su padre, pero en realidad no le gusta. París, por el contrario, sí está enamorado de Julieta. El padre prepara un matrimonio concertado, aunque desea que su hija esté de acuerdo. De hecho, el poder del padre es tan grande y severo que cuando ella lo rechaza él la amenaza e insulta gravemente.

Romeo también tiene una familia rica con numerosos criados. Antes de conocer a Julieta su deseo era conquistar a Rosalinda, con la que de forma relativamente explícita se asegura que deseaba conquistarla y tener conductas sexuales con ella. Una relación de

la que se dice muy poco, pero parece que más centrada en el deseo de actividad sexual. Se trata de otro convencionalismo muy arraigado entre los hombres: unas mujeres, liberales o prostitutas para tener relaciones y una virgen para casarse.

-Secuencia de hechos:

1.- Romeo, enamorado en secreto de Julieta, está muy triste y confiesa su amor a un criado. No le puede olvidar (págs. 25 y 26), aunque sea inaccesible. Un criado le aconseja que piense en otra (Rosalinda, por ejemplo) pero Romeo está ciegamente enamorado. Sufre y expresa su dolor.

2.- Romeo y sus criados se disfrazan y van a una fiesta organizada por los Capuletos, enemigos de la familia de Romeo. Les conocen; pero para evitar escándalos no reaccionan (pág. 32).

El dolor por no tenerla, le hace sufrir y estar dispuesto a correr riesgos, incluso la muerte. (págs. 32 y 33)

En la fiesta tiene el primer contacto con Julieta: la toca y la besa (pág.39). Julieta ve el beso como un pecado que comete él, pues lo hace sin pedirle su parecer (pág. 40), aunque lo ve como un “arte” que le encanta (pág. 41). Ambos se dan cuenta que aman a “un enemigo enemiga” de su familia (pág. 41); pero no pueden evitarse la fuerza de la pasión, que es mutua. La pasión, como en la Celestina se describe como incontrolable, justificando los riesgos asumidos e incluso “los pecados”.

3.- Romeo salta al huerto de Julieta (primer encuentro solos).

Desbordados de pasión (págs. 43, 46 y 47), ella cree que no debiera aceptar encontrarse en secreto con él, pero acaba diciendo Sí, e incluso es activa, planificando los encuentros con él (pág. 49). Para ellos deben olvidar su nombre familiar y romper todas las convenciones.

Conviene en buscar como celestina a la Ama, criada de Julieta (págs.49 y 50), mientras, todo lo llenan de sentimientos de amor y dudas, ¿será un sueño?

4.- Romeo va a ver a su amigo fraile y le pide que los case ese mismo día por la tarde. La diferencia con La Celestina es en este punto fundamental: mantener la virginidad

hasta casarse y contraer matrimonio cuanto antes esa su objetivo fundamental. De esta forma tendrán la bendición de la iglesia, podrán tener relaciones e imponer a los padres de uno y otra su matrimonio. Para conseguirlo están dispuestos a todo.

5.- Romeo convence al fraile y envía un aviso a Julieta, a través del Ama, para que vaya a casarse por la tarde en la celda del fraile.

6.- Consiguen que el fraile les case. ¿El fraile acepta casarlos por amistad, por dependencia del poder de la familia de Romeo o para evitar que pequen consumando la relación sin casarse?

7.- En un encuentro fortuito, cuando aun su matrimonio es secreto, y, a pesar de la mediación de Romeo, que no quiere peleas, porque ya son de la misma familia, un Capuleto hiere a un criado de Romeo, que finalmente muere.

8.- El Capuleto se encuentra de nuevo con Romeo y éste se siente obligado a luchar y mata al Capuleto, primo de Julieta. Ésta reacciona llorando y diciendo cosas terribles contra Romeo, hasta que el Ama le cuenta la verdad de lo sucedido.

9.- Romeo huye y se esconde en la celda del fraile para no ser castigado. El Príncipe, al conocer del asesinato, condena al destierro a Romeo.

10.- Julieta le pide, por el Ama, a Romeo que venga a pasar la noche con ella, aun virgen. Consigue entrar, con una escala. Pasan la noche juntos, hasta el amanecer en que Romeo deberá huir para no ser perseguido por la justicia en Verona. Es la noche de bodas, vivida en secreto para ambas familias, legitimando perder en ella la virginidad, al estar casados. Al amanecer Romeo huye a Módena.

Aun nadie sabe, salvo el Ama y el fraile, que están casados y tampoco que pasan la noche juntos.

Es decir, a diferencia de La Celestina, en este caso, son cumplidores de la doctrina cristiana, legitimada con el matrimonio; pero habiéndose las convenciones sociales y deberes familiares.

11.- El padre de Julieta, que ignora todo lo que ha pasado, decide un lunes, que el jueves

se casen Julieta y Paris. Sin duda busca un matrimonio rápido, concertado por él, seguramente para proteger de los riesgos a Julieta y cumplir con las convenciones sociales

12.- Julieta vuelva a engañar a los padres (págs. 89-92) y rechaza del matrimonio con Paris, porque “le detesto”, asegura.

El padre la amenaza e insulta a Julieta; y ambos, padre y madre, la critican duramente.

13.- Julieta va a pedir consejo al fraile (pag.97), porque se siente entre la espada y la pared. Le pide una salida a la situación, asegurando que si la obligan a casarse se suicida. El fraile diseña una solución rocambolesca: le da una bebida que la mantendrá como muerta 24 horas. Así conseguirá que la lleven al mausoleo familia, pensando que ha muerto. Mientras tanto, el fraile se encargará de enviar un mensajero a Romeo (oculto en Módena), para que, cuando despierte, esté a recogerla en la tumba e inicien la huida juntos.

14.- Julieta engaña de nuevo a los padres, pidiéndoles perdón y aceptando el casamiento con Paris, mientras se va a dormir y toma la bebida dada por el fraile.

15.- El emisario del fraile no llega a Módena (no le dejan pasar, porque se ha declarado “la peste”); mientras, por el contrario, sí consigue llegar a Módena un criado de Romeo (que no sabe nada de lo planificado por el fraile) que le asegura que Julieta ha muerto y está enterrada.

16.- Romeo compra veneno y se viene a Verona para suicidarse en la tumba de Julieta.

17.- Romeo encuentra a Paris, que llevaba unas flores a la tumba. Le echa de allí, con amenazas y, como Paris le hace frente y no se va, le mata. Después se toma el veneno y muere junto a Julieta, aun dormida.

18.-El fraile corre a la tumba a las 24 horas; pero encuentra ya muertos a Paris y Romeo.

19.- Se despierta Julieta y, al conocer lo sucedido, se suicida, matándose con el puñal de Romeo.

20. Conocida la noticia, llegan el Príncipe, Capuleto y Montesco, ambos con sus esposas. El fraile les cuenta todo, reconociendo su culpa, que es perdonada. Las

dos familias, ante tantas desgracias se reconcilian.

Es una tragedia con acción vertiginosa y sucesos que sorprenden una y otra vez a los espectadores. La fuerza teatral es magistral, una obra extraordinaria para ser representada, a diferencia de La Celestina, mucho más pobre teatralmente, escrita para ser leída y comentada.

Contenido:

Tragedia amorosa escrita por Shakespeare en 1594 ó 1595, casi un siglo después que La Celestina, basada en leyendas y antecedentes literarios, que él transforma y enriquece, consiguiendo un texto literariamente excelente y unas escenas sobrecogedoras.

Describe el amor entre una adolescente y un joven, imposible por la rivalidad de las familias de los amantes, en un clima de odio y violencia que implica a todos los familiares y criados. Es un canto a la vida y el amor, en medio del odio y la violencia.

La pasión amorosa de Romeo, correspondida activamente por Julieta, es tan poderosa que están dispuestos a romper todos los convencionalismos, menos los religiosos.

En relación con las familias y prácticas sociales de casamiento:

- reniegan del nombre de sus familias.
- mantienen en secreto la relación.
- no aceptan el matrimonio concertado por el padre entre Paris y Julieta.
- engañan a los padres y al prometido de Julieta.
- planifican el casamiento y se casan en secreto.
- pasan la noche de bodas juntos en casa de Julieta en secreto.

En relación con el rol de la mujer y el hombre:

Es de destacar la conducta activa y arriesgada de Julieta. Julieta no acepta los convencionalismos referidos a la conducta que se supone deben tener las mujeres en relación con los hombres, salvo la conservación de la virginidad hasta el matrimonio.

La **determinación de ambos** es tan grande que están dispuestos a morir, si fuera

inevitable. Por ello asumen riesgos extremos como hacen Romeo y sus criados al disfrazarse y colarse en una fiesta de la familia de Julieta, dónde tienen un primer encuentro con ella, con un ligero contacto y beso incluido, que no rechaza. O con los saltos de Romeo al huerto de los Capuletos y, una vez casados en secreto, la escala que le pone Julieta a Romeo para pasar la noche de bodas juntos en la casa de ésta.

Para conseguirlo cuentan con una celestina, el “Ama” de Julieta, que prepara los encuentros, transmite avisos y mantiene el secreto. Pero su rol es irrelevante comparado con el de Celestina en la obra de Fernando Rojas.

De “celestino” hace también un fraile, amigo de Romeo, que accede a aceptar la relación entre ambos y a casarlos en secreto. Un comportamiento poco convencional para un eclesiástico. Su rol es fundamental en la obra poniéndose al servicio de Romeo, casándolos en secreto y planificando la huida de ambos, aunque este plan no pudiera cumplirse finalmente, como hemos ya comentado. En efecto, el fraile asume un rol fundamental en la tragedia, de principio a fin, ayudando a Romeo y sirviendo de guía a ambos, asumiendo el engaño a las dos familias como inevitable. De esta forma, el propio fraile viola la voluntad de los padres y acepta el rechazo del matrimonio que tenían concertado las familias, diseñando toda una serie de maniobras en secreto, que finalmente, por causas ajenas al fraile, no evitarán la tragedia. Para el fraile, la pasión de los amantes, justifica el matrimonio concertado. ¿Lo hace por amistad, dependencia de Romeo o para evitar el pecado sexual de los amantes?

Para conseguir su propósito, Romeo Julieta, en cinco días, precipitan los encuentros y el casamiento, en la celda de fraile.

Y todo en nombre de una pasión poderosa, dolorosa, obsesiva, ardiente, soñadora, llena de sueños e ilusiones; y, sobre todo, ciega, que solo se somete a una convención: para amarse de manera plena tienen que casarse. Conseguido esto y consumada la relación

sexual ningún poder humano, se supone, podrá impedir su relación y su matrimonio. De esta forma, casamiento y consumación sexual son los únicos preceptos a los que se somete la pasión.

La Pasión amorosa lleva a Romeo a decir que “el amor es un humo que sale del vaho de los suspiros. Al disiparse, un fuego del que saltan chispas en los ojos de los amantes, ... una locura muy sensata...” (pág.22). Una vez encendida esa hoguera no se puede apagar; los amantes no pueden olvidarse el uno del otro, tanto cuando se encuentran y llenan de sentido su vida, como cuando algo les hace zozobrar. El amor es para ellos “éxtasis” y “tormento”, pero siempre lo único importante por lo que vale la pena sacrificar todo; si fuera necesario, hasta la vida: “serías mejor acabar mi vida con su odio que prorrogar la muerte careciendo de tu amor”, le dice Romeo a Julieta (pág. 47).

Para Julieta, el amor es entrega, “tómame entera”, le dice a Romeo (pg. 46). Una mujer que lejos de mostrarse pasiva o sumisa responde de manera activa y atrevida. Aunque racionalmente debería no entregarse, asegura, su pasión ciega le lleva a decir “te di mi amor antes de que me lo pidieras y, sin embargo, querría que aun estuviera por dar” (pág. 49). Ella misma propone que su “Ama” haga de celestina” y hace lo posible e imposible por encontrarse con él y consumir el matrimonio pasando la noche de bodas, en su propia habitación, con Romeo, antes de que éste huyera por haber matado a un familiar de los Capuleto, que previamente había matado a un criado de Romeo.

Romeo está totalmente fascinado por la belleza de su amada, dedicándole alabanzas, suspiros y piropos de todo tipo:

- “¡Ah, enseña a las antorchas a brillar claro! Parece colgar sobre la mejilla de la noche...una paloma entre una banda de cuervos” (pág. 38).

- “Julieta es el sol, y mata a la envidiosa luna...porque tú eres más hermosa que ella...Es mi dama, es mi amor” (45) ¡Oh vuelve a hablar claro ángel”... llámame solo amor, y me bautizare de nuevo, desde ahora jamás

seré Romeo” (46), para no compartir el odio de su familia.

La Pasión amorosa es claramente sexuada, llena de deseo, atracción y enamoramiento, pero la conducta sexual no aparece de forma explícita. No se denomina una pasión casta, no viciosa, como hace nuestro Don Quijote, sino que está presente, no solo en Romeo, sino también en Julieta y es un contenido esencial de la obra. No se trata de un amor cortés, sino de un amor pleno.

La tragedia, por otra parte, condena los casamientos concertados, justo al final, casi como moraleja, cuando después de la muerte de ambos las dos familias se reconcilian. Es por ello, un canto a favor de la pasión y en contra de los convencionalismos, manteniendo solo la moral cristiana.

La coincidencia central con La Celestina, además de numerosos aspectos comunes - familias que se odian, padres conservadores, encuentros en secreto en un huerto, personas intermediarias que hacen de “celestinas”, etc.- es un concepto del amor, que hoy consideraríamos muy moderno, en el cual los afectos sexuales (López, 2009), Deseo, Atracción y Enamoramiento son una motivación muy poderosa que justifica todos los riesgos, hasta la muerte. En ambos casos se trata de amores imposibles por el odio de las dos familias. En ambos casos acaban muriendo los amantes.

La rebelión frente a los convencionalismos sociales, está presente en ambas obras, pero de forma más radical en La Celestina que rompe también con la moral cristiana.

Ambas comparten el clima de violencia y odio de las dos sociedades, pero el individualismo, el egoísmo y la disponibilidad para mentir y engañar, así como el ambiente de “puterio” tan presente en La Celestina no están presentes en la Romeo y Julieta, también en esto, una obra menos pesimista y crítica. Los clérigos son dejados en muy mal lugar en La Celestina, mientras en Romeo y Julieta no solo siguen el consejo de uno de ellos, sino que éste es su máximo valedor. Mientras en Romeo y Julieta se salva y cumple la esencia de la moral sexual cristiana, en La Celestina ésta es

criticada y se desprecia, salvo en los prejuicios aun presentes en Melibea y, en alguna medida en Calisto.

Las personas que hacen de intermediarias entre los amantes, lo hacen por amistad, para evitar males mayores, o por deber de obediencia en un caso, Romeo y Julieta; mientras en La Celestina, ésta y los criados son egoístas, haciéndolo por dinero o estricta obediencia, y llegan a ser hasta crueles.

Ambas comparten la obsesión por la virginidad, como valor fundamental en la mujer, pero en La Celestina se vulnera este valor y los contenidos sexuales explícitos son mucho más claros y evidentes, reconociendo de forma más clara el deseo sexual, las caricias y el gozo, término éste último que hoy traduciríamos por placer.

Romeo es más conservador en términos de moral religiosa que Calisto y, de hecho, más respetuoso con el valor tradicional de la virginidad, mientras en el caso de las relaciones entre Calisto y Melibea, en términos actuales estaríamos muy cerca de hablar de violación. Romeo respeta la virginidad de Julieta hasta la noche de bodas y define claramente su compromiso matrimonial. Calisto, de hecho es un personaje que no acaba de definirse y no acabamos de saber si su discurso está hecho fundamentalmente desde el Deseo y la Atracción (siendo en este caso más retórico su discurso de enamorado) o desde los tres afectos sexuales Deseo, Atracción y Enamoramiento, que es lo que parece. En todo caso, su compromiso no está claro, bien porque lo consideran imposible (¿por qué entonces no planifican la huida como Romeo y Julieta? o bien porque el autor ha querido que sea un tema relevante de la obra (¿una forma más de criticar el convencionalismo del matrimonio?). Uno no puede dejar de preguntarse, ¿se habría suicidado Calisto, si Melibea le hubiera precedido en la muerte? El autor ha preferido que su muerte sea un accidente, ¿por qué? En definitiva, La Celestina es menos teatral, pero está mejor ambientada, es más profunda, más crítica, nada idealista, más pesimista y más ambigua, dejando a los lectores más perplejos y

pensativos. Así quiero yo también dejar a los lectores.

Me permito también hacer relación a las reducciones biologicistas de los afectos sexuales. Como se ve, cada cultura, sociedad, momento histórico, pareja y persona construye su propio pensamiento sobre estos afectos, condicionado las emociones y sentimientos asociados a ellos y las conductas sexuales y amorosas. No somos solo bioquímica, por más que está sea también importante. Calisto, Romeo, Don Quijote, Don Juan, el malévolo seductor de Madam Bovary y las mujeres implicadas son una

buena muestra de las diversidades, como hemos visto, y el poder de la cultura. No dejemos de analizar discursos y mitos antiguos para comprender las raíces de nuestro pasado, ¿pero cuáles son los actuales?

Referencias bibliográficas

Shakespeare Willian (1594-95). Romeo y Julieta. Versión en español: Madrid: Unidad Editorial .1999.

López F. (2009). Amores y Desamores. Madrid: Biblioteca Nueva.

TÍTULO

LA sexualidad y el amor después DE los 50 y más

AUTOR

Félix López Sánchez

EDITORIAL

Pirámide

2018

Correspondencia: flopez@usal.es

Prólogo

Gozar y disfrutar de la sexualidad, amar y ser amado, no sufrir de soledad y estar reconciliado con la vida es posible después de los 50 y en la vejez. El placer sexual, los afectos sexuales (deseo, atracción y enamoramiento) y empático-sociales (apego, amistad, sistema de cuidados y altruismo) permanecen abiertos toda la vida porque somos seres para el contacto y la vinculación.

Este libro está pensado para las personas que nos hacemos mayores y, si somos afortunados, esperamos llegar a viejas. Un buen regalo para nosotros mismos o nuestros amigos; o una sorpresa de los hijos o hijas para los padres y abuelos. Leer y pensar por nosotros mismos es lo más humano que podemos hacer, especialmente en un tema como el de la sexualidad, en el que antes nos engañaban con mitos (la familia, la iglesia,

la escuela, los sanitarios, las fuerzas de seguridad y hasta numerosos supuestos científicos repetían las mismas falsas creencias) o silencio represivo. Ahora, sin haber desaparecido las falsas creencias del pasado, nos engañan, de forma más sibilina, en esta sociedad de libre mercado, en la que la sexualidad se ha convertido también en un producto más de consumo obligatorio.

No se deje engañar, como hacían antes unos y hacen ahora otros; piense, reflexione y decida por sí mismo basándose en conocimientos, frente a la ignorancia, y

libertad, frente a la sumisión. Siga el consejo de los ilustrados y de Kant: «atrévete a pensar».

En este libro encontrarás conocimientos básicos sobre sexualidad y relaciones amorosas, análisis de la realidad y críticas, también divertidas, sobre los viejos y nuevos mitos referidos a la sexualidad y las relaciones amorosas.

Les animo a informarse, pensar, reflexionar y tomar decisiones sobre su vida sexual y amorosa, usando su experiencia y la libertad que nos concede la naturaleza, porque la sexualidad no es un instinto, como en otras especies, sino una motivación, una pulsión movida por el deseo, la atracción, el enamoramiento y nuestra necesidad de contacto y vinculación.

La sexualidad está, desde el punto de vista de la naturaleza, en el reino de la libertad y, aunque muchas personas, instituciones, mitos religiosos y convenciones sociales nos reprimen e intentan someternos a sus criterios, cada uno de nosotros puede y debe decidir sobre su vida sexual y amorosa: ¡Ojalá sea con conocimientos y con libertad ética!, que es tanto como decir con razones e inteligencia emocional y social.

Y no olvide el lector que no solo hay viejos mitos (la sexualidad es peligrosa y sucia, hay que ser castos antes del matrimonio heterosexual y, en este, orientarla a la procreación), sino también nuevos mitos propuestos por esta sociedad de mercado (que

trata la sexualidad como un producto más de consumo) y algunos profesionales no bien formados. Entre los nuevos mitos señalamos, por ejemplo, los siguientes: la actividad sexual es una condición necesaria a la salud, la actividad sexual es obligatoria —también para las personas adolescentes y viejas—, conviene experimentar todo, etc.). Quienes defienden los nuevos mitos, olvidan que las personas, y son solo dos ejemplos, podemos decidir tener relaciones sexuales o no, tener relaciones sexuales con una sola persona, con varias o con muchas. La decisión que se tome y las conductas que se tengan, eso sí, pueden basarse en razones, emociones positivas, conocimientos y en condiciones de libertad y ética (en ese caso son saludables); o basarse en la ignorancia, los mitos, el miedo, la represión, la sumisión, el consumo, la violencia, etc. (en ese caso la vida sexual será frustrante, no saludable o dañina para los demás, etc.).

Siéntase dueño de su vida sexual y amorosa, decida con prudencia porque, como decía Aristóteles, la sabiduría sería la mejor virtud, pero es inalcanzable.

¡Qué fácil es caer en el fundamentalismo, la estulticia, los mitos, las presiones convencionales, los errores y las prácticas de riesgo! Por eso, nos dice este gran filósofo, la virtud más práctica es la prudencia: informarse, valorar las alternativas y sus consecuencias, argumentar y decidir bien es lo más inteligente que podemos hacer. Y no solo para no equivocarnos, sino porque con nuestra vida sexual y amorosa nos jugamos buena parte de nuestros gozos o nuestros sufrimientos. En definitiva, alcanzar o no el placer y el bienestar, resolver nuestra necesidad de contacto y vinculación o sufrir de soledad emocional, soledad social o soledad amorosa.

Eventos / Events 2019

Enero

13-14

Adult Novelty Manufacturers Expo – ANME

LOS ÁNGELES EE.UU.

<https://anmefounders.com>

Enero

23

AVN Novelty Expo

LAS VEGAS (EE.UU)

<https://avn.com/business/events/avn-novelty-expo-719880.html>

Enero - Febrero

31-2

Congreso Internacional de Sexología de Puerto Rico (CISPR) 2019

PUERTO RICO

WWW.CISPR.WEBS.COM

Marzo

Joint Meeting of the ISSWSH and ISSM

<http://www.isswshmeeting.org>

Marzo

18-22

Congreso Mundial – ILGA

WELLINGTON (Nueva Zelanda)

<https://ilga.org/ilga-world-conference-2019-wellington-scholarships-sessions>

Abril

3-6

National Conference – SEXED

NEWARK (Nueva Jersey – EE.UU.)

<https://sexedconference.com>

Abril

11-13

3rd Conference of European Professional Association for Transgender Health – EPATH

ROMA (Italia)

<https://epath.eu/conference-2019/>

Abril

24-27

XXXIV Congreso Argentino de Psiquiatría-APSA 2019

MAR DEL PLATA (Argentina)

<https://congresosapsa.com/>

Mayo

18-22

APA Annual Meeting

SAN FRANCISCO (EE.UU.)

www.psych.org

Junio

13-16

Annual Conference – ASSECT

FILADELFIA (EE.UU.)

<https://www.aasectannualconference.com>

Julio

21-24

10th IAS Conference on HIV Science – IAS

CIUDAD DE MÉXICO (México)

<http://www.ias2019.org>

Julio

International Academy of Sex Research Meeting – IASR

CIUDAD DE MÉXICO (México)

<http://www.iasrsite.org/upcoming-meeting>

Agosto

21-24

World Congress of Psychiatry

LISBOA (Portugal)

wpanet.org

Septiembre

4

Día Mundial de la Salud Sexual WAS

Actividades en todo el mundo

<http://www.worldsexology.org>

<https://www.diamundialsaludsexual.org>

<https://www.facebook.com/4sept/>

Septiembre

11-14

XVII Congreso Brasileño de Sexualidad Humana - SBRASH

NATAL (Brasil)

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

Octubre

12-15

24Th Congress of de World Association For Sexual Health & XII Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología

CIUDAD DE MÉXICO, World Trade Center México

<https://www.was2019.org/es/>

Octubre

25-26

9ª Jornadas Universitarias Internacionales de Sexología. UNED
MADRID (España)

<https://www2.uned.es/saludsexual/jornadas/>

Diciembre

5-7

SLAMS Bi Annual Congress

SAO PAULO (Brasil)

www.SLAMsnet.org

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

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

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

NORMAS GENERALES

- Carta de presentación
- Primera página

NORMAS ESPECIFICAS POR SECCIONES

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

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- Tablas y Figuras
- Bibliografía
- Listado de comprobación

NORMAS GENERALES

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

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

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

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

CARTA DE PRESENTACIÓN

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

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

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

PRIMERA PÁGINA

La primera página del texto debe incluir:

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

NORMAS ESPECÍFICAS POR SECCIONES

EDITORIALES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

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

ORIGINALES

ESTUDIOS ORIGINALES

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

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

La **estructura de los trabajos debe ser la siguiente:**

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

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

Resumen

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

Debe incluir el **título del trabajo**.

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

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

-Objetivo: identificación clara del propósito principal el estudio.

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

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

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

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

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

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

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

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

Texto

Se recomienda la redacción en impersonal.

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

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

-Introducción

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

-Material y métodos.

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

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

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

-Resultados

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

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

-Discusión

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

-Agradecimientos

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

-Bibliografía

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

Puntos básicos y esquema general del estudio

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

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

Material informático adicional

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

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

COMENTARIOS A ORIGINALES

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

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

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

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

ORIGINALES BREVES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

CASOS CLÍNICOS

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

La estructura del texto será la siguiente:

-Introducción

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

-Discusión y conclusiones.

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

-Carta de presentación (ver normas generales)

-Primera página (ver normas generales)

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

-Resumen

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

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

El texto debe estructurarse en los siguientes apartados:

Introducción

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

Objetivos

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

Método

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

Discusión

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

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

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

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

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

REVISIONES

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

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

DERECHOS SEXUALES

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

ARTICULOS ESPECIALES

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

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

(con distinta denominación según contenido) :

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación

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

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

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

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

CARTAS AL DIRECTOR

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

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

El número máximo de autores será de 4.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

-TABLAS Y FIGURAS

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

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

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

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

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

-FOTOGRAFIAS

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

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

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

-BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

Revista

1) Artículo ordinario .

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

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

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

2) Author corporativo

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

3) No se indica el nombre del autor

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

4) Suplemento de un volumen

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

5) Suplemento de un número

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

6) Número sin volumen

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

7) Indicación del tipo de artículo

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

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

8) Trabajo en prensa

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

Libros y otras monografías

9) Autores personales

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

10) Editores o recopiladores como autores

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

11) Capítulo de un libro

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

12) Actas de reuniones

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

Material electrónico

13) CD-ROM

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

14) Artículos de revistas en Internet

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

15) Monografías en Internet

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

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

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

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

GENERAL GUIDELINES

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

SPECIFIC GUIDELINES PER SECTION

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

SUPPLEMENTAL INFORMATION

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

GENERAL RULES

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

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

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

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

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

Manuscripts must have the following structure:

-Introductory letter.

-Title page.

-Core of the work according to the section guidelines.

The Editorial Board will notify the reception of all manuscripts and will assign a code to each one.

The Editorial Board may reject any manuscript not considered appropriate, and may suggest any modifications considered appropriate, and shall not be held responsible for any material that has been rejected, once the decision has been communicated to the authors.

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

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

INTRODUCTORY LETTER

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

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

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

TITLE PAGE

The title page must include:

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

Abstract

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

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

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

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

SPECIFIC GUIDELINES FOR SECTIONS

EDITORIALS

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

Maximum number of authors: 2.

The structure of the study shall be as follows:

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

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

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

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

Maximum reference number: 12.

ORIGINALS

ORIGINAL STUDIES

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

Maximum recommended number of authors: 6.

Studies must adhere to the following structure:

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

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

Abstract

An abstract in Spanish and English must be included.

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

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

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

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

Text

Impersonal style recommended.

Maximum text length shall be **8 DIN-A4 pages**, on one surface, doublespace, Times New Roman type 12 cpi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Basic points and overall scheme of the study

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

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

Additional computer material

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

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

COMMENTARIES TO ORIGINAL WORKS

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

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

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

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

SHORT ORIGINALS

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

Maximum number of authors: 6.

The manuscript shall have the following structure:

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

Each section must start on a new page.

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

Results and Conclusions.

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

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

- Results
- Discussion and conclusions

Maximum number of references: 6.

CLINICAL CASES

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

Maximum author number: 6.

The manuscript structure will be as follows:

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

Each section must start on a new page.

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

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

Maximum number of references: 6.

RESEARCH PROJECTS

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

Maximum author number: 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

The text must contain the following sections:

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

Maximum reference number: 20.

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

UPDATES ON SEXOLOGY

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

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

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

Maximum number of authors: 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

Maximum reference number: 50.

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

PUBLICATIONS REVIEWS

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

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

Maximum number of authors: 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

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

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

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

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

REFLECTIONS ON SEXOLOGY

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

The maximum number of authors is 3.

The manuscript must have the following structure:

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

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

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

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

Maximum reference number: 12.

SEXUAL RIGHTS

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

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

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

LETTERS TO THE EDITOR

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

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

Maximum number of authors: 4.

The manuscript must have the following structure:

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

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

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

SUPPLEMENTAL INFORMATION

Tables and figures

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

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

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

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

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

Figures must be used only if there is no other format to clearly explain the information obtained. Data appearing elsewhere must not be presented in this format.

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

Photographs

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

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

References

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

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

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

The following are examples of reference formats:

Journal

1) Regular article.

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

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

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

2) Corporative author.

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

3) Author's name not indicated.

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

4) Supplement to a volume.

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

5) Supplement to an issue.

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

6) Issue without volume.

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

7) Indication of article type.

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

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

8) Work currently under print.

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

Books and other monographs

9) Personal authors.

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

10) Editors or compilers as authors.

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

11) Book chapter.

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

12) Meeting proceedings.

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

Electronic material

13) CD-ROM.

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

14) Internet journal articles.

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

15) Internet monographs.

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

Ethical aspects

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

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

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

TARIFA DE SUSCRIPCIÓN ANUAL: **Gratuito**

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