



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

Satisfacción con la vida en personas con disforia de género:

Estudio caso - control 5

Life satisfaction in people with gender dysphoria: control case study

M. Cadenas Blanco, M. Fernández Rodríguez, E. García Vega, P. Guerra Mora

Fantasías sexuales femeninas: tipología, actitudes y contenidos.

Un estudio cualitativo 13

Female sexual fantasies: typology, attitudes and contents. A qualitative study

RE. Almánzar Montás, C. Aranda Torres, R. García Álvarez

Sexualidad en mujeres con historia de abuso sexual infantil:

Relatos de primera mano 26

Sexuality in women with a history of child sexual abuse: Firsthand accounts

A. Freitas Betances, C. Aranda Torres, RM. Zapata Boluda, R. García Álvarez

Relación entre los mitos del amor romántico y de la sexualidad

con la violencia de Género 47

Relationship between the myths of romantic love and sexuality
with gender violence

*C. San Martín Blanco, AR. Jurado López, A. Carrera Camuesco, L. Barquín Casar,
R. Lobera Balbás*

Prevalencia de disfunciones sexuales en trabajadores del área de la salud 53

Prevalence of sexual dysfunctions un health workers

OA. Tuberquia Agudelo, AC. Tuberquia Agudelo, F. Hurtado Murillo

Revisiones en sexología / Reviews on sexology

Revisión acerca de tratamientos psicológicos eficaces en el área

de la sexualidad individual y de pareja 62

Review of effective psychological treatments in te area of individual
and partner sexuality

*C. Serrano Diana, MT. Gómez García, E. López del Cerro, MD. Díaz Serrano
E. Martínez Besteiro*

Disforia postcoital sexual en la vida conyugal	77
Sexual postcoital dysphoria in the conjugal life	
<i>VD. Gil Vera</i>	
Efecto del ejercicio físico sobre la disfunción eréctil: revisión de conjunto	82
Effect of physical exercise on erectile dysfunction: joint review	
<i>A. Vila Cotillas, F. Donat Colomer, B.J. Orenga Orenga</i>	
<u>Agenda / Events</u>	100
<u>Normas de publicación / Authors guidelines</u>	102
<u>Boletín de suscripción / Subscription form</u>	132

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 Arasanx 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 Auriolos (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)

Satisfacción con la vida en personas con disforia de género: Estudio caso-control

Life satisfaction in people with gender dysphoria: control case study

Cadenas Blanco M¹, Fernández Rodríguez M^{2,3}, García Vega E¹, Guerra Mora P⁴

1- Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología.

2- Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA).

3- Centro de Salud Mental I “La Magdalena” Área sanitaria III. Hospital Universitario San Agustín de Avilés. Asturias.

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

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: 4 de febrero de 2019. **Fecha de aceptación:** 12 de abril de 2019

Resumen

Introducción La satisfacción con la vida se define como una valoración global que la persona hace sobre su vida. Existen pocas investigaciones que la evalúen en personas con Disforia de Género (DG). El objetivo de este estudio es analizar la satisfacción con la vida en personas con DG.

Material y métodos. Participaron 31 personas con DG y 40 como grupo control. Se utilizó la escala de satisfacción con la vida (SWLS). Se recogieron las variables: tiempo que llevaban asistiendo a la UTIGPA; la realización de la rectificación registral; si reciben exclusivamente acompañamiento psicológico; si reciben tratamiento hormonal; si han realizado alguna cirugía relacionada con la confirmación de género.

Resultados. No se han encontrado diferencias en satisfacción con la vida entre las personas con DG y el grupo control. Han sido significativas las diferencias obtenidas entre las personas con DG que reciben tratamiento hormonal y las que sólo contaban con acompañamiento psicológico.

Conclusiones. El nivel de satisfacción con la vida es mayor en aquellas personas con DG que recibían acompañamiento psicológico además de tratamiento hormonal que aquellas que sólo se encontraban con acompañamiento psicológico.

Palabras clave: Disforia de género. Transgénero. Satisfacción con la vida. Escala SWLS.

Abstract

Introduction Life Satisfaction is defined as a global assessment made by the person about her/his own life. There is little research that evaluates it in people with Gender Dysphoria (GD). The aim of this study is to analyze satisfaction with life in people with GD.

Material and methods. 31 people with DG and 40 as control group participated in the study. The life satisfaction scale (SWLS) was used. The following variables were collected: time they had been attending to UTIGPA; the realization of registry rectification; if they receive only psychological accompaniment; if they receive hormonal treatment; if they have had any surgery related to gender confirmation.

Results. No differences were found in life satisfaction between people with DG and the control group. The differences between people with DG who receive hormonal treatment and those who only had psychological support were significant.

Conclusions. The degree of life satisfaction is greater in those people with GD who received psychological support in addition to hormonal treatment than those who only had psychological support.

Keywords: Gender dysphoria. Transgender. Life satisfaction. SWLS scale.

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

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos damos, y hemos dado a lo largo de la historia, importancia a sentirnos bien⁽¹⁾. Los estudios sobre bienestar y calidad de vida se inician hace unos 50 años⁽²⁾. Poco a poco se han ido introduciendo conceptos más subjetivos⁽³⁾, creando dos líneas de investigación paralelas: el bienestar psicológico -que integra aspectos psicológicos y una dimensión individual y social-; y el bienestar subjetivo -cómo y por qué experimentamos nuestra vida de forma positiva⁽²⁾. Pero, ¿qué es exactamente el bienestar subjetivo?

Veenhoven (1994) ⁽⁴⁾ lo define como el grado en que una persona juzga de modo global su vida en términos positivos, es decir, en qué grado la persona está a gusto con la vida que lleva. Existe un consenso en cuanto a la distinción en el bienestar subjetivo de los elementos emocionales⁽⁵⁾ y los elementos cognitivos. Éstos se han denominado satisfacción con la vida. La satisfacción con la vida representa la discrepancia percibida entre las aspiraciones y los logros, valoración que puede situarse entre una sensación de realización personal y una sensación de fracaso⁽³⁾. Se distinguen dos componentes diferenciados: valoraciones subjetivas sobre el nivel de satisfacción con la vida y las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones⁽⁶⁾. En las investigaciones sobre bienestar subjetivo sus componentes son

evaluados por separado, ya que las relaciones que ambos mantienen con otras variables y a lo largo del tiempo son distintos: las reacciones afectivas se producen ante estímulos inmediatos y generalmente son de corta duración, mientras que la satisfacción con la vida es una valoración que refleja una perspectiva más a largo plazo⁽⁷⁾.

En este estudio el eje central será el componente cognitivo del bienestar subjetivo: la satisfacción con la vida. Este concepto es relevante a la hora de analizar la calidad de vida de las personas, ya que es uno de sus indicadores, junto con la salud física y mental⁽⁴⁾.

Las personas con Disforia de Género (DG) pueden enfrentarse a situaciones difíciles de adaptación y de exclusión y aislamiento social en tres ámbitos principalmente⁽⁸⁾: el ámbito familiar, ámbito educativo o laboral, y el ámbito sentimental. Varias investigaciones ponen de manifiesto que el nivel de formación académica alcanzada por personas con DG puede ser menor que el de la población general (relacionado con mayores tasas de abandono escolar), que ocupan empleos de baja cualificación laboral, que sufren una tasa mayor de desempleo, además de acoso laboral o escolar y cuentan con una menor red de apoyo social^(9,10,11). Estos ejemplos de situaciones difíciles enfrentadas por personas con DG podrían estar influyendo en el nivel de satisfacción con la vida y de bienestar que estas personas puedan

tener⁽²⁾. Sin embargo, los estudios sobre satisfacción con la vida en personas con DG son escasos. En el año 2013 se publica un análisis de la realidad social de la transexualidad en España⁽¹²⁾, un estudio descriptivo en el que se evalúa también el apoyo social que perciben las personas con DG, así como el nivel de satisfacción con la vida, medida con la escala SWLS, relacionada con otras variables psicosociales. En él se encuentra diferencia entre los niveles de satisfacción con la vida de las personas que han realizado alguna cirugía con respecto a las que no, pero esta diferencia no se ha establecido como significativa debido a la escasa muestra de personas que han realizado alguna cirugía. Esta investigación concluye la estrecha relación que existe entre el apoyo social y la satisfacción con la vida. Un año después, en 2014, Davey, Bouman, Arcelus y Meyer⁽¹³⁾, estudiaron el apoyo social y el bienestar subjetivo en personas con DG en Reino Unido, encontrando un menor apoyo social en este grupo de personas en comparación a la población general, concluyendo que las puntuaciones en apoyo social predecían las puntuaciones en el cuestionario de bienestar subjetivo (Personal Wellbeing Index, PWI). Este mismo año se realizó un estudio sobre el perfil psicológico de las personas transexuales a tratamiento⁽¹⁴⁾, en el que se evaluó el bienestar de estas personas. Recientemente, en el año 2016, se publica un estudio sobre la satisfacción con la vida en personas con DG⁽²⁾. Uno de sus objetivos fue explorar la satisfacción con la vida en personas trans y comparar los resultados con la población general. A todas las personas participantes se les administró la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener et al.⁽¹⁵⁾, en su versión adaptada al castellano por Atienza, Pons, Balaguer y García-Mérta⁽¹⁶⁾, además de la escala de Bienestar Psicológico de Fordyce. Los resultados que se obtuvieron indicaron un menor nivel de satisfacción con la vida y de bienestar psicológico en personas con DG, si bien el índice obtenido no se situó por debajo de la puntuación media de la escala, no habiéndose encontrado diferencias por género en ambas escalas. Los autores

concluyen que la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico de las personas con DG parece depender de variables sociodemográficas, psicológicas y de personalidad, además de factores médicos como la fase de tratamiento hormonal. Señalan el efecto que puede tener que una persona se encuentre al inicio del proceso en una unidad de DG y de los tratamientos que en ella pueden disponer, siendo posible un rápido incremento de sentimientos de satisfacción y bienestar que posteriormente puedan descender, remarcando la importancia de la realización de estudios que consideren estos aspectos.

Estudios recientes realizados en la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) se han centrado en la epidemiología⁽¹⁷⁾ y en las características de la atención recibida por los usuarios⁽¹⁸⁾. Este trabajo tiene como objetivo es evaluar la satisfacción con la vida de personas con DG usuarias de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) y analizar las posibles diferencias de género y la posible influencia de la fase de tratamiento en la satisfacción vital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos

El número total de participantes fue de 71 personas. 31 fueron usuarias de la UTIGPA, con un rango de edad de 14 a 56 años ($M=26,74$; $DT=10,42$). Respecto al género, 15 personas se identificaron con el género femenino, es decir, personas que siendo biológicamente hombres se sienten mujer (transexuales femeninos, H-M), y 16 con el género masculino, personas biológicamente mujeres que se encuentran en proceso de confirmación de género masculino (transexuales masculinos, M-H). El grupo control se compuso de 40 personas sin DG, 25 mujeres y 15 hombres, con una media de edad de 26 años ($DT= 4,65$).

Fuentes de información

Para medir la Satisfacción con la Vida se empleó la Escala sobre Satisfacción con la

Vida (Satisfaction With Life Scale, SWLS) de Diener et al. ⁽¹⁵⁾ en su versión adaptada al español⁽¹⁶⁾. Consta de 5 ítems en escala tipo Likert de 1 a 5. Tiene una consistencia interna con un valor de 0,84. La adaptación de Atienza et al. ⁽¹⁶⁾ ha sido administrada en una población de personas con DG recientemente⁽²⁾. Esta última versión ha sido validada en diferentes poblaciones obteniendo altos niveles de fiabilidad y validez. La puntuación mínima posible en la escala SWLS adaptada al español son 5 puntos, y la máxima 25, siendo 15 la puntuación media. Teniendo en cuenta estos valores se establecen distintos rangos de puntuaciones⁽¹⁹⁾: 1) *Gran insatisfacción*: puntuación baja, entre 5 y 9; 2) *Insatisfacción*: puntuación entre 10 y 14; 3) *Neutro*: puntuación igual a 15; 4) *Satisfacción*: puntuación media, entre 16 y 20; 4) *Gran satisfacción*: puntuación alta, entre 21 y 25.

Se recogieron además una serie de variables: tiempo que llevaban asistiendo a la UTIGPA; realización de la rectificación registral relativa al sexo de las personas; si reciben exclusivamente acompañamiento psicológico; si reciben tratamiento hormonal; si han realizado alguna cirugía relacionada con la confirmación de género.

Procedimiento

Tras la aprobación del Comité de Investigación del Servicio de Salud del Hospital Universitario de San Agustín de Avilés (HUSA), se llevaron a cabo la administración de la escala en aquellas personas que han consentido por escrito su participación voluntaria, tras haber sido informadas sobre la investigación. En caso de las personas menores de edad, se ha solicitado también el consentimiento informado de sus padres o tutores legales. En el caso de la muestra del grupo control, las personas participantes han cumplimentado online de forma voluntaria la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) así como los datos sociodemográficos. Han sido seleccionados mediante el proceso de bola de nieve.

RESULTADOS

En total han participado 71 personas en este estudio, con una media de edad de 26,32 años (DT= 7,66). El número de personas que se identifica con el género femenino fue de 40 y 31 con el género masculino. Los grupos fueron similares para las variables edad y género.

La media de meses asistiendo a la UTIGPA ha sido de 33,39 (DT = 42,59), siendo el mínimo de meses de asistencia 1 y el máximo 124 meses. De todos los participantes, sólo el 22,6% (N=7) han realizado el cambio registral. En relación a las diversas etapas del proceso dentro de la unidad, el 54,8% (N=17) recibe exclusivamente acompañamiento psicológico, el 38,7% (N=12) se encuentra a tratamiento hormonal, y tan sólo el 19,4% (N=6 personas) ha realizado alguna cirugía, encontrándose además un 9,7% en lista de espera para la realización de las mismas (N=3).

Respecto a la escala SWLS, la media de las puntuaciones en la muestra total ha sido 16,07 puntos. La puntuación mínima, 5 puntos, ha sido obtenida por el 1,4% de la muestra (N=1) y la puntuación máxima, 25 puntos, por el 4,2% (N=3). En caso del grupo control, la puntuación mínima ha sido 9 puntos, obtenida por el 2,5% (N=1). La puntuación media de esta muestra, se encuentra en el rango de “satisfacción con la vida” (16-20), mientras que la puntuación media de la muestra UTIGPA se encuentra en el rango “neutro”. Los ítems con una nota media mayor, para ambos grupos, ha sido el ítem 2 “Las condiciones de mi vida son excelentes”, con la misma media en el grupo UTIGPA que el ítem 4 “Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida”. Puede apreciarse que las puntuaciones medias en los ítems son todas ellas inferiores en el grupo UTIGPA. Los ítems que han tenido un mayor porcentaje de respuestas con puntuación máxima han sido el ítem 4 para el grupo UTIGPA (25,8%), y los ítems 3 “Estoy satisfecho con mi vida” y 5 “Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual” para el grupo control (12,5%). Por el contrario,

aquellos ítems que han obtenido su puntuación mínima en mayor porcentaje han sido el número 5 para el grupo UTIGPA (32,3%) y el número 4 para el grupo Control (20%).

La muestra se distribuye de forma normal para la puntuación total de la SWLS (Kolmogorov-Smirnov, $Z = 0,96$; $p = ,320$). El criterio de normalidad no se cumple para las puntuaciones de cada ítem de la escala (Kolmogorov-Smirnov, $p < ,05$), por lo que para analizar las diferencias entre los dos grupos en cada ítem se realizará la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos control y UTIGPA para cada ítem de la escala. Los datos de la prueba U de Mann-Whitney quedan reflejados en la Tabla 1. En el caso de la puntuación total, para la que no se han asumido varianzas iguales (Levene, $F = 9,65$; $p = ,003$) no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. Tabla 1

Para estudiar las posibles diferencias existentes entre la variable rectificación registral, recogida para la muestra con DG, se ha realizado una prueba t-Student para muestras independientes para esta variable, es decir, las personas que han hecho rectificación registral y las que no. Se han asumido varianzas iguales (Levene, $F = 0,50$; $p = ,482$). La prueba no ha sido significativa $t(29) = -1,48$; $p = ,148$, por lo que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a esta variable. Para evaluar las posibles diferencias existentes entre las personas usuarias de la UTIGPA con DG en función de diferentes fases del proceso de confirmación de género se ha realizado una prueba t-Student habiendo agrupado la muestra en dos grupos: sólo acompañamiento psicológico y acompañamiento psicológico en combinación con tratamiento hormonal (TH). La media para el grupo que estaba en acompañamiento psicológico es de 12,39 (D.T.=4,6) y la media para el grupo que también recibía TH de 18,62 (D.T.=4,7). Las diferencias encontradas entre ambos grupos han sido estadísticamente significativas ($t(29) = -3,62$; $p = ,001$; $d = -$

1,32), habiéndose asumido varianzas iguales (Levene, $F = 0,00$; $p = ,966$). El tamaño del efecto ha sido grande ($d > 0,8$).

DISCUSIÓN

La presente investigación ha pretendido aproximarse a un estudio de la satisfacción con la vida en personas con DG, que como se ha señalado previamente, enfrentan situaciones difíciles de adaptación en distintos ámbitos de su vida. Para ello se ha querido comparar esta muestra con un grupo de personas sin DG y analizar las posibles influencias en los niveles de satisfacción con la vida de las variables relacionadas con diferentes intervenciones.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción con la vida entre la muestra del grupo control y la muestra de la UTIGPA, si bien las puntuaciones medias en los ítems de la escala SWLS y también la puntuación media total han sido más elevadas para las personas con DG. Coincidiendo con las conclusiones obtenidas por Rabito Alcón y Rodríguez Molina⁽²⁾, el nivel de satisfacción con la vida de personas con DG es menor que la del grupo control aunque el índice obtenido no se situó por debajo de la puntuación media, por debajo del umbral “neutro” de satisfacción. Los resultados obtenidos por estos autores sí mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Es posible que las diferencias encontradas en este estudio pudieran haber sido significativas al hacer comparaciones con un mayor número de participantes.

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los usuarios de la UTIGPA que se encontraban a tratamiento hormonal y que además también contaban con acompañamiento psicológico, frente a las personas que únicamente acudían a acompañamiento y asesoramiento psicológico. Estas últimas, por lo general, suelen encontrarse en los primeros meses de asistencia a la unidad. Las diferencias encontradas se dan en favor de las personas con tratamiento hormonal, siendo por tanto sus puntuaciones en satisfacción con la vida

más altas que las personas que sólo reciben acompañamiento psicológico. La magnitud del efecto ha sido grande. No se ha considerado oportuno incluir las personas que han realizado algún tipo de cirugía genital, las cuales suelen realizarse tras años de tratamiento hormonal, ya que la muestra obtenida era muy pequeña.

La rectificación registral puede realizarse tras dos años de tratamiento médico de confirmación de género, suele ser un cambio importante al modificar y confirmar el género sentido en aquellos documentos oficiales y públicos. Es por ello por lo que se ha considerado como una variable importante a explorar en relación a la satisfacción con la vida. Sin embargo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre aquellas personas que contaban con el cambio registral y las que no.

Es importante no perder de vista que las personas participantes han sido aquellas que acuden actualmente a la UTIGPA para recibir asesoramiento psicológico y/o para comenzar un tratamiento hormonal de confirmación de género, pero no todas las personas trans sufren DG, ni todas las personas con DG deciden hacer modificaciones en su cuerpo. Es bastante probable que, con esta muestra, la satisfacción con la vida aumente en esas personas que ya han iniciado el tratamiento hormonal porque este era uno de sus objetivos. Lo importante para estas personas es encontrar una forma de vivir y estar en el mundo acorde a lo que sienten, que no siempre tiene por qué pasar por el tratamiento hormonal o la modificación corporal. Existen muchas formas de estar en el mundo y quizá sea la sociedad la que se equivoque al pedir a las personas trans que se posicionen e identifiquen y se expresen como mujer o como hombre, perpetuando el dimorfismo sexual y de género.

Una de las principales limitaciones encontradas en este estudio se refiere a la limitada muestra. Por otro lado, hubiese sido de interés contar con un grupo control más amplio y más representativo de la población general, si bien ambos grupos contaban con una media de edad muy similar. Debido a la complejidad del propio concepto de

satisfacción con la vida, hubiera sido de interés estudiar otras variables como el apoyo social, el bienestar subjetivo o la calidad de vida de estas personas con DG. En base a las limitaciones del estudio, una investigación futura con una muestra mayor y más representativa de este tipo de población aportaría datos más fiables sobre la satisfacción con la vida de estas personas, así como un seguimiento longitudinal de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

⁽¹⁾Vázquez C, Duque A, Hervás G. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos. *Span. J. Psychol.* 2013. Recuperado en enero de 2018 de

<http://webs.ucm.es/info/psisalud/carmelo/publicaciones.html>

⁽²⁾Rabito MF, Rodríguez JM. Satisfacción con la vida y bienestar psicológico en personas con Disforia de Género. *Actas Esp Psiquiatr.* 2016; 44(2): 47-54.

⁽³⁾García MA. El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología.* 2002; 6: 18-39.

⁽⁴⁾Veenhoven R. El estudio de la satisfacción con la vida. *Interv Psicosoc.* 1994; 3(9): 87-116.

⁽⁵⁾Lucas RE, Diener E, Suh E. Discriminant validity of wellbeing measures. *J Pers Assess.* 1996; 71: 3616-3628.

⁽⁶⁾Diener E, Lucas R. Personality and subjective well-being. In: Kahneman D, Diener E, Schwarz N (Ed). *Well-being: The foundations of hedonic psychology* New York: Russell Sage Foundation; 1999. p. 213-29.

⁽⁷⁾Pavot W, Diener E. The affective and cognitive content of self reports measures of subjective well-being. *Soc Indic Res.* 1993; 28: 1-20.

⁽⁸⁾Godás T. Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *C med psicosom.* 2006; 78: 21-3.

⁽⁹⁾Fernández M, García-Vega E. Análisis de algunas variables sociodemográficas en un grupo de personas transexuales. *Norte.* 2014; 12(48): 26-35.

⁽¹⁰⁾Gómez Gil E. La atención a la transexualidad por la unidad de salud mental del Hospital Clínic de Barcelona en los últimos años. *C med psicosom.* 2006;78: 55-64.

⁽¹¹⁾Hurtado F, Gómez M, Donat F. Transexualismo y salud mental. *Rppc.* 2007;12(1): 43-57.

⁽¹²⁾Domínguez JM, García P, Hombrados MI. Transexualidad en España: análisis de la realidad social y factores psicosociales asociados. Universidad de Málaga. 2013. Recuperado en diciembre de 2017 de www.felgtb.org/rs/722/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/7fb/fd/1/filename/transexualidad-en-espana.doc

⁽¹³⁾Davey A, Bouman WP, Arcelus J, Meyer C. Social support and psychological well-being in gender dysphoria: a comparison of patients with matched controls. *J Sex Med.* 2014; 11(12): 2976-85.

⁽¹⁴⁾Rodríguez JM, Pacheco L, Asenjo N, García N, Lucio MJ, Becerra-Fernández A. Perfil

psicológico de personas transexuales en tratamiento. *Rev Int Androl.* 2014; 12: 16-23.

⁽¹⁵⁾Diener E, Emmons R, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess.* 1985; 49: 71-5.

⁽¹⁶⁾Atienza FL, Pons D, Balaguer I, García-Merita M. Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema.* 2000; 12(2): 314-9.

⁽¹⁷⁾Fernández M, Guerra P, Martín E. Algunos datos epidemiológicos de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias. *Acta psiquiatr Psicol Am Lat.* 2016;62(1).

⁽¹⁸⁾Fernández M, Guerra P, Martín E, Martínez N, Álvarez-Diz JA, Grupo GIDSEEN. Atención sanitaria a adolescentes con disforia de género. *Rev Esp Salud Pública.* 2018; 92:1-7.

⁽¹⁹⁾Diener E. Understanding the SWLS scores. 2006. Recuperado en enero de 2018 de <https://eddiener.com/scales/7>

Tabla 1. *Diferencias en la puntuación total y para cada ítem de la escala entre los dos grupos. Prueba U de Mann-Whitney y T para muestras independientes.*

	Control (n=40)	UTIGPA (n=31)	U de Mann- Whitney
	M (DT)	M (DT)	U
1. El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que soñé llevar.	3,30 (0,88)	2,94 (1,21)	518,50
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	3,65 (0,86)	3,23 (1,15)	501,00
3. Estoy satisfecho con mi vida.	3,58 (0,90)	3,06 (1,41)	497,00
4. Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida.	3,55 (0,99)	3,23 (1,38)	542,00
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual.	2,83 (1,30)	2,55 (1,50)	535,00
			<u>t</u> <u>gl</u>
Puntuación Total	16,90 (3,75)	15,00 (5,60)	-1,63 49,83 ,110

Puntos básicos del estudio

Satisfacción con la vida

Estudio casos-contróles

Fantasías sexuales femeninas: tipología, actitudes y contenidos. Un estudio cualitativo

Female sexual fantasies: typology, attitudes and contents. A qualitative study

Almánzar Montás RE¹, Aranda Torres C², García Álvarez R¹

1- Instituto de Sexualidad Humana/Universidad Autónoma de Santo Domingo. República Dominicana

2- Universidad de Almería. España.

Correspondencia

Ramón Emilio Almánzar Montás

Dirección electrónica: re.almanzar@gmail.com

Fecha de recepción: 19 de febrero de 2019. **Fecha de aceptación:** 14 de abril de 2019

Resumen

El objetivo principal de la presente investigación fue explorar las fantasías sexuales femeninas con relación a su tipología, actitudes, y contenido, a través de una investigación cualitativa, de corte narrativo y teoría emergente. Se escogieron 13 mujeres de diferentes preferencias sexuales, a través de un muestreo intencional mixto: por criterios, bola de nieve, y oportunista, recolectando información mediante a) historias sexuales narradas por escrito; b) fantasías sexuales narradas por escrito; c) entrevistas audio grabadas. **Resultados:** En cuanto a los tipos de fantasías se observan las siguientes: Derivadas del sistema de creencias, evolutivas, realizadas, potenciadoras, no realizadas, prohibidas, bloqueadoras, entre otras. Respecto a las actitudes, las fantasías sexuales son valoradas de forma positiva como parte de la libertad humana y mental, sin embargo, pueden generar frustración en la medida en que no se pueden realizar con la pareja. En los contenidos, se describen fantasías relacionadas con personas, sensaciones, lugares, temporales, evolutivos, objetales, escenarios, curiosidad, y fantasear con la fantasía. **Conclusiones:** El recurso de la fantasía sexual es un proceso que se va dando como un reciclaje entre lo fisiológico y lo psicológico, siendo administrados de manera fascinante por la elaboración de fantasías conscientes o pensamientos automáticos. Puede generar malestar o bienestar, en la medida en que las mujeres expresan sus fantasías a la pareja, pero no son percibidas de manera negativa en términos de valoración personal.

Palabras clave: Fantasías sexuales. Tipos. Contenidos. Actitudes.

Abstract

The main objective of the present investigation was to explore the sexual fantasies of women in relation to their typology, attitudes, and content, through qualitative research, narrative and emergent theory. Thirteen women of different sexual preferences chosen, through a mixed intentional sampling: by criteria, snowball, and opportunistic, collecting information through a) sexual histories narrated in writing; b) sexual fantasies expressed in writing; c) recorded audio

interviews. **Results:** Types of fantasies identified were as follows: derived from the belief system, evolutionary, performed, enhancing, unrealized, and prohibited, blocking, among others. Regarding attitudes, sexual fantasies are valued positively as part of human and mental freedom; however, they can generate frustration insofar as they cannot be act out with the partner. In the contents, we describe fantasies related to people, sensations, places, temporary, evolutionary, objects, scenarios, curiosity, and fantasizing about fantasy. **Conclusions:** The resource of sexual fantasy is a recycling process between physiological and psychological variables, administered by a fascinating way in the elaboration of conscious or automatic thoughts. It can generate discomfort or well-being, to the extent that women express their fantasies to their partner, but not perceived negatively in terms of personal values.

Keywords: Sexual fantasies. Types. Contents. Attitudes.

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

INTRODUCCIÓN

Las fantasías sexuales son un campo de estudio fascinante. Unas veces de manera controlada y otras, espontánea, algunas permitidas y otras inconfesables, por misteriosos procesos internos de nuestra mente emergen pensamientos sexuales que suelen despertar repentina excitación, y en algunos casos turbación (Estupinyá, 2014). Definitivamente los pensamientos eróticos o antieróticos pueden hacer magia o producir una catástrofe en el territorio del placer (López, 2012).

Las fantasías sexuales son elementos que tiene el ser humano para jugar en su mente, y esto no quiere decir que las actividades sexuales que se imaginan son las que realmente se anhelan. Pueden ayudar a las personas a ponerse en un ánimo erótico durante las actividades sexuales con otra persona o de manera solitaria. Cualquiera que tenga imaginación puede tener fantasías sexuales (Hall, 2004). Son un proceso central en la estimulación sexual, y por ende, en el comportamiento sexual. Se consideran fantasías sexuales cualquier tipo de imagen o pensamiento que para la persona tenga un significado erótico o sexual (Leitenberg y Henning, 1995). La fantasía sexual incluye todos los pensamientos sexuales e imágenes que alteran nuestras emociones, sensaciones o estado psicológico (Matlz y Boss, 1998).

Nuestras fantasías se originan de varias fuentes diferentes. Muchos crean sus

fantasías desde su propia mente, producto de las experiencias tempranas. Otras proceden de relatos que hemos escuchado, visto en una película, revistas, internet, pornografía (Kahr, 2008).

Bader (2002) plantea que las mujeres parecen ser especialmente propensas a la culpa. Son socializadas para ser sensibles a las necesidades de las parejas, para derivar su autoestima y su validación de ser proveedoras y no recibidoras, de ser objeto de deseo más que de sujeto deseante. Esto puede hacer que sea difícil rendirse al pulso de la propia excitación, ser despiadado. A veces la misma relación socava la relación sexual. Las fantasías sexuales surgen como soluciones elegantes a los problemas de crueldad, culpa y preocupación.

Buckmore (2014) describe un proceso interesante sobre el origen de las fantasías sexuales, y dice que como con algunos animales, nosotros no usamos un olor químico que emane de alguna parte de nuestro cuerpo para atraer la atención del sexo opuesto; no usamos sonidos de emparejamiento, colores, notas musicales, llamadas, o danzas, nuestra especie es única. Utilizamos la fantasía. Mientras crecemos, hay un reloj interno que enciende un programa de computadora para comenzar el proceso que desarrolla la atracción hacia las demás personas.

Tipos de fantasías sexuales

Las preferencias sexuales son meramente fantasías sexuales que son vividas en el mundo exterior (Bader, 2002). Nuestras fantasías pueden ser extremadamente simples, directas, o sencillas, y pueden resultar asimilables para la mayoría de las personas, aunque otras pueden ser más extrañas y explícitas (Kahr, 2008).

Bader (2002) hace una observación interesante, y es que nuestra imaginación se resiste a la categorización. La gente dice a los investigadores una cosa acerca de las fantasías sexuales y a sus terapeutas otra muy distinta.

Maltz y Boss (1998) plantean que cuando las mujeres describen sus propias fantasías, cuentan historias complejas que no encajan completamente con categorías como actividades con su pareja actual, revivir una experiencia sexual pasada, posturas diferentes, sexo en otras habitaciones, sexo sobre el suelo. Cuentan historias complejas que pierden su valor erótico si se condensan o clasifican por su actividad sexual. Según Bader (2002) las fantasías sexuales de las mujeres tienden a ser más verbales e interactivas, mientras que las de los hombres son más visuales.

Un sistema de clasificación más del gusto de las mujeres incluye la gama completa de experiencias femeninas. Da nombre a los diferentes papeles que las mujeres se ven a sí mismas desempeñando en sus fantasías y presta atención a los elementos sensoriales específicos que las mujeres encuentran más eróticos (Maltz y Boss, 1998).

Para Bader (2002) las personas que inhiben su sexualidad a causa de sentimientos inconscientes de preocupación y culpa acerca de hacer daño a sus parejas, se liberan a través de una gran variedad de fantasías y preferencias sexuales. Es el caso de cuando se reduce algo humano al estatus de un objeto, lo que se conoce como fetiche. La función del fetiche es eliminar la culpa que puede interferir con la excitación sexual eliminando la dimensión humana de la otra persona.

Kahr (2008) caracteriza las fantasías sexuales y las dimensiona de la siguiente manera: ternura/sadismo; activas/pasivas;

simples/complejas; acción/evitación; flexibles/rígidas; constancia/diversidad; conscientes/inconscientes; expansivas/restringidas; egosintónicas/egodistónicas; altamente excitantes/bajamente excitantes. En contraposición, Bader (2002) refiere que las fantasías sexuales no suelen caer en categorías ordenadas. La gente lucha contra muchas creencias irracionales diferentes al mismo tiempo. Como resultado, las fantasías sexuales a menudo tienen que servir para múltiples funciones psicológicas simultáneamente.

Actitudes hacia las fantasías sexuales

Los sexólogos las contemplan como un proceso natural y saludable asociado a una mejor satisfacción sexual. Generalmente las fantasías sexuales se consideran positivas y su presencia se asocia a buenos índices de salud y satisfacción sexual, pero no se ha prestado suficiente atención a los efectos negativos de las fantasías que se viven como emocionalmente perturbadoras (Estupinyá, 2014). Nuestra consideración hacia ellas también varía con el tiempo (Burgos, 2011). Incluso cuando funcionan bien a un nivel puramente sexual y nos conducen a un mayor placer e incremento del deseo, no necesariamente nos hacen felices o mejoran nuestras relaciones. A veces perturban nuestra intimidad, afectando la capacidad para disfrutar del sexo (Maltz y Boss, 1998). Pueden proveernos un inmenso placer, pero también pueden roernos la mente, causando ansiedad, culpa, vergüenza, o confusión (Kahr, 2008).

Nuestro mundo de fantasías puede ser fijo y rígido, o más fluido y flexible (Kahr, 2008). Señala Morin (1995) que por un lado, despreciamos vigorosamente los tabúes que violamos durante la fantasía, empujándolos fuera de nuestra mente, declarándolos irrelevantes. Sin embargo, perdemos totalmente de vista lo que estamos violando, toda la razón de la fantasía de repente se desmorona. Parece que debemos olvidar y recordar al mismo tiempo. Una situación que podría crear mucha angustia en una persona.

Estupinyá (2014) habla sobre la concordancia sexual, concepto que se refiere a la congruencia entre la respuesta fisiológica y subjetiva de la excitación sexual, argumentando que entender esta conexión permite conocer la respuesta genital en relación a algunas fantasías que pueden atraer sin ser del todo conscientes de ello. Este fenómeno podría explicar por qué muchas mujeres se excitan con fantasías sexuales con otras chicas, sin que esto necesariamente implique una orientación sexual lésbica o bisexual. Para Morin (1995) una de las creencias más destructivas para la salud emocional es que imaginar o sentir algo es lo mismo que hacerlo.

La relación que tenemos con nuestras fantasías sexuales no solo depende de las creencias religiosas y morales, ni del contenido de las fantasías, sino también queda afectada por el momento en que las fantasías surgen (Burgos, 2011), en el entendido de que experimentamos la realidad como si esta fuera también moralidad (Bader, 2002). Muchas mujeres dudan si compartir sus fantasías porque les preocupa la reacción de su pareja (Maltz y Boss, 1998). De igual modo que las fantasías sexuales, las actitudes sexuales estereotipadas representan una estrategia psicológica de seguridad emocional. Las diferencias de género pueden ser entendidas como las diferentes estrategias que hombres y mujeres utilizan para lidiar con los diferentes tipos de creencias y emociones angustiantes (Bader, 2002).

Podemos ver que las fantasías producen sufrimiento en muchas ocasiones, placer en otros momentos, pueden ser eventualmente disfrutables, o causar una preocupante adicción (Khar, 2008). En el ámbito de la imaginación sexual, sin embargo, es más probable que rechacemos los efectos restrictivos de las reglas y los tabúes, incluidos los sentidos, a veces sacando una emoción que escandaliza, incluso a nosotros mismos. En consecuencia, muchas personas van mucho más lejos en sus fantasías de lo que lo harían en la vida real (Morin, 1995).

Contenido de las fantasías sexuales

Cuando miramos dentro de la mente, encontramos al mundo. Al mismo tiempo, cuando miramos al mundo, vemos el complejo, exclusivo, y único funcionamiento de la mente (Bader, 2002).

El contenido de nuestras fantasías, al igual que el de los sueños, no se puede evaluar superficialmente o desde afuera como bueno o como malo. Cada mujer es, ella misma, la persona mejor cualificada para interpretar sus propias fantasías sexuales de acuerdo con los sentimientos que le suscitan (Maltz y Boss, 1998).

La variable de entrada es siempre la psicología individual de la persona que fantasea. Sólo entendiendo esta psicología se puede explicar la gran variedad de preferencias y fantasías sexuales que las personas disfrutan, desde las más extravagantes hasta las más comunes (Bader, 2002). No hay una pauta común a todas las personas, pues cada cual tiene su propio sistema de creencias que, si bien puede coincidir en mayor o menor medida con el mayoritario, siempre estará lleno de matices personales que compartirán diferencias relevantes a la hora de relacionarnos con las fantasías sexuales que tenemos (Burgos, 2011).

METODOLOGIA

Se realizó una investigación cualitativa, que como dice Alvarez-Gayou (2003) busca la subjetividad, explicar y comprender las interacciones y los significados individuales o grupales. Dentro del marco cualitativo se utilizó un enfoque de análisis narrativo, que como plantea Maxwell (1996) tiene opciones estratégicas como la categorización, que implican la codificación y el análisis temático. En éste mismo orden, Borda, Dabenigno, Freidin y Guelman (2017) refieren que la codificación facilita la construcción de teoría fundamentada, es decir, de nuevos conceptos que se elaboran cuando una situación, idea o categoría aparece de manera recurrente en los datos.

Herramientas

Se utilizaron tres herramientas de recolección de información: a) Guía de

preguntas abiertas para realizar entrevistas; b) Narración de la historia sexual de cada participante, por escrito; c) Narración de las fantasías sexuales de las participantes, por escrito.

Participantes del estudio

Se seleccionaron 13 participantes, mujeres de diferentes preferencias sexuales (heterosexuales, bisexuales, homosexuales), a través de un muestreo intencional mixto: por criterios, bola de nieve, y oportunista. Las entrevistas fueron realizadas de manera individual en el Instituto de Sexualidad Humana de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. La narración de sus historias sexuales y sus fantasías sexuales se enviaron de manera escrita por correo electrónico.

Plan de análisis

Las entrevistas realizadas fueron transcritas, para junto con las historias sexuales y las fantasías sexuales narradas realizar un análisis de contenido. a) El primer paso fue etiquetar todos los fragmentos de información relacionados con cada uno de los elementos a investigar; b) para luego ser codificados e ir describiendo las categorías emergentes; c) Posteriormente, se procedió a vincular las categorías para elaborar un discurso que diera forma a un todo relacionado con lo descrito.

Aspectos éticos

A cada participante se le suministró un consentimiento informado donde se explicaba el motivo de la investigación, que para participar en la misma se le iba a realizar una entrevista abierta, y debían enviar las narraciones de su historia sexual y sus fantasías sexuales. De igual modo, se le planteó que la participación en el estudio era de manera voluntaria, y que aun accediendo al mismo, en cualquier momento podían declinar de seguir participando. Estos consentimientos fueron firmados y aprobados por cada participante.

RESULTADOS

Tipos de fantasías sexuales

A continuación, se describen las 13 categorías emergentes, relacionadas con los tipos de fantasías sexuales: **Sistema de creencias, Evolutivas, Realizadas, Potenciadoras, No realizadas, Prohibidas, Bloqueadoras, Egocéntricas, Exploratorias, Voyeuristas, Leves/Intensas, Afectivas, Agresivas.**

El **sistema de creencias** de la mujer que fantasea, tiene una influencia importante a la hora de darle significado a sus fantasías sexuales. Esto se puede observar en la manera en que juzgan los elementos con los que se fantasea, como los límites, la extravagancia, simplicidad, dificultad, y lo que se considera como fuerte o complejo:

“Mis fantasías no van fuera de los límites, por así decirlo, usar objetos o hacer orgías. Es con mi pareja o yo sola. Estar con 2 personas, 1 hembra o 1 varón, siento que aunque sea común hoy en día, para mí se sale de los límites”. ANG

“La verdad es que no tengo fantasías sexuales extravagantes como las oigo de otras personas”. LAU

“Son tan simples, es como que yo quisiera tener acceso a tener relaciones con mi pareja, en mi hogar, cuando me dé la gana”. LAU

“Simplemente no me he puesto para eso, son un poco difíciles diría yo”. XAV

“Quizá sería un poco más fuerte, un poquito más compleja”. YAM

Las fantasías sexuales no son recursos que permanecen estáticos en el tiempo, y por diversas razones van **evolucionando**. Dentro de las razones por las cuales ocurre esto es por la poca frecuencia o ausencia de relaciones sexuales y por haberlas realizado. Un dato interesante, es el que tiene que ver con la identidad sexual, que al parecer marca un cambio en las fantasías. De igual manera, en la medida en que las mujeres van adquiriendo compromisos académicos, laborales, familiares, también sus fantasías sexuales van tomando otros matices:

“Pienso que mis fantasías también han evolucionado más por falta de un contacto continuo, por ejemplo con mi pareja”. ANG

“Ni siquiera lo reciclo disque para agregarle más, por eso es que ella sigue evolucionando y se pone como media complicada”. CAR

“Luego que descubrí mi sexualidad y decidí ser lesbiana, las fantasías cambiaron”. LIS

“Antes era más fácil para mí fantasear y sentir lo que sentía. Era muy fácil encender mi cuerpo, excitarme de una forma tal que quisiera explotar, ahora ha disminuido mucho, quizás por las tareas del día a día, o del ser madre, por los compromisos”. MAR

La categoría de las fantasías **realizadas**, tienen un significado que resulta curioso, ya que cuando se realiza una fantasía sexual, al parecer deja de considerarse como fantasía sexual, aunque se siga pensando en esas imágenes. Por otro lado, hay fantasías que se van realizando o se han realizado por partes, dependiendo de la situación que se pueda presentar. Resalta el hecho de que la fantasía sexual resulta más excitante en la imaginación que cuando realiza, debido a que es complicado poder tener a la mano todos los elementos en la realidad que como se viven a nivel de la imaginación:

“Las que he tenido las he cumplido, por tanto, creo que no caen en la categoría de fantasías”. CAR

“Ya con lo que yo hice no. No es que eventualmente no lo pueda volver a hacer, pero ya en mi mente como que ya”. CAR

“Entonces quizá hay partes de la fantasía, y tú la pueda llevar, sin cumplirla toda, a tu escenario”. CAR

“Pienso que las fantasías se disfrutan más imaginándolas que haciéndolas. La fantasía hay que dejarla como tal, porque cuando la fantasía se realiza, como que no es la misma. Es más excitante, pensar en la fantasía que realizarla”. LIS

“Es como si no fuese como lo pensara, entonces al no darse como yo lo pienso, me frustra”. MAR

Las fantasías **no realizadas** son una categoría que tiene que ver con falta de elementos óptimos para realizar las fantasías, en este caso personas, el momento para realizarlas, y por los tabúes que tiene cada

mujer en relación a la sexualidad aprendida. De igual modo, estas fantasías que no se realizan podrían extinguirse para dar paso a otras fantasías:

“Las que no he realizado es porque no he encontrado la persona adecuada para eso. Como implica no solamente una persona sino varias, es difícil encontrar todas esas personas y que se dé la situación”. CRI

“Sé que no es tan difícil de hacer pero no se ha dado el chance”. FAR

“Como no las estoy materializando, yo entiendo que podrían desaparecer”. KAR

“Por los tabúes y todo lo que la gente dice que podría ocurrir, como que me bloqueo y digo: ¡no, olvídale!”. MAR

La categoría de **potenciadoras** evidencia el uso de las fantasías sexuales como un recurso utilizado por la mente para aumentar la sensibilidad fisiológica de la respuesta sexual. Es utilizada tanto en los momentos de la masturbación, como en las relaciones sexuales con otras personas, inclusive es interesante como este elemento de potenciar se observa cuando se fantasea con la misma escena que se está viviendo conductualmente. Un dato curioso es ver como experiencias traumáticas pueden derivar en fantasías sexuales de igual modo excitantes:

“Cuando no puedo lograr un orgasmo, empiezo a imaginarme cosas para así poder conseguirlo”. FAR

“No necesito un hombre para satisfacerme, si quiero lo hago, fantaseo y me toco”. MAR

“Mi mente estaba pensando en el roce de su pene, yo no estaba por hablar”. ROB

“No me bloqueo para nada, al contrario, yo siento que eso es como un motorcito”. XAV

“Como mi proceso de sexualidad empezó un poco precoz por la situación de que a los 5 años, cuando mi cuerpo fue abusado, comencé a fantasear desde los 8 años. Era tanto así que no entendía por qué mi cuerpo reaccionaba de esa forma. No podía estar sola, porque automáticamente comenzaba a fantasear, a sentir cosas en mi cuerpo que no entendía porque era muy niña. Fantaseaba porque yo quería sentir lo mismo que sentía en ese momento”. MAR

La categoría relacionada con la **prohibición** se relaciona con la censura que la mujer se pone a sí misma. Por esta razón se puede observar que tiene que ver con una falta de atrevimiento, que probablemente se relaciona con las cosas que considera como algo que no estaría bien visto, lo que a su vez le proporciona seguridad psicológica al mantenerse dentro de su zona de seguridad comportamental:

“Tengo una fantasía, creo que muy básica, un trío conformado por mí, otra fémica y el masculino (aunque esa se quedará en mi mente porque yo no creo que me atreva nunca”. CAR

“En mi mente es así, un factor extra, que yo sé que no va a causar ningún daño, que se va a quedar ahí, podemos hacer y deshacer y se va a quedar ahí”. CAR

“Antes yo fantaseé con que mi mejor amigo sea mi compañero, pero no se dio, y me alegro que no pasara”. ROB

En contraposición, surge una categoría de fantasías, que son las **bloqueadoras**. Tienen el efecto contrario a las potenciadoras, ya que cuando surgen, inhiben la respuesta sexual, como si fuera una especie de ruido que se interpone entre la estimulación sexual y la respuesta de excitación y la orgásmica. Al parecer esto tiene mucho que ver con experiencias traumáticas, o con otras experiencias sexuales con personas que aún siguen suscitando interés en la mujer:

“Yo quiero concentrarme con la persona que estoy, pero esas imágenes o el recuerdo de con quien estuve no sale de mi cabeza, me bloquea y no deja que llegue al orgasmo”. FAR

“Realizando la fantasía me he bloqueado”. LIS

“Cuando me llega este tipo de pensamiento de mi primera experiencia, me bloqueo completamente, me cierro, y me pongo tensa, mal y no puedo seguir adelante”. ROB

Otro tipo de fantasía es la **egocéntrica**, que plantea a la mujer que fantasea como elemento central del contexto de sus propias fantasías sexuales, o como parte del escenario de una acción voyeurista llevada a cabo por otra persona:

“Yo soy la protagonista”. CAR

“Hacerlo con una mujer mientras un hombre nos observa”. CRI

Las fantasías **exploratorias** son una categoría que surge como necesidad de construir expectativas de cómo serán las actividades sexuales y como un proceso inherente a la condición de la mente humana, la posibilidad de pensar en todo cuanto se le antoja de manera voluntaria:

“Antes mis fantasías, eran más abiertas porque era menos quisquillosa, también eran un poquito más exploratorias. Ahora no, quiero estar en un lugar tranquila con mi pareja”. LAU

“Fantaseando tú puedes lograr cualquier cosa”. LIS

Las fantasías sexuales **voyeristas** es un tipo de fantasía que tiene que ver con el rol expectante que plantea excitación en ciertas personas:

“Ver a un hombre haciéndoselo a una mujer y yo sólo ver”. LIS

Dependiendo del grado de impulso sexual que genera una fantasía en particular, se describen como **leves o intensas**:

“Fantasías que son leves y uno las deja así tranquilas, pero ya cuando son fantasías intensas uno busca con quien realizarlas”. LIS

Las fantasías de tipo **afectivas** son aquellas que vinculan el placer sexual con la sensación de afecto que se desea tener a través de las relaciones sexuales con otra persona:

“Mis fantasías siempre son, que después del sexo, quedarse abrazados, o sea, mis fantasías son más del tipo afectivas”. PAT

Por último, la categoría de tipo **agresiva** plantea una vivencia sexual donde voluntariamente se quiere acceder a una actividad sexual que denote situaciones agresivas como parte del placer sexual.

“Tener relaciones de una forma bastante agresiva”. YAM

Actitudes

Respecto a las actitudes que las mujeres entrevistadas tienen hacia sus propias fantasías sexuales, emergieron cuatro

categorías: **Libertad, Lo que no se fantasea no existe, Cuestionante, Frustración.**

La categoría relacionada con la **libertad** alude al sentimiento que se tiene respecto a no juzgarse a sí mismas ni a las demás personas respecto a lo que quiera fantasear. De igual modo, a la conciencia del derecho que se tiene como ser humano y la libertad de ejercer ese derecho de pensamiento, independientemente de que tenga un contenido sexual. Por otro lado, la libertad de poder escapar del aburrimiento cuando la vida sexual se torna monocromática:

“Opino que cada fantasía, o sea, cada persona debe hacer lo que plazca. No lo veo mal, ni lo veo bien, o sea, está”. CRI

“Yo soy un ser humano, libre, y claro, me doy mis libertades de pensar en lo que yo quiera o en quien yo quiera”. LAU

“Llega un momento donde tener sexo es aburrido”. CRI

La categoría de **fantasear para existir**, al parecer le da vigencia al pensamiento de Descartes, *Cogito Ergo Sum*. A través de la magia de las fantasías sexuales le podemos dar vida a las cosas que ocurren en la realidad, en dos vías posibles: se imagina lo que se quiere y se ve como algo posible por el mismo proceso de imaginación, o imaginar cosas que ya han pasado le dan la validez a lo ocurrido:

“No pensaba en contacto físico con nadie, es como si eso no existiera para mí”. ALB

La actitud **cuestionante** surge como un elemento de autoobservación, en la que la mujer se juzga a sí misma respecto a las cosas que está fantaseando. Sin embargo, independientemente de la parte negativa del resultado de este auto-juzgarse, se mantiene viva la curiosidad que suscitan las fantasías sexuales, o sea que, al parecer, el hecho de valorar la fantasía sexual como algo malo, eso no elimina la necesidad voluntaria, ni el surgimiento involuntario de dichas fantasías:

“Hay momentos que pienso que tengo problemas, que son cosas sucias, indebidas, pero la curiosidad existe”. FAR

Por último, surge una categoría motivada por no poder realizar una fantasía sexual, y es la **frustración**. Esto pasa cuando se quieren realizar las fantasías sexuales con la pareja,

pero no es posible por la negativa de la persona, o en otros casos, porque la mujer piensa que si le dice la fantasía a su pareja puede ser cuestionada:

“Frustrante, porque quiero hacer una cosa, entonces no puedo y me conformo con la otra, pero realmente yo quisiera más, y no lo estoy recibiendo”. KAR

Contenidos de las fantasías sexuales

En los contenidos emergieron 9 categorías: **Personas, Sensaciones, Lugares, Temporales, Evolutivos, Objetos, Escenarios, Curiosidad, Fantasear con la fantasía.**

La mayoría de los contenidos están relacionados con **personas**, en sus diferentes formas de vinculación, con personas del sexo opuesto y del mismo sexo. También existen contenidos que hacen referencia a la pareja y a personas fuera de la relación:

“Disfrutar mientras ambos me besan y me llenan de caricias, que no haya una parte de mi cuerpo que se quede sin recibirlas. Quiero que uno de ellos se siente detrás de mí en la cama, mientras abre mis piernas para que el otro hombre me penetre, uno con el pene, el otro con los dedos por mi ano”. KAR

“Que me besen completa, de repente sentir dos bocas en mi cuerpo recorriéndolo, lentamente por cada punto de placer. Los labios de R en mi boca, luego los de la otra persona en mis senos, y que R me haga sexo oral y me penetre”. ALB

“Tener sexo con dos hombres al mismo tiempo”. YAM

“Bueno yo que me encuentro entre acostada y sentada en la cama, mientras mi pareja parado y yo dándole un magnifico sexo oral, mientras la novia de la noche se encuentra dándome sexo oral a mí”. CAR

“Hacerlo con una mujer mientras un hombre nos observa”. CRI

“La mayor parte de mis fantasías son con mujeres”. FAR

“Acercarme a uno de los hombres, mirándolo a los ojos y mostrarle parte de mi cuerpo, cuando vaya a tocarme, me alejo y voy hacia donde otro que está mirando y desea que esté a su lado; repito la acción y

me aparto hasta el centro de la tarima". KAR

"Siendo penetrada con fuerza y mucha pasión". KAR

"Quiero que el hombre me pegue de la pared, agarrando mis manos sobre mi cabeza". KAR

"Lo que más me excita es poder tener con mi pareja todo el sexo que quiero, en un lugar llamado hogar, sin molestias, sin tapujos, libremente y cuando quiera". LAU

"Mis fantasías siempre son con otras personas, nunca con mi pareja. XAV

Respecto a las fantasías que tienen que ver con **sensaciones**, estas se centran en el disfrute de los orgasmos y en dar/recibir placer:

"Hasta que llegue a un orgasmo y me quite la venda y vea que la otra persona es otra chica. Comenzar con mi pareja a darle placer a ella, la otra chica y yo, luego ambas a la otra chica". ALB

"Yo me imagino obteniendo un placer súper, y dando placer también, algo que sea súper fluido". ALB

"Desnudar su cuerpo, besarla, tocarla suavemente, acariciar su piel y besar cada centímetro de su piel, mientras ella me deja disfrutar de su cuerpo". CRI

"Que comiencen a acariciarme los muslos, luego pararme y que me recuesten de la pared pero de espalda y continúen acariciándome los muslos y me besen el cuello, luego recostarme en el escritorio, que me hagan sexo oral y después me penetre". FAR

"Le permito que me toque, que me bese; el cuello, los senos, mi vientre, más abajo; tomo sus manos y las llevo a mi vulva, hago que me toque con sus dedos, que los introduzca en mi interior". KAR

"Que bese mis labios apasionadamente, mi cuello, por detrás de las orejas... y yo con las manos arriba, sin poder bajar los brazos. Seguir besando todo mi cuerpo y quitarme la ropa muy despacio. Besar mi vulva sobre mi ropa interior mientras la frota con sus dedos, finalmente quitarla, abrirme más las piernas e ir introduciendo sus dedos, dos en mi vagina y uno en mi ano, hasta alcanzar el tan anhelado orgasmo". KAR

"Comienzo a besarle suavemente los labios, se los mordía. Luego comencé a besar su cuello hasta llegar a la oreja; comencé a lamerle, darle pequeñas mordiditas, y le decía palabras bien calientes". MAR

Concerniente a la categoría de **lugares**, hay dos grandes temas que son los interiores y exteriores:

"Que hiciéramos el amor todo el tiempo y en lugares públicos tipo baño de una plaza, cine, el auto". ANG

"En la oficina vistiendo falda o vestido". FAR

"La que más recurrente tengo es esa, de hacerlo en una oficina". YAM

"Una fantasía que siempre he deseado cumplir es tener sexo en una carretera en la noche, muy lejana de la ciudad y poco iluminada. Específicamente en una jeepeta, con la puerta de atrás abierta, yo acostada boca arriba, desnuda de la cintura hacia abajo, con las piernas bien abiertas". KAR

"En lugares específicos como, como la naturaleza, montes, bahías". MAR

"En un piso bastante alto, digamos el 15 de alguna torre". XAV

Otra categoría de contenido es la que tiene que ver con el **tiempo**, en particular con la frecuencia en que se tiene relaciones sexuales, la etapa de desarrollo de la persona, el pasado planteado como recuerdos, y el futuro planteado como deseos:

"Que hiciéramos el amor todo el tiempo". ANG

"Experimenté todo lo que incluía mi fantasía de adolescente". ANG

"Cuando era adolescente tenía la fantasía de estar con una mujer mayor que yo". ANG

"Antes simplemente era un poco de curiosidad, en yo ver que pasaría, pero ahora, es más que quiero hacerlo, antes pensaba en eso, pero no en cumplirlas, ahora sí quiero cumplirlas". CRI

"Recuerdos y deseo, básicamente. Me acuerdo de algo que pasó, o que quiero que pase, y me enciendo (excito)". LAU

La categoría relacionada con la **evolución** de los contenidos, hace referencia al cambio de los mismos en el tiempo. Por otro lado en el momento en que se define la identidad

sexual, y cuando la persona cambia de estatus conyugal:

“Yo fantaseaba con besar a una chica. Después de besar a una chica, entonces yo quería ver a una chica desnuda, después fantaseaba con acostarme con una, y ahora me quiero acostar con 2”. ALB

“Después que tú tienes una idea, le vas agregando más detallitos, y por ahí uno empieza”. CAR

“Anteriormente fantaseaba con una sola persona, y ahora, después que fui influenciada, porque leí unos libros, ya estaba pensando en tríos, en cosas que involucraran más personas”. KAR

“Luego que descubrí mi sexualidad y decidí ser lesbiana, las fantasías cambiaron”. LIS

“Antes fantaseaba con tener relaciones con más de un hombre, eso me excitaba mucho. Ya solamente con mi pareja”. MAR

La siguiente categoría está vinculada a los **objetos** con los que se fantasea, con una marcada preponderancia a la ropa que se usa dentro del contenido de las fantasías y como se usan los atuendos:

“En la oficina vistiendo falda o vestido”. FAR

“Salir detrás de las cortinas con un bata color negra, cubierta y amarrada con una cinta por el medio, tacones altos color rojo”. KAR

“Flojo su ropa para hacerle caricias íntimas y sexo oral. Luego me siento sobre él cara a cara, con el vestido puesto, porque todo se dio así “de repente” y además estamos en el balcón. La velada termina con un coito muy básico y de poca duración, pero felices y sonrientes. XAV

“Hacerlo con mi novio, pero que él no tuviera toda la ropa y que yo no tuviera nada puesto, no sé porque eso siempre, y viceversa eso es algo que me excita”. ROB

Los **escenarios** en que se desarrollan las fantasías sexuales, son construcciones elaboradas de manera contextual:

“Cual película, yo miro a lo lejos dentro del mismo salón y veo cual mujer que hay que admitir que está muy bonita”. CAR

“Bailar en un club nocturno, en un escenario con pocas luces”. KAR

“Fabricar fantasías, pongo a imaginar mi mente, como quisiera que fuese, que ropa me pondría, que lencería me pondría, con qué me bañaría”. MAR

“Llegar a un bar tipo swinger, elegir dos hombre que sean muy atractivos para mí; altos, cuerpo atlético, barba, uno calvo y otro no. Hacerles la sugerencia de que quiero estar con ellos”. KAR

La **curiosidad** surge como una categoría interesante, ya que denota la anticipación de lo que se desea en las actividades sexuales, tanto de manera general, como acciones más específicas:

“Uno empieza a imaginarse cosas, pero siempre me he preguntado cómo sería eso que yo describí antes de tener relaciones sexuales”. ALB

“Una de mis fantasías es tener sexo anal”. MAR

Algo que resulta fascinante, es el proceso mediante el cual se fantasea con la fantasía. Esta categoría sirve de motivación para tener sexo o realizar la fantasía misma. De igual modo, plantean el anhelo que se tiene de realizar la fantasía en algún momento:

“Imaginarme lo que se sentiría estar cumpliendo esa fantasía, eso, eso me motiva”. CRI

“Algunas son un poco difíciles de lograr, obviamente, de hecho yo casi ninguna las he logrado, se han quedado siendo fantasías, pero, me gustaría que se hiciera en algún momento”. XAV

Vinculación de las categorías

Los tipos de fantasías sexuales que tienen las mujeres entrevistadas se pueden ver determinadas, en gran magnitud, por causales que motivan al cambio en el imaginario mental, y por otro lado las motivaciones para explorar de manera abierta todo lo que se considere como sexualmente excitante. Esto se ve expresado en el orden de las experiencias sexuales que agotan la energía de las fantasías o por la ausencia de experiencias que aumentan las expectativas mentales respecto a tal o cual actividad.

Algo importante, aunque pueda parecer evidente, la identidad de quien fantasea juega un papel básico, ya que es la persona

encargada de producir las fantasías sexuales, por una interacción subjetiva de diversos elementos que se integran en su mente, lo que a la vez va categorizando de manera automática tipificaciones inherentes a la forma en que se fantasea. Este aspecto de la identidad sexual está relacionado con los significados que cada mujer le da a lo que fantasea sexualmente, ya que es la conciencia, como parte de la esfera mental del yo, quien determina las etiquetas de las fantasías basado en un sistema de creencias muy particular, que en consecuencia decide cuáles fantasías realizar y cuáles no.

Todo esto va delineando la forma en que lo mental excita o inhibe la fisiología que está relacionada con la respuesta sexual. Observándose, como algunos elementos pueden ser en ocasiones motivo de bloqueo y en otras de excitación.

La experiencia de fantasear sexualmente, por el significado que se le da, podría generar actitudes contradictorias. Esto plantea un conflicto que en ocasiones podría causar malestar, ya que por un lado se establece claramente el derecho que se tiene a la libertad de pensamiento, y por otro lado el contraste de lo fantaseado con el sistema de creencias, generando malestar. Es importante destacar, que de igual modo se puede producir malestar por el hecho de tener impulsos sexuales originados por las fantasías y no poder desarrollar un comportamiento sexual que libere dichos impulsos, lo que lleva a evidenciar que la fantasía le da motivos de ser a la realidad.

El contenido de las fantasías sexuales es el agente aglutinante que le da forma y contexto a todos los elementos causales, relacionales, temporales, e individuales que estimulan sexualmente a la conciencia y al cuerpo.

DISCUSION

Generalmente se encuentran estudios sobre las fantasías sexuales elaborados con un enfoque cuantitativo, por tal motivo el presente trabajo de investigación tuvo el interés de mostrar aspectos cualitativos de las fantasías. En tal sentido se investigaron tres grandes aspectos de las mismas, como son los tipos, las actitudes y los contenidos, para

encontrar significados que partieran de las mismas personas que construyen estos pensamientos sexuales, en este caso en particular, las mujeres.

Los problemas relacionados con la respuesta sexual humana son más prevalentes en las mujeres (43%) que en los hombres (31%) y están asociadas con diferentes características demográficas, incluyendo la edad y el nivel educacional (Laumann, Paik & Rosen, 1999). En muchos casos se observa que hay una deficiencia en la expresión del material imaginario, ya que les crea culpa y vergüenza, pero esto no quiere decir que no tengan fantasías sexuales. Este déficit, en muchos casos, podría estar asociado con dichos problemas sexuales, por lo que resulta de interés profundizar sobre estos procesos de elaboración mental fantasiosa, con el objetivo de entender mejor algunas problemáticas que se presentan en la psicoterapia sexual.

En la presente investigación se pudo observar cómo se entrelazan los tipos de fantasías sexuales, las actitudes a las mismas y sus contenidos, girando como un todo en una línea temporal y cambiante, determinada en gran medida por los agentes causales de la historia sexual de cada mujer. Esto va configurando un sistema de creencias que le da un significado importante a la forma en que se plantea cada fantasía en la vida de quien fantasea. Tal como lo expresa Burgos (2011) no hay una pauta común a todas las personas, pues cada cual tiene su propio sistema de creencias que, si bien puede coincidir en mayor o menor medida con el mayoritario, siempre estará lleno de matices personales que compartirán diferencias relevantes a la hora de relacionarnos con las fantasías sexuales que tenemos.

Un punto relevante se aprecia cuando en esta investigación las tipificaciones no necesariamente caen en categorías planteadas por la acción de lo que se fantasea, sino más bien como una conciencia reguladora entre la parte mental y las respuestas del cuerpo. De igual modo, las actitudes que reafirman la experiencia de libertad de un yo que se siente en constante intercambio de información con las prohibiciones del mundo externo. Todo

esto volcado en formas de contenidos que van guiando la expresión de la vivencia de los impulsos sexuales a modo antojadizo en algunos casos, y en otros de forma automática. Sobre este aspecto Bader (2002) refiere que las fantasías sexuales no suelen caer en categorías ordenadas. La gente lucha contra muchas creencias irracionales diferentes al mismo tiempo. Como resultado, las fantasías sexuales a menudo tienen que servir para múltiples funciones psicológicas simultáneamente.

En conclusión, se puede decir que las fantasías sexuales le permiten a las mujeres entrevistadas tener un sentido de libertad sexual, regulado por la forma en que van decidiendo qué y cómo fantasear, al mismo tiempo que deciden cuales fantasías actúan en la realidad y cuáles no. La fantasía le da sentido a la realidad, como también, fantasear con la fantasía sexual en sí, es motivo de anhelo de lo vivido y de deseo por lo que se quiere vivir.

BIBLIOGRAFIA

Álvarez-Gayou, J. (2003) *Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. Editorial Paidós, 1ra. Ed. México

Bader, M. (2002) *Arousal: the secret logic of sexual fantasies*. St. Martin's press, 1ra. Edición. EEUU

Kahr, B. (2008) *Who's been sleeping in your head? : the secret world of sexual fantasies*. Basic books. EEUU

Borda, P.; Dabenigno, V.; Freidin, B.; Guelman, M. (2017) *Estrategias para el análisis de datos cualitativos*. Instituto de

investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Buckmore, A. (2014) *The power of human sexual fantasy*. Ed. Strategic Book Publishing and Rights. EEUU

Burgos, G. (2011) *Proyecto tabú, todas nuestras fantasías sexuales al descubierto*. Ed. Fundamentos, 2da. Edición. España.

Estupinyá, P. (2014) *La ciencia del sexo*. 1ra. Ed. Vintage Español. EEUU

Hall, K. (2004) *Reclaiming your sexual self: how you can bring desire back into your life*. John Wiley & Sons, Inc. EEUU

Kahr, B. (2008) *Who's been sleeping in your head? : the secret world of sexual fantasies*. Basic books. EEUU

Laumann, E.; Paik, A.; Rosen, R. (1999) Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. Feb 10;281(6):537-44

López, E. (2012) *El erotismo infinito: un viaje desde la motivación sexual hacia el increíble mundo del erotismo*. Colombia: Grijalbo, 1ra. Edición.

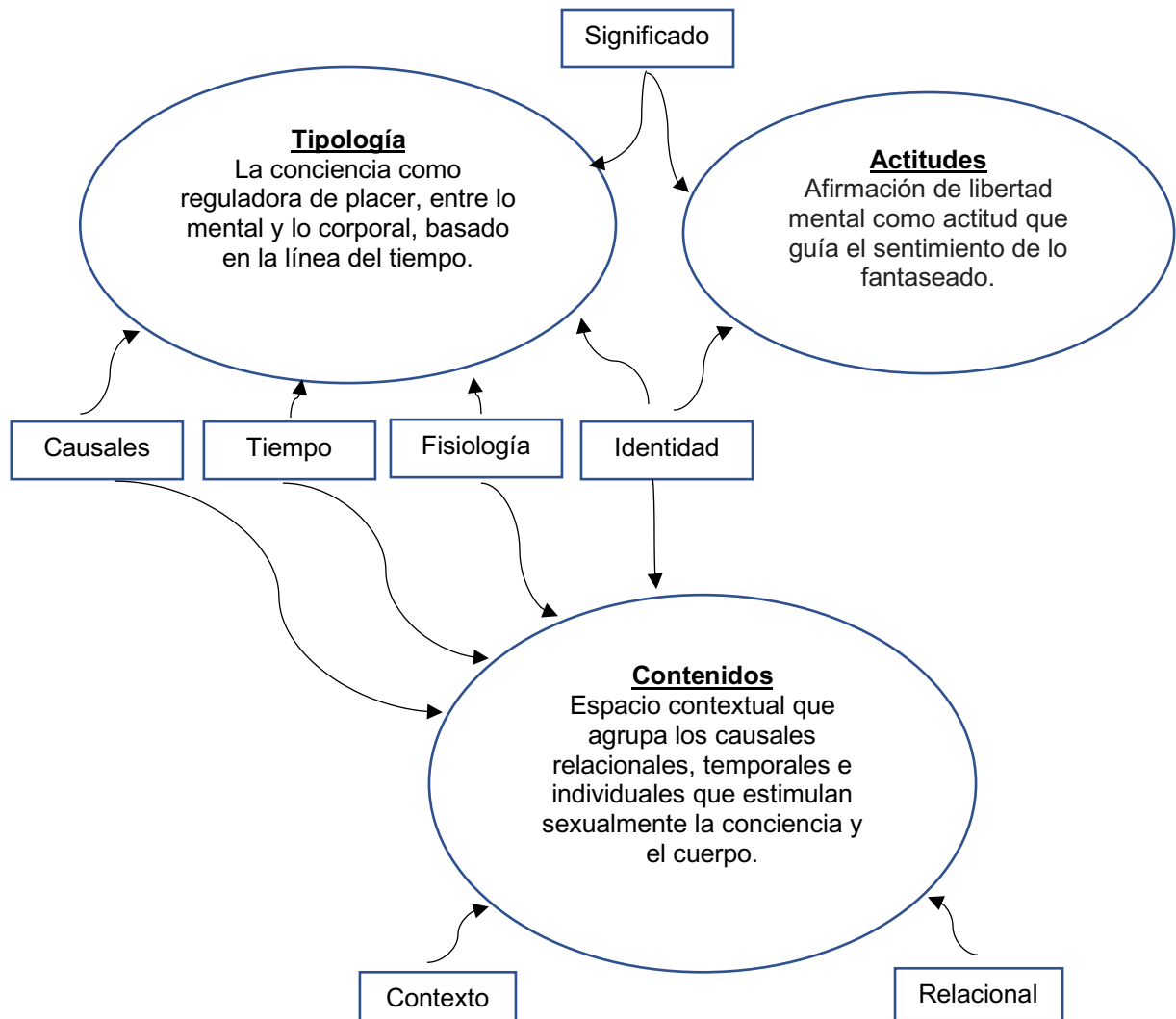
Maxwell, J. (1996) *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. Thousand Oaks: SAGE.

Leitenberg, H.; Henning, K. (1995) Sexual Fantasy. *Psychological Bulletin*. Vol. 117, No. 3, 469-496

Maltz, W. & Boss, S. (1998) *El mundo íntimo de las fantasías sexuales femeninas*. Ed. Paidós, 1ra. Edición. España

Morin, J. (1995) *The erotic mind*. E. Harper Collins. EEUU

Esquema de vinculación de categorías



Sexualidad en mujeres con historia de abuso sexual infantil: Relatos de primera mano

Sexuality in women with a history of child sexual abuse: Firsthand accounts

Freites Betances A¹, Aranda Torres C², Zapata Boluda RM², García Álvarez R¹

1- Instituto de Sexualidad Humana. Universidad Autónoma de Santo Domingo. República Dominicana

2- Universidad de Almería. España.

Correspondencia

Aida Freites Betances

Dirección electrónica: aidafreites@hotmail.com

Fecha de recepción: 26 de febrero de 2019. **Fecha de aceptación:** 25 de abril de 2019

Resumen

Se realizó un estudio cualitativo basado en la teoría fundamentada para conocer de la propia voz de la víctima el significado de la experiencia de abuso y de qué manera ésta ha impactado en su sexualidad. Éste se hizo a través de entrevistas a profundidad a 12 mujeres con historia de abuso sexual en la niñez y /o adolescencia. Se consideraron tres categorías de análisis: contexto familiar, experiencia de abuso y sexualidad. Se encontró que el abuso sexual es una experiencia que impacta de manera negativa la sexualidad de la víctima. Dos meta -temas surgieron resultantes del contexto familiar y de la experiencia de abuso: Los sentimientos de desprotección y desvalorización. La sexualidad es experimentada con miedo, vergüenza y culpa lo que resulta en dificultades para el disfrute y placer sexual, aversión sexual, involucramiento en relaciones indiscriminadas de corta duración, dolor en la relación, flashbacks del evento traumático, confusión en cuanto a su preferencia sexual y una baja autoestima sexual. Los resultados aportan una mejor comprensión de la problemática del abuso sexual y contribuyen a trazar mejores lineamientos en el abordaje, tratamiento y prevención.

Palabras clave: Sexualidad. Abuso sexual infantil. Dificultades sexuales.

Abstract

A qualitative study was carried out based on grounded theory to know the victim's own voice regarding the meaning of their experience of abuse and how it has impacted on their sexuality. This was done through in-depth interviews with 12 women with a history of sexual abuse in childhood and / or adolescence. Three categories of analysis were considered: family context, experience of abuse and sexuality. It was found that sexual abuse is an experience that negatively impacts the sexuality of the victim. Two meta-themes emerged as a result of the family context and the experience of abuse: feelings of vulnerability and devaluation. Sexuality is experienced with fear, shame and guilt which results in difficulties for enjoyment and sexual pleasure, sexual aversion, involvement in short-term indiscriminate relationships, painful intercourse, flashbacks of

the traumatic event, confusion as to their sexual preference and low sexual self-esteem. The results provide a better understanding of the problem of sexual abuse and help to draw better guidelines in the approach, treatment and prevention.

Keywords: Sexuality. Child sexual abuse. Sexual difficulties.

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

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil ha sido considerado como una de las formas más severas de violencia ejercidas en contra de la niñez. Es una práctica que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad en casi todas las sociedades y culturas (Orjuela y Rodríguez, 2012). Se trata de un problema complejo en donde interactúan factores individuales, familiares, sociales y culturales (Redondo y Ortiz, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (2014) ha reportado que alrededor de un 20% de las mujeres y un 5-10% de los hombres han experimentado abuso sexual en la niñez en países en todo del mundo. Sin embargo, los datos estadísticos en relación al abuso sexual en la infancia y adolescencia son imprecisos, debido a que estos ocurren de manera encubierta, en secreto y suelen estar asociados con intensos sentimientos de vergüenza que impiden a niños y a adultos buscar ayuda. Esto es corroborado por estudios como el realizado por Hebert et al. (2009) en el que se encontró un 22.1% de prevalencia en mujeres y un 9.7% en hombres. Alrededor de 1 de cada 5 sobrevivientes nunca habló sobre el abuso. Las víctimas de abuso sexual en la infancia que nunca revelaron el abuso o que tardaron en hacerlo, mostraron más tendencia a puntuar niveles clínicos de dificultades psicológicas y stress post-traumáticos, en comparación con adultos sin historia de abuso.

El abuso sexual infantil se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor. Más que la diferencia de edad, lo que define el abuso es el contexto de desigualdad o asimetría de poder entre los implicados realizado generalmente a través del engaño, la fuerza, la mentira o la

manipulación (Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C., 2000; Orjuela y Rodríguez, 2012). Por su parte, Berliner y Elliot (2002) en su definición de abuso sexual enfatizan el elemento del consentimiento, el cual no existe en el contexto del abuso sexual infantil.

Por otro lado, Batres (1997) ofrece en la definición y la clasificación del abuso sexual un concepto más amplio desde la perspectiva de la víctima y el daño, independiente de la relación de consanguineidad de la víctima con el abusador. Más que el contacto físico o la penetración, son el secreto y la traición y el daño psicológico, los elementos fundamentales de la definición. En este sentido el perpetrador puede ser un padre, una madre, padrastro, abuelo, sacerdote, profesor, vecino muy cercano, cuidador, o amigo de la familia, (Blume, 1990; Herman, 1981, Batres, 1987).

El desarrollo cognoscitivo, emocional y la percepción del mundo es dañada por la experiencia abusiva. De manera tal que aspectos como el vínculo, la confianza, la autoestima, la identidad y la sexualidad serán afectadas por este evento traumático (Herman, 1981; Finkelhor, 1988; Bass y Davis, 1988; Blume, 1990; Maltz, 2001, citado por Maltz, 2002)

El repertorio de conductas en el abuso sexual infantil es amplio e incluye: actos sexuales con penetración, toque de senos y genitales del menor, hacer que el menor toque los senos y genitales del perpetrador, voyerismo, exhibicionismo, así como mostrar o utilizar al menor en pornografía, tráfico y prostitución infantil, sexo a través del internet, como acoso, distribución de imágenes sexuales de menores, exposición, e interacción sexual con menores. (Echeburúa,

E. y Guerricaechevarría, C.,2000; Finklerlhor, Hammer y Sedlack, 2008).

En la revisión de la literatura sobre los factores relacionados a las consecuencias y desarrollo de síntomas del abuso sexual se encuentran: factores personales, aquellos inherentes a la víctima, como edad, género, discapacidades en su desarrollo, atribuciones relacionadas al abuso y el tratamiento; factores familiares, que incluyen historia de abuso en los padres, reacción de los padres a la revelación del abuso, apoyo recibido de los padres; factores relacionados al abuso, como severidad y duración de la conducta abusiva y la relación entre víctima y perpetrador (Yancey y Hansen, 2010).

Algunas de las consecuencias a largo plazo asociadas al abuso sexual son: conductas sexuales de alto riesgo (Lalor y Mc Elvaney, 2010; Fergusson, 2013; [Vaillancourt-Morel, et al.2015](#)), fobias o aversión al sexo (Wohl, 2018); alteraciones en el deseo sexual y disfunciones sexuales como la anorgasmia, entre otras. (Swaby, y Morgan, 2009; Staples, et al.2012; Carreiro, et al., 2016; López, et al., 2017)

En un estudio sobre la prevalencia de abuso sexual en la infancia en personas que asisten a la consulta de terapia sexual, donde se exploró la asociación entre el abuso sexual infantil y el funcionamiento psicológico y de pareja, se encontró que la prevalencia de abuso sexual fue mayor en las mujeres (56%) y en los hombres (37%). Asimismo, se evidencio que los clientes con historia de abuso sexual en la infancia eran más propensos a reportar problemas psicológicos y de pareja. Lo que debe alertar a los terapeutas sobre la necesidad de abordar el trauma y sus consecuencias (Berthelot, et al., 2014).

A pesar de la alta prevalencia y de las consecuencias adversas que deja en las personas que lo experimentan, en la revisión de estudios realizados sobre el tema, abundan las investigaciones cuantitativas sobre sexualidad y la experiencia de abuso sexual, habiéndose escrito muy poco desde la mirada de las víctimas.

En esta investigación se dan a conocer los relatos narrados directamente desde lo más

íntimo de un grupo de mujeres sobre el significado que ellas le han atribuido a sus vivencias de abuso sexual y su efecto en la forma en que ellas perciben y viven su sexualidad. Relatos, que por muchos años estuvieron guardados, otros probablemente secretos a voces, aun anhelando ser escuchados. En palabras de una de las participantes:

“Nunca antes, nadie se había interesado en escuchar los detalles de mi historia de abuso”

METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo, de corte fenomenológico, con la finalidad de conocer de primera mano sobre la sexualidad de un grupo de mujeres con historia de violencia sexual.

En los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Un diseño fenomenológico tiene como propósito principal explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias (Hernández, et al., 2014).

Participantes

Se escogieron con un muestreo intencional, 12 mujeres adultas con historia de violencia sexual en la niñez y/o adolescencia de entre las mujeres que acuden a la consulta del Instituto de Sexualidad Humana. Estas fueron captadas a través de los diferentes terapeutas que reciben los pacientes. Una vez identificadas, las que cumplían con los criterios de inclusión, eran referidas a la oficina de la investigadora.

Instrumento

La guía de preguntas fue elaborada de acuerdo al propósito de este estudio y sometida a un juicio de expertos. La misma consta de tres partes: Contexto familiar (Relaciones familiares, Personas de confianza, Educación sexual), Experiencia de abuso sexual (Caracterización del abuso, Sentimientos relacionados a la experiencia

abusiva) y Sexualidad (Comportamiento sexual, Funcionamiento sexual, Orientación sexual, Prácticas sexuales, Sentimientos sobre la experiencia de abuso relacionado a la vivencia de su sexualidad).

Procedimiento

Una vez identificadas las posibles participantes, estas eran contactadas para explicarle el propósito del estudio, y la importancia de su participación. Así como el carácter confidencial de los datos y su participación voluntaria. Las que aceptaron participar fueron citadas para fines de entrevistarlas.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo, en los consultorios del Instituto de Sexualidad Humana, de manera individual y privada. Las mismas fueron grabadas con el consentimiento de las participantes. Se les dio un documento de consentimiento firmado que debían de leer cuidadosamente y luego de aclarar cualquier pregunta al respecto y estar seguros de su comprensión, si estaban de acuerdo en participar, debían firmar.

Análisis de los datos

Después de recolectados los datos, se realizó un análisis de contenido. Mayer et al (1991) describen el análisis de contenido como un método que apunta a descubrir la significación de un mensaje, ya sea este un discurso, una historia de vida, un artículo de revista, un memorando, etc. Específicamente, es un método que consiste en clasificar y/o codificar los diversos elementos de un mensaje en categorías con el fin de hacer aparecer de manera adecuada su sentido.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

El rango de edad de las mujeres entrevistadas fue de 20 a 60 años, con un promedio de edad de 33 años. En cuanto al estado civil, la mitad de estas mujeres eran solteras, mientras que la otra mitad eran casadas o en unión libre. Ocho de ellas no tenían hijos y las cinco restantes tenían entre dos y tres hijos y solo una era madre de siete hijos. En cuanto a su nivel educacional, la mitad de estas mujeres eran universitarias, cuatro eran aún estudiantes universitarias y

dos habían solo culminado el nivel secundario. La religión de estas mujeres en su mayoría es cristiana, mientras cinco de ellas refirieron no ser de ninguna religión.

Contexto familiar

Para la mayoría de estas mujeres crecer dentro de su familia fue una experiencia mala, caracterizadas por maltratos y que ellas describen como muy dolorosa.

“Crecer en mi familia fue una experiencia muy mala, recibí muchos maltratos de parte de mis padres. Tengo siempre como un dolor...una pena” (I-1)

La violencia era considerada como una conducta relacional normalizada en estas familias. Los Sentimientos de desprotección y desvalorización estuvieron presentes en los relatos de estas mujeres.

“No me sentí nunca protegida por ella... mi mamá me decía que yo solo servía pa' limpiar piso...” (I-6)

“Por cualquier cosa me golpeaba...eso era como normal... mi papá es como de esas personas que si está enojado no lo piensan mucho. No hay quien le hable mucho y por eso golpea y con enojo”. (I-9)

Algunas de ellas les es difícil identificar personas dignas de confianza en su entorno familiar y social. La mayoría refieren no confiar en nadie, algunas por temor a que divulgaran la información y esto trajera consecuencias negativas para ellas, otras por la misma experiencia de abuso por parte de personas que se suponían “confiables”.

“En personas ninguna....en una libreta y dos amigas imaginarias que tenía...” (I-1)

Por diferentes razones (discapacidad o muerte de uno de los padres, situaciones de pobreza, mejor oportunidad de estudiar) muchas de ellas se criaron sin sus padres o fuera del núcleo familiar. A muy temprana edad, otras en la adolescencia, fueron ubicadas en otras familias con o sin su consentimiento.

“No crecí en mi familia... recuerdo que tenía 6 - 7 años cuando me sacaron de allá por primera vez... Crecí en otras familias o diferentes familias... todos los hijos fuimos despatriados de la familia y en diferentes sitios cada uno...” (I-4)

“Mamá muere.... He vivido con mi abuela, donde mi hermana mayor, donde mi otra hermana... actualmente con mi tía y mi hermana.” (I-5)

La mayoría de estas mujeres crecieron en diferentes hogares bajo la tutela de distintas personas en calidad de “ayudantes”, “acompañantes”, o “acogidas” por algún familiar, y dentro de este contexto padecieron abusos sexuales y explotación. Algunas de ellas tuvieron que asumir responsabilidades no propias para su edad, ante los largos periodos de ausencia de alguno de los progenitores. Estas situaciones generaron muchos sentimientos de rabia, impotencia y tristeza en ellas.

“El esposo de una de las hijas de la señora que yo cuidaba...también quería tocarme y tenía yo que estar trancándome y todo el tiempo corriendo...yo gritaba para volver a casa... volvía y otra vez me llevaban...” (I-4)

Educación sexual

La educación sexual recibida estaba caracterizada por secretismo, incomodidad, prohibición y connotaciones negativas en relación a la sexualidad. La mayoría de estas mujeres, refieren no haber recibido ninguna información, en algunos casos, ni siquiera la relacionada a su desarrollo sexual. El tema era algo de lo que no se habla, algo malo. Algunas de ellas describen haberse sentido solas y desinformadas sobre los cambios corporales experimentados en la adolescencia.

“Nadie...no..., ni siquiera para la menstruación”. (I-2)

“Uuuff... para mi mamá era algo malo...” (I-1)

La educación sexual recibida era dirigida, más hacia la prevención del embarazo, basada en la prohibición y en el temor a las consecuencias de tener relaciones sexuales, las cuales eran solo para la mujer. En algunos casos, el padre incluso amenaza con castigo físico en caso de embarazo.

“Mi papá decía que si yo llegaba embarazada a la casa, el encima de la barriga, me daba...” (I-9)

La información ofrecida era imprecisa y ambigua. Lo que se interpretaba como algo vergonzoso, de lo que no se habla mucho y de lo que hay que cuidarse. En algunos relatos se hace referencia a las relaciones sexuales prematrimoniales, que de permitir la mujer que ocurran, corre el riesgo de ser despreciada por los hombres en un futuro, cuando quiera matrimoniarse. En otros casos, se especificaban los lugares de peligro con sus consecuencias (embarazo) y otras no definidas claramente, como “hacerte mujer”.

“No deje que ningún hombre te toque...ni tampoco te ponga el pene...porque si el pene te lo entra te pueden embarazar y te pueden hacer mujer...” (I-8)

En los relatos se destacan las advertencias acerca de la relación con los hombres, los cuales eran considerados como malintencionados, peligrosos y no confiables. Personas a quien deben aprender a temer, evitar y manejarse con cautela.

“Que tenga cuidado que los hombres solo quieren agarrarte, estar tentando, hacer daño a las mujeres, te embarazan y te dejan.” (I-10).

Experiencia de abuso sexual

Los abusos ocurrieron en diferentes etapas de la vida de estas mujeres. La mayoría, no recuerdan con claridad una edad exacta de inicio del abuso. Los mismos se iniciaron a edades muy tempranas, en la niñez (3-4 años), prolongándose hasta la adolescencia (17-18 años). Otras vivieron la experiencia de abuso en la adolescencia.

El abuso se presentó en algunos casos como una experiencia única (I-1) e (I-12). En otros casos fueron re-victimizadas, en varias ocasiones, a lo largo de sus vidas, incluyendo la adultez. Una de ellas describe que era algo como que ella misma atraía.

“Otras situaciones de abuso sucedieron ya adulta... después de adulta venía eso... como si fuera un imán.” (I-4)

“Sucedió como 4 veces.” (I-11)

En algunas mujeres la misma experiencia de abuso se prolongó durante mucho tiempo ante la imposibilidad de ellas de salir de la situación abusiva.

“La primera vez no me acuerdo... él lo hacía y duraba como una semana y más. Podía ser dos veces al mes... esto no pasa hace como 3 años pero duro que se yo... muchísimos años.” (I-12)

Tipos de Abuso Sexual

Algunas de las conductas relatadas por las víctimas incluyen exposición a material pornográfico, masturbación, toques, roce de genitales, penetración vaginal y anal, entre otros, lo que producía en ellas desconcierto, dolor y mucho temor.

“él fue donde mí y me empezó a tocar...y me decía bájate los panties...y yo me sentí como asustada... muy asustada...él se masturbo delante de mí...y me explicaba el video...y yo le decía ¿por qué usted hace eso?...” (I-8)

“Ellos solo hacían “brocheo”...rozar su pene en mi parte” (I-11)

Entre los mecanismos utilizados por el agresor están: engaño, seducción, sugestión, manipulación y chantaje y en algunos casos, el uso de la fuerza física.

“Y yo pensaba que era a comer helado... y... se detuvieron a comprar cerveza... y hasta que llegamos al motel...” (I-3)

“El me hacía sentir a veces culpable... de que él era infeliz por mí...y que yo tenía que hacerle esto y esto...” (I-6).

“Como yo le estaba haciendo fuerza...no pudo...de repente me volteó, pero de una forma muy fea... muy...muy brusca... me dolió mucho... e intento hacerlo por detrás...” (I-8)

Relación con el agresor

En todos los casos, el agresor era una persona cercana y/o conocida o del entorno de estas mujeres. Se identificaron relaciones incestuosas en la mitad de los casos: padre biológico (I-2 y I-12), tío (I-6), hermanos (I-7 y I-10), cuñado (I-5). Otros eran personas cercanas, novio (I-4, I-8), esposo (I-4 y I-7), vecino (I-1, I-4, I-8), pastor (I-4), sacerdote (I-8). Algunos solamente conocidos, amigos (I-2), compadre del papá (I-3), dentista (I-8). Todos eran de sexo masculino a excepción de un caso de una vecina (I-11). Todos eran mayores que la víctima, a excepción de dos

casos, donde los agresores tenían aproximadamente la misma edad.

La situación de abuso es vivida como una traición inesperada ante una persona de confianza, no solo para la víctima, sino también para la familia. Algunos eran proveedores económicos de la familia y todos mostraban un comportamiento público adecuado. Otros se aprovecharon de las características de introversión de la víctima para cometer el abuso sabiendo que esta no hablaría. Esta traición genera confusión de sentimientos y dolor en las víctimas.

“Él era como judas... él se escondía... para hacer daño... ...él era un tío especial, proveedor...que nos sentaba en sus piernas, que nos hacía cuentos... que nos hablaba pero que a escondida hacía cosas incorrectas....Cosas que dañaban a uno. Cosas que hicieron mucho daño.” (I-6)

“El me conocía muy bien sabía que yo era muy tímida, reservada, que yo no iba a decir nada por vergüenza y se aprovechó de eso”. (I-5)

“Era mi vecino, tenía desde niña viviendo ahí... siempre lo había visto....su hija y yo teníamos la misma edad, y desde niñas estudiábamos juntas, ella dormía en mi casa.” (I-1)

Revelación del secreto

En cuanto a la revelación del evento abusivo, muchas de estas mujeres refieren que no se lo comunicaron a nadie o algunas lo hicieron después de muchos años. Las razones que exponen son principalmente vergüenza y miedo, otras por su corta edad, no entendían la situación de abuso, y otras refieren haber bloqueado mentalmente esa experiencia. En los casos que hablaron lo ocurrido, no les creyeron, no se tomaron acciones contra el agresor, ni medidas de seguridad y de protección para ellas. Algunas, incluso fueron señalizadas como responsables o causantes de provocar la agresión sexual. En los casos en que hubo una confrontación directa al agresor, este negó las acusaciones o las obligó a retractarse.

“Mi mamá misma, cuando se dio cuenta, ¿qué me dijo? ... que era yo que lo

provocaba eso... entonces es... es... muy duro... después con el tiempo yo he ido...como tratando... de sacar eso...nunca lo pude sacar... porque en realidad nunca pude hablar de eso.....porque me lo mostraban que no me creían...” (I- 6)

Sentimientos relacionados a la experiencia de abuso

La experiencia de abuso produjo en ellas mucho sentimiento de vergüenza, aislamiento, creencia de que esto se notaba, necesidad de ocultarlo y temor al rechazo, en el caso de que se supiera.

“Vergüenza no quería que nadie me viera... (Llora)...pensaba que eso se notaba... (Llora) yo sentía como que... si se da cuenta nadie me va a querer y si él sabe, se lo va a decir a todo el mundo...y pensaba que tenía un letrero en la frente que todo el mundo iba a saber.... Porque siempre andaba con la cabeza para abajo.” (I-1)

Las sensaciones desagradables y sentimientos de dolor y miedo relacionados al abuso permanecen en el tiempo, afectando su calidad de vida.

“Solo quiero poder quitarme esa sensación tan desagradable...como esa ansiedad que me ha acompañado por tantos años...eso... básicamente.” (I-2)

“Muy dolorosa... temor...asco...” (I-9)

Sentimientos relacionados al agresor

Los sentimientos asociados al abuso, expresados por las víctimas son rabia, impotencia, traición y un profundo dolor y tristeza dejando secuelas que permanecen a lo largo de la vida.

“Papi me “jodió la vida” (I-2)

“La experiencia de abuso significo una traición...porque yo nunca espere...nunca pensé iba a hacer algo así. Siento asco, impotencia, culpa, dolor, tristeza...muchísima tristeza.” (I-5)

“Con el nunca paso nada... a mi... lo que me hubiera gustado fuera en realidad lo que... lo que yo quería era como que el me dijera perdón...perdóneme.” (I-6)

Sentimientos dirigidos a las personas supuestas a protegerlas

Los reclamos dirigidos a las personas que estaban supuestas a cuidar de ellas están relacionados a haber mantenido silencio ante el abuso, no estar disponibles para ellas, no creerles, no tomar medidas de precaución y ser incapaces de identificar sus necesidades emocionales. En estos relatos, se reflejan sentimientos de rabia, impotencia, desprotección y tristeza.

“No había nadie cuidándome o se descuidaron de mí...” (I-4)

“Lo que más duele es que mamá no me creyera...que no me apoyara.” (I-6)

“¿Por qué, mami no me ayudo?... ¿por qué? mami todavía lo sabe y mami es así con ese hombre... están ahora separados...no sé por qué, esto pasó. Porque yo nunca hice nada...es que yo no hice nada...es que yo hable, si se lo hubiese dicho a otra persona...pero además mami se dio cuenta...me da rabia.” (I- 12)

Sentimientos hacia a ellas mismas

En los discursos de estas mujeres, ellas entienden, que pudieron haber hecho algo para evitar el abuso. La falta de acción, tener algún atractivo físico que “provocara” a los hombres y quizás, entenderse merecedoras del abuso, fueron factores, que sumados a las manipulaciones del agresor y/o a la respuesta de los padres, ante el conocimiento del abuso, producen sentimientos de dolor, rabia, impotencia, culpa, tristeza, suciedad y repugnancia hacia ellas mismas.

“Culpa... debí decirle a mi hermana en algún momento...no sé, no quería ser la causante de su divorcio...vivíamos con ellos.” (I-5)

“Dolor...y es que eso no se me sale de la mente... entonces yo digo porque yo no hable...porque yo me quede callada...” (I-12)

“Horrible...sucia, repugnante... es como un sentimiento que no lo sé expresar.....rabia como que yo me lo busque...” (I-10)

Sexualidad

Impacto en la sexualidad de la experiencia de abuso

Comportamiento sexual

En los relatos recopilados, algunas de estas mujeres narran como el evento abusivo despertó o precipitó, de algún modo, su interés por las relaciones sexuales. En algunos casos, desde muy temprana edad, aumentando su interés o curiosidad por temas sexuales, llegando, como sucedió con la informante 4, a involucrar al hermano menor, en la satisfacción de sus necesidades sexuales. Una experiencia que hasta el día de hoy, la hace sentir remordimientos y vergüenza.

“Eso mismo hizo que despertara en mí...el querer saber también lo que hacían mamá y papá...y acechaba...y eso hizo también que yo con el hermanito mío chiquito también inventara...esta es la primera vez que lo confieso aquí...y me duele porque es mi hermanito...eso intente con mi propio hermanito y eso no me deja en paz...tranquila...” (I-4)

La necesidad afectiva y el miedo a la soledad, llevan a estas mujeres a involucrarse en relaciones sexuales indiscriminadas y superficiales.

“Después de eso ya a mí no me importaba tener relaciones sexuales con quien sea y me había acostumbrado.... pienso eso (abuso) despertó mi necesidad de tener relaciones sexuales.... Siempre yo tenía como ese miedo de que si me quedaba sola o algo así...” (I-9)

En otros casos retrasó o dificultó el inicio de las relaciones sexuales. La vivencia de esta experiencia traumática las lleva a asociar el sexo con sentimientos de dolor, vergüenza y temor. Por otro, lado el miedo a la estigmatización las hace rechazar las relaciones.

“yo no sentía ese interés, ni curiosidad por el sexo... Siento que ya estoy tarde para tener pareja” (I-5)

“Tener relaciones con un hombre...que alguien se me acercara eso si me afectó....esa experiencia me afectó bastante. Ahora a los 43 años fue que tuve mi primera relación.” (I-11)

Funcionamiento sexual

Según lo narrado por éstas, la experiencia de abuso afectó el disfrute de sus relaciones sexuales. Las dificultades presentadas estuvieron relacionadas al miedo a la penetración, a no disfrutar plenamente de las relaciones sexuales y a no desear ningún tipo de acercamiento que implicara intimidad sexual.

“Casi nunca me he... sentido excitada. No logro tener orgasmos.” (I-1)

“Yo no sé hasta la fecha actual... la...la intimidad, o sea la sexualidad o sea las relaciones sexuales me crean mucha ansiedad...” (I-2)

En el caso de la informante 8, que tiene una historia de múltiples abusos, incluyendo abusos con penetración forzada, se encontró que el miedo anticipado, alcanza tales proporciones que le impiden consumir la relación sexual y el disfrute de las mismas.

“Y eso me ha llevado a tenerle...mire no sé qué es lo más parecido al miedo o que es más fuerte que el miedo...fobia yo creo que tengo aparte de fobia, le tengo terror... le tengo pánico. Yo creo, es que yo no soy capaz de dejar que un pene me este ni siquiera cerca de mi parte...desde que llega ese momento... me bloqueo...me pongo nerviosa...histérica. Me pongo a llorar...siento que esto aquí... todos estos músculos de acá se ponen duro...es un bloqueo total, de verdad...lo que siento.”(I-8)

Prácticas Sexuales

Otras dificultades están relacionadas a ciertas prácticas sexuales que ellas relacionan con el evento abusivo. Los recuerdos intrusivos y recurrentes pueden venir de manera inesperada, tal como ellas bien lo describen; experimentando de nuevo, sentimientos similares a los vividos, anteriormente con el abuso. Esto conduce a un malestar general, desagrado y rechazo a la relación sexual.

“Esas experiencias marcaron mi vida totalmente... totalmente me jodieron la vida...el hecho de que yo no pueda tener una relación normal, el hecho de que yo rechace tanto el pene y es eso.... O sea es que no soporto...es que para mí es terrible que

alguien se me pegue...yo sentirlo, eso para mí es muy muy desagradable...todavía a la fecha.”(I-2)

“No es fácil porque eso se queda en tu pensamiento y en el momento menos indicado que uno ni siquiera está pensando en nada llegan recuerdos como ese a dañarte el momento, si así se pudiera decir...” (I- 9)

Preferencia Sexual

Se pudo observar, en algunas de las víctimas, un período de confusión en cuanto a sus preferencias sexuales, sólo uno de los casos manifestó siempre haber sentido atracción por las mujeres.

“Pensé que quizás con una mujer era mejor, nunca pensé en mujeres... no sentía atracción hacia mujeres... al no sentir absolutamente nada en las relaciones sexuales llegue a tener dudas de mi preferencia sexual y tuve una relación con una mujer... no fue nada placentero para mí.... la relación con mi amiga me hizo sentirme culpable... a la primera persona que le digo esto es a usted...” (I-7)

“Pensaba en mujeres para bloquear a los hombres....usaba ropa holgada, no me peinaba. Me ha venido a la cabeza la idea de tener relaciones sexuales con una amiga, esta se me ha estado insinuado, pero nunca me he sentido atraída hacia ella. No lo haría porque pienso que es algo malo.” (I-5)

En el caso particular de la informante 2, ella entiende que su preferencia cambió, porque nunca antes se sintió atraída por mujeres. Sin embargo, cualquier conducta sexual que se asemeje, en este caso, a la penetración es rechazada, independientemente de que sea un hombre o una mujer que la ejecute.

“Yo pienso que mi preferencia puede ser que cambio, porque antes a mí me interesaban mucho los chicos... siempre... nunca tuve experiencias sexuales con mujeres... ni nunca me paso siquiera por la mente.” (I-2)

“Me gusto besarme con ella y eso... pero, tener relaciones sexuales con ella no, porque ella era muy agresiva...quería introducirme los dedos y yo no quería.” (I-2)

Las vivencias de violencia física y emocional, hace que estas mujeres se sientan no amadas, no apoyadas, denigradas, no valoradas y explotadas.

Se pueden identificar sentimientos de minusvalía, así como serias dificultades para establecer relaciones, especialmente con hombres, aislándose por temor a ser traicionadas de nuevo.

“Eso hizo como que yo no valiera nada... mi personalidad fue muy afectada en todos los niveles en nivel afectivo de yo recibir y yo poder dar...para mí ha sido terrible hasta con mis propios hijos, ha sido terrible...(llanto) porque eso provocó temor también en como yo me relaciono con las personas, tenía mucho miedo porque es como que no, no me gusta estar en grupo, relacionarme con la gente, tengo miedo ...miedo a que me traicionen como siempre... miedo a que me hieran.” (I-4)

“Es difícil confiar en los hombres en sentido general... y en la gente...soy muy reservada en mis relaciones con los demás...tengo muy pocos amigos...la gente dice que soy rara...no se” (I-5)

El involucramiento sexual con muchas parejas en relaciones de corta duración las hace sentirse no valoradas.

“Muchas veces como en mi caso sentirse desvalorada y eso no sería bueno porque realmente a mí no me da orgullo decir que yo he tenido relaciones sexuales con 10 personas...” (I-9)

La preocupación ante la pérdida de la virginidad, durante la experiencia abusiva, y la importancia para la sociedad que ellas le atribuyen, no le permitía disfrutar de sus relaciones sexuales a plenitud.

“Lo que siempre me torturaba era el hecho de que había perdido la Virginidad, eso es muy importante... bueno para la sociedad y eso me tenía a mí mal... entonces cuando volví a hacerlo con este muchacho, me empezaba a sentir como “sucio” otra vez, porque me había dejado tocar de nuevo. Aunque en el momento lo disfrutaba, pero cuando se iba eso, entonces me sentía mal.” (I-3)

“Acciones que yo cometí yo creo que tienen raíces en eso... a veces quizás a veces

no me valore lo que tuve que valorarme como mujer, tuve novios que yo me le entregaba y ya, como que eso era... ya no era con ese valor de... no mira conservarme...” (I-10)

El sentirse acosadas desde muy temprana edad, por sus atributos físicos/sexuales, las hace sentirse avergonzadas de sus cuerpos y con temor ante lo que ellas entienden provocan.

“Desarrolle antes de los 10 años y desde entonces me sentía acosada por los hombres... notaba como los hombres me miraban solo porque tenía un pantalón ceñido...y eso me hacía sentir mal... caminaba mirando hacia abajo...como encogida... en una ocasión un hombre hasta llegó a agarrarme las nalgas.”

Los sentimientos de desprotección y desvalorización como consecuencia de un contexto familiar caracterizado por violencia, abandono, muerte o enfermedad de uno de los progenitores, abuso de alcohol, pobres vínculos afectivos, sin personas de confianza, crianza fuera del núcleo familiar, así como una educación sexual inadecuada caracterizada por información no clara y precisa, hermetismo y prohibiciones deja a la víctima vulnerable al abuso sexual.

La experiencia de abuso sexual es vivida con desconcierto ante algo que no entienden y con dolor por la traición de personas cercanas y por la respuesta de las personas cercanas o llamadas a protegerlas ante la revelación del abuso. No ser creídas o insinuar que provocaron el abuso. El miedo a no ser creída y la estigmatización social hace que el abuso quede en secreto por muchos años. De nuevo la víctima experimenta sentimientos de desprotección y desvalorización, no sabe en quien confiar, lo que la hace vulnerable a la re-victimización.

Como resultado de lo anterior la sexualidad es vivida con miedo, culpa y vergüenza impidiendo el disfrute de las relaciones sexuales. Se presentan dificultades relacionadas a la intimidad sexual y autoestima sexual, aversión sexual, involucramiento en relaciones sexuales indiscriminadas de corta duración, falta de deseo sexual, dificultades con la excitación y

goce sexual, dolor en las relaciones, confusión en relación a la preferencia sexual.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los resultados más relevantes de la investigación son discutidos de manera general, a través del análisis de los temas previstos: Contexto familiar, Experiencia de Abuso y Sexualidad. Así como, de los temas emergentes, resultantes de las entrevistas.

El contexto familiar se caracteriza no sólo por la violencia sexual, de la que son víctimas en la niñez y/o adolescencia, sino también por otros tipos de maltratos tanto físico y emocional, así como abandono y negligencia. Algunos de estos abusos son propiciados dentro de la familia, por el padre, la madre, hermanos, familiares, tutores o conocidos en los hogares donde fueron insertadas. Los mismos, ocurrieron tanto en la niñez, como en la adolescencia. Sentimientos de abandono, tristeza, miedo, desprotección, no sentirse queridas, explotación y abuso son percibidos por las víctimas, afectando negativamente su autoestima.

La desprotección, así como la presencia de otras formas de violencia como negligencia, maltrato físico y emocional han sido señalados como indicadores de mayor riesgo de abuso sexual (Orjuela y Rodríguez, 2012). De igual modo, Zolbrod (2015) afirma que los efectos de una experiencia sexual traumática en la niñez o adolescencia pueden verse agravados por la presencia concurrente de otros tipos de abusos en la familia de origen, como el abuso físico y emocional.

Creer fuera del núcleo familiar en calidad de “acompañante”, o “acogida” por un familiar ante la muerte, discapacidad o abandono de uno o ambos padres, las hace más vulnerable de padecer situaciones de abuso y explotación, por parte de los familiares y conocidos de sus tutores. En este sentido, Baita y Moreno (2015) Orjuela y Rodríguez (2010); Butler (2013); (Finkelhor y Baron, 1986; Finkelhor, 1990; Holmes y Slap, 1998, citado por Berliner y Elliot, 2002) han descrito como factores de riesgo de abuso sexual la muerte o discapacidad de

uno de los padres, y haber crecido fuera de su ambiente familiar.

Las relaciones conflictivas y violentas con personas significativas, dificulta el poder identificar personas dignas de confianza en su entorno familiar y social, lo que facilita, por un lado, que ocurra y se mantenga la conducta abusiva, y por otro contribuye a que esta permanezca en secreto, incluso hasta la adultez.

Algunos autores han señalado como los menores sumisos, pocos comunicativos y que no tienen vínculos de apego seguro con sus cuidadores o con carencias afectivas, que crecen en un entorno de violencia de género, que no tienen información sobre situaciones de riesgo o que no han tenido acceso a una educación sexual adecuada son más vulnerables a situaciones de abuso sexual (Orjuela y Rodríguez, 2010; Baita y Moreno, 2015).

La educación sexual recibida está caracterizada por el silencio, el hermetismo, la prohibición y el miedo. La información sobre sexualidad es recibida de manera informal a través de revistas, conversaciones escuchadas y de vivencias de familiares cercanos. La pobre intervención de las madres o cuidadoras, en temas relacionados a la sexualidad, es manejada con mucho secretismo, por la vergüenza que les genera y por ser considerada prohibida. Por lo que crecen sin una información clara y precisa de la anatomía y funcionamiento de su cuerpo y de los cambios corporales y emocionales propios de la adolescencia como parte normal del desarrollo humano.

Autoras como Maltz (1987) refieren que el no poder hablar de manera abierta y clara de asuntos relacionados a la sexualidad con personas dentro de la familia produce confusión en las adolescentes quienes viven su sexualidad con culpa, miedo, aislamiento y dependencia. Por otro lado, un factor que parece estar relacionado con la variación en el impacto del abuso sexual en la sexualidad adulta, es el hecho de provenir de familias de origen con un pobre desarrollo sexual (Zolbrod, 2015). En este sentido, Sobanski et al. (2014) encontraron que la presencia de más de una circunstancia adversa asociada

con el desarrollo sexual, como un inicio sexual temprano o forzado, incesto o su intento, pobre educación sexual entre otros, lleva a una mayor incidencia de interferencias en la relación de pareja incluyendo disfunciones sexuales.

Los padres, por su lado, establecen las reglas o límites de la forma de relacionarse con hombres, de una manera autoritaria y restrictiva, a través de prohibiciones, miedo y amenazas. Se aprende que los hombres no son dignos de confianza y a tener cuidado con ellos. Se hacen advertencias de las relaciones sexuales prematrimoniales, y sus consecuencias, embarazo y riesgo de ser abandonada. Informaciones no definidas claramente, como “te pueden hacer mujer”, con el mensaje implícito de la pérdida de la virginidad como “sello de garantía” de inocencia y pureza, implican por un lado el paso de la niñez a la adultez y por el otro, reducen a la persona a un objeto de pertenencia (del hombre) o definen sus relaciones futuras en término de la intención con la que es escogida por otros hombres.

La experiencia de abuso sexual confirma lo ya aprendido sobre los hombres, como si fuera una profecía auto-cumplida. En un estudio cualitativo realizado por Bohm, (2017) sobre la percepción de las consecuencias del abuso sexual en el desarrollo sexual basado en las expectativas de género, se encontró el embarazo no deseado, las creencias acerca de “perder la inocencia” y otras creencias en torno a “un futuro destruido”, en relación a abandono de los estudios y a las posibilidades de encontrar una pareja con quien casarse o a llevarlas a conducirse de manera inapropiada y a la exclusión social.

Lo que aprenden respecto al sexo y la sexualidad no sólo es negativo, sino que se omiten los aspectos positivos de la sexualidad como el toque del cuerpo como expresión de afecto o experimentación de placer. Por lo contrario, se hace referencia al toque, como algo malo (haciendo referencia a la moral sexual) y peligroso (en el sentido de las consecuencias), “No tocarse, ni dejarse tocar su cuerpo”. Esto es particularmente importante, ya que en las familias donde

ocurren situaciones sexuales abusivas, se ha encontrado una forma de socialización sexual disfuncional, caracterizada por serias dificultades para el establecimiento de límites sexuales adecuados, donde el toque se utiliza más para satisfacer una necesidad sexual del que ejerce el abuso, irrespetando la privacidad física y emocional del menor, (Madock, 1983, citado por Tharinger, 1990).

Por otro lado, el abuso sexual en la infancia o adolescencia, introduce a la víctima a la experiencia sexual, de manera inapropiada, a destiempo y en algunos casos de manera violenta. Esto crea confusión sobre las formas de manifestar afecto, relacionarse en la intimidad y el establecimiento de límites. Esto ha sido ampliamente explicado por la teoría de las dinámicas traumatogénicas de Finkelhor y Browne (1988) que plantea como el abuso sexual produce en la víctima alteraciones cognitivas y emocionales que distorsionan el concepto de sí misma, de su valor, de la visión del mundo y de sus capacidades afectivas.

La conducta abusiva puede iniciar en la niñez y/o en la adolescencia y continuar en ocasiones en la adultez. Ocurre como un hecho aislado/único o recurrente en el tiempo y es ejecutada por uno o varios perpetradores, en diferentes etapas la vida. La re-victimización ocurre con frecuencia y es interpretada por la víctima como algo que “provoca o atrae”, sintiéndose culpable y responsable, en cierta forma, por la conducta abusiva.

El repertorio de conductas abusivas es muy variado e incluye acoso, toques de senos, toques de genitales, penetración vaginal, penetración anal, penetración anal con los dedos, penetración vaginal con los dedos, roce de genitales, masturbación, sexo oral, forzar a realizar sexo oral, filmación de la relación sexual y exposición a material pornográfico.

Yancey y Hansen (2010) han señalado entre los factores relacionados a las consecuencias del abuso sexual, la severidad y duración de la conducta abusiva. Así cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor es el desarrollo de un sentimiento de

indefensión y de vulnerabilidad y más probable resulta la aparición de síntomas (Cortés y Cantón, 1997).

El abuso sexual es cometido generalmente por hombres familiares y/o cercanos a la víctima, o conocidos del entorno, lo que facilita su acercamiento. Las relaciones incestuosas son cometidas por diversos familiares, padres, hermanos, padrastros, cuñados y tíos, quienes son los jefes de hogares o principales proveedores. Otros abusos son cometidos por personas con quien la víctima sostiene relaciones de confianza, como pastores de iglesias, novios y vecinos, los cuales muestran un comportamiento público “adecuado”. Algunos autores han resaltado que es el secreto, la traición de la confianza, lo que más daño produce en la víctima. (Brume, 1990; Herman, 1981; Batres; Maltz, 1988; Finkelhor y Browne, 1985). De manera que, cuanto mayor sea el grado de intimidad emocional, entre la víctima y el agresor, mayor será el impacto psicológico, que se puede agravar si la víctima no recibe apoyo de la familia. (Cortés y Cantón, 1997; Yancey y Hansen, 2010).

Los mecanismos utilizados por el victimario son el engaño, la seducción, manipulación, chantaje, sugestión y en casos de resistencia, la violencia física. Se hace evidente la asimetría de poder entre el victimario y la víctima en cuanto a tamaño, fuerza física, entendimiento, madurez emocional, rol dentro del contexto familiar y social. Lo anteriormente expuesto junto a la desprotección y desinformación, sitúa a la víctima en una posición de desventaja, reaccionando sorprendida y desconcertada, ante lo que no consigue explicarse.

Barudy (1999) plantea como la mayoría de los abusos sexuales suceden dentro de una dinámica relacional compleja, donde el perpetrador aprovecha la confianza y dependencia de la víctima hacia él, actuando de manera gradual y progresiva, utilizando diferentes mecanismos, como la seducción, el engaño, chantaje y la manipulación para lograr su propósito. El abuso puede que nunca sea revelado o de ser revelado o

descubierto, la víctima pudiera retractarse o minimizarlo por temor a las consecuencias.

El dolor y la vergüenza, además de la estigmatización son sentimientos que acompañan la experiencia de abuso. El dolor derivado principalmente de la traición al romperse la relación de confianza con el agresor, lo que se agrava ante la revelación del secreto y el cuestionamiento de la veracidad del mismo; ante la insinuación de provocación de la víctima al abuso; y ante la falta de acción de los cuidadores. Los sentimientos de vergüenza se relacionan al miedo anticipado de la puesta en evidencia de algo prohibido o restringido, como lo es la sexualidad, de acuerdo a los guiones culturales internalizados. Los pensamientos irracionales sobre la estigmatización, miedo al rechazo y la no valorización como persona, llevan al aislamiento social, y a mayor vulnerabilidad a la re-victimización.

La ira, el miedo y la impotencia se generan ante la incapacidad de salir de la situación abusiva y la desprotección experimentada, ante la ausencia o no apoyo de sus supuestos cuidadores.

La culpabilidad surge del auto cuestionamiento sobre la posibilidad de evitar el abuso, mantenerlo secreto y creer que sus atributos físicos son los responsables de despertar el deseo sexual del agresor. El debate interno entre lo que pudo haber hecho y no hizo perdura por años, generando, ansiedad y tristeza.

El Síndrome de acomodo al abuso sexual infantil describe una serie de respuestas que las sobrevivientes desarrollan frente al abuso sexual y al incesto. El secreto, el cual es impuesto por la manipulación emocional, la amenaza, los sentimientos de culpabilidad, temor a las consecuencias y a no ser creído; sentimientos de indefensión, vulnerabilidad, impotencia y soledad, que pueden perdurar a lo largo de toda la vida, y generalizarse a otras relaciones interpersonales; Atrapamiento y acomodo, la víctima no puede detener la conducta abusiva, entonces se adapta como método de supervivencia; revelación de la conducta abusiva tardía, que en el caso de no recibir apoyo, la víctima

pudiera retractarse. (Summit, 1983 y Courtois, 1988 citado por Batres, 1997).

La experiencia sexual es subjetiva, cambiante e influida por múltiples factores no solo biológicos, sociales y culturales, sino también por el significado que damos a los eventos en nuestra historia de vida. El impacto del abuso sexual en la sexualidad es evidente a corto y a largo plazo. La víctima de abuso vive su sexualidad con miedo, vergüenza y culpa, estos sentimientos se manifiestan desde el inicio de su desarrollo sexual hasta su vida sexual adulta.

El interés sexual es despertado a destiempo, generando confusión, frente al no entendimiento de lo que ocurre y la culpa al experimentar sensaciones desconocidas.

La sexualidad en la adultez se ve afectada en cuanto a la necesidad sexual manifestada, su funcionamiento, su preferencia sexual, su auto estima sexual y la forma de relacionarse en la intimidad.

La apatía sexual y el involucramiento en relaciones sexuales indiscriminadas y de corta duración son comportamientos observados en la persona abusada, o por el contrario, el desinterés y postergamiento de relaciones íntimas con hombres, lo que hace que los demás la perciban “rara” y cuestionen su preferencia sexual. Esto la lleva al aislamiento sexual y a dudar sobre su preferencia sexual. La asociación del sexo con sentimientos de dolor, vergüenza y miedo a la estigmatización contribuye al rechazo de las relaciones.

Según Lalor y Mc Elvaney (2010) los sobrevivientes de abuso sexual tienen más probabilidad de tener múltiples parejas sexuales y a experimentar agresión sexual en la adultez. Por otro lado, sostener relaciones superficiales, de manera habitual, sin ningún tipo de compromiso con diferentes parejas, denota según DiLillo (2001) asuntos no resueltos de intimidad y confianza. Las dificultades están asociadas a la violación de la confianza que se da en el abuso sexual con personas conocidas o cercanas (Maltz, 1988) y a los sentimientos de traición experimentados por las víctimas (Finklehor y Browne, 1985).

Autoras como Maltz (1987) consideran esta actividad sexual indiscriminada como una conducta autodestructiva por los sentimientos de culpa generados por el abuso o como una manera de estar en control de su sexualidad. Sin embargo, este comportamiento sexual desordenado es mal visto por la sociedad, quien cuestiona su integridad moral, impactando negativamente su autoestima.

Las dificultades sexuales se manifiestan en la ausencia o disminución del deseo sexual, miedo a la penetración, insatisfacción sexual y rechazo a la intimidad sexual. Cuando se trata de abusos múltiples o violentos, el temor se convierte en fobia, llevando a la evitación sexual o lo que se conoce de acuerdo al DSM 5 como “trastorno de evitación/dolor pélvico”.

Numerosos estudios realizados han encontrado mayores problemas sexuales en mujeres víctima de abuso en comparación con mujeres no abusadas. Entre los problemas sexuales reportados están dificultades con la excitación, vaginismo y flashbacks del evento traumático, así como otros problemas emocionales relacionados al sexo como culpa sexual, ansiedad sexual y baja autoestima sexual (Briere, 1984; Courtois, 1979; Finkelhor, 1984; Gold, 1986; Herman, 1981, Langmade, 1983; Meiselman, 1978, citado por Tharinger, 1990); dificultades en el logro de orgasmos (Swaby, y Morgan, 2009) ; dificultades de confianza y comunicación en la pareja (López, et al. 2017). En estas mujeres, la evitación de cercanía o intimidad en las relaciones y la evitación de un involucramiento emocional son predictores de su funcionamiento orgásmico. (Staples, et al.2012).

De igual modo, Carreiro, et al. (2016) han reportado una prevalencia de disfunción sexual mayor en mujeres con historia de abuso sexual, así como un índice significativamente menor de calidad de vida. La hiposexualidad, un deseo sexual hipoactivo y/o aversión sexual, son síntomas que pueden causar preocupación en la mujer, así como ser motivo de tensión en las relaciones de pareja en la adultez (Wohl, 2018).

La introducción precoz y traumática a la experiencia sexual, por medio del abuso, crea confusión sobre la intimidad y las relaciones sexuales. Todo lo relacionado a la experiencia sexual es acompañado por miedo y ansiedad, lo que impide disfrutar de las mismas y/o experimentar dolor. Aprende a vivir la sexualidad complaciendo a otros, por encima de sus propias necesidades. El simular placer o evitar la relación sexual con penetración ocasiona tristeza y menosprecio hacia sí misma, por no poder experimentar la sexualidad a plenitud y por no cumplir con el rol sexual de satisfacer a su pareja.

Al respecto, Brotto (2010) ha señalado que la depresión, la ansiedad, una imagen corporal negativa, la negligencia emocional, así como los mensajes culturales y religiosos son factores que inhiben la sexualidad femenina. Por su lado, Kaplan (2009) considera que los conflictos inconscientes en torno a la sexualidad, el temor, la vergüenza, y el sentimiento de culpabilidad debido a una educación restrictiva, así como el temor a los hombres, el temor a perder el control, el temor al rechazo y al abandono son posibles causas de disfunciones sexuales en la mujer.

Por otro lado, los recuerdos intrusivos, inesperados y recurrentes del evento traumático, reviven sentimientos desagradables, que impiden el disfrute sexual. La relación sexual puede ser vivida como una experiencia fuera de sí misma, de observación y no participación de la misma. De la misma manera ciertas prácticas sexuales (toques en algunas partes del cuerpo, caricias, sexo oral, penetración brusca, entre otros) que despiertan el recuerdo del abuso, son rechazadas. El uso de recursos distractores (que la pareja le hable mientras tienen relaciones) y protectores (la luz apagada, bloquear fantasías sexuales con hombres) son necesarios para poder tener intimidad.

Los efectos a largo plazo experimentados por las sobrevivientes de abuso, como depresión, ansiedad, patrones disociativos, trastorno de stress post-traumático, afectan su funcionamiento sexual. Algunos de los síntomas sexuales que resultan como consecuencia de la experiencia de abuso son:

evitación, miedo o faltas de interés en el sexo; tener sexo por obligación; experimentar sentimientos negativos como rabia, incomodidad o culpa con el toque; dificultad para sentir o excitarse; sentirse emocionalmente distante o no presente durante el acto sexual; experimentar imágenes y pensamientos intrusivos o desagradables; involucrarse en conductas sexuales compulsivas o inapropiadas; dificultad para establecer y mantener relaciones íntimas; experimentar dolor vaginal o dificultad para lograr orgasmos (Maltz, 2002).

De igual modo, la experiencia abusiva puede crear confusión en cuanto a la preferencia sexual. La asociación de la relación sexual con los hombres, al dolor y su consecuente evasión, bloquea las fantasías sexuales con los hombres y abre la posibilidad de relaciones sexuales con mujeres. Esto ha sido señalado por autores como Maltz (1997) y Roller (2009) afirmando que la experiencia de abuso sexual puede afectar la preferencia sexual de la víctima creando confusión en la misma.

En otras ocasiones, la confusión parece estar relacionada más con la práctica sexual que con el objeto de preferencia sexual. Se percibe la relación con mujeres, más segura y sin dolor. En el momento en que ésta, se torna agresiva, con intento de penetración, es rechazada por miedo al dolor. En este sentido, Maltz (1987) ha encontrado que muchas víctimas prefieren involucrarse en relaciones de pareja con mujeres, debido a que demandan menos contacto sexual y son más comprensivas.

Las reacciones después de la experiencia homosexual son diversas. En algunos casos se vive con desagrado y vergüenza, confirmando su preferencia heterosexual. En otros casos se retrasa el inicio de la relación sexual o se vive con ambivalencia entre placer y culpa, debido a creencias morales y religiosas.

La violencia física, emocional y sexual tanto dentro del contexto familiar, como dentro del entorno de las personas que le dan acogida, hace que surjan sentimientos de desamor, desprotección, explotación,

denigración, dolor y desvaloración, dejando graves secuelas en la autoestima, reflejándose en la forma de relacionarse de la víctima. Existe una incapacidad de establecer relaciones de confianza y reciprocidad. La conducta sexual puede manifestarse como aislamiento ante el temor de ser traicionada de nuevo o involucramiento en relaciones de corta duración comprometiendo aún más su autoestima. Al respecto, Kilimnik y Meston (2016) han encontrado que las mujeres con historia de abuso sexual infantil tienen menor estima corporal que las mujeres no abusadas, especialmente en la forma que autoperceben su atractivo, y estas percepciones parecen influenciar su respuesta sexual, actuando en la excitación e inhibición de la misma.

La vivencia del acoso sexual, desde muy temprana edad, hace que la víctima sienta vergüenza de sus atributos físicos/sexuales y temor ante lo que estos “despiertan” en los hombres. La imagen corporal es seriamente afectada, reflejándose en el descuido de la apariencia física, con el uso de atuendos exagerados que cubran el cuerpo y escondan la feminidad, con el objeto de pasar desapercibida y/o protegerse ante otro posible abuso.

Por otro lado, la pérdida de la virginidad constituye la trasgresión de límite más grave de la experiencia abusiva, por la valoración que socialmente se le atribuye a la misma. La víctima se siente avergonzada, sucia y no valorada por ella misma y por los demás. Estos sentimientos le impiden vivir su sexualidad plenamente.

Kennedy y Prock (2016) plantean que el abuso sexual al ser un crimen de género sexual e íntimo viola las normas sociales acerca de lo que es apropiado y aceptable, por lo que las sobrevivientes pueden experimentar estigma que incluye mensajes de víctima-culpa de la sociedad. Esta estigmatización puede ser internalizada entre ellas como auto-culpabilización, vergüenza, y estigma anticipada. La estigmatización puede llevarlos a tener problemas con su sexualidad en el futuro (Finkelhor and Browne, 1985).

Los resultados recolectados a través de los relatos de las víctimas, sugieren que el abuso sexual es un evento que tiene graves efectos en la sexualidad de la víctima. Las secuelas no solo son inmediatas, sino que pueden perdurar a lo largo de la vida sin que la víctima la asocie a la experiencia de abuso. De ahí la importancia de la sensibilidad y destreza del terapeuta para identificar indicadores o síntomas que pudieran estar relacionados a una conducta de abuso presente o pasada, con el fin de reforzar los mecanismos de detección y recuperación de la víctima.

La comprensión de las dinámicas familiares, sociales y culturales que sostienen el abuso sexual a menores, son claves para identificar los factores de riesgo, y de esta manera establecer medidas y acciones de prevención y atención dirigidas a la protección del menor. El fortalecimiento de los vínculos afectivos familiares, la comunicación abierta y clara, establecimiento de relaciones de respeto, disminuirían los sentimientos de desprotección y desvalorización reportados por las víctimas y su vulnerabilidad al abuso.

Por último, reconocer que el abuso sexual es un problema multifactorial, que no solo puede considerarse como un hecho aislado y situacional, sino que responde a bases relacionales, sociales y culturales complejas, que sostienen prejuicios y estigma sociales que impregnan la manera en que se percibe y se afronta esta problemática.

El hecho de que de la mujer sea la principal víctima de abuso sexual de parte de hombres, que además son familiares o conocidos del entorno de la misma, demanda una revisión de los mensajes sociales sobre

las conductas sexuales relacionados a la construcción de la masculinidad y la feminidad en el contexto familiar y social, así como la necesidad de un cambio en la forma en que se educa sobre sexualidad. Una educación sexual, con información precisa y clara, destacando tanto los aspectos negativos y positivos de la sexualidad, con modelos de roles sexuales saludables, que promueva el derecho a la privacidad y al rechazo de propuestas coercitivas o violentas y que

valore y respete los derechos sexuales propios y de los demás de igual manera, daría un re-encuadre positivo a la manera en como pensamos, sentimos y actuamos sobre la sexualidad.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author
- Baita, S. y Moreno, P. (2015). *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. UNICEF Uruguay
- Barudy, J. (1999) *Maltrato Infantil. E. Prevención y Reparación. Ecología Social*. Editorial. Galdoc.
- Batres, G. (1997). *Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto*. San José: ILANUD. Programa Regional de capacitación contra la violencia doméstica.
- Bass, E. y Davis, L. (1988). *The courage to Heal*. New York: Harper and Row, Publishers.
- Berliner, L. y Elliot, D. (2002) Child sexual abuse. In J. Myers, ed. *The APSAC Handbook on child maltreatment*, 2nd, ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M. & Bergeron, S. (2014). Prevalence and Correlates of Childhood Sexual Abuse in Adults Consulting for Sexual Problems. [Journal of Sex & Marital Therapy](#). Vol. 40, Iss. 5, 214
- Blume (1990). *Secrets Survivors*. New York: Ballentine Books.
- Böhm, B. (2017) "She Got Spoilt": Perceptions of Victims of Child Sexual Abuse in Ghana, *Journal of Child Sexual Abuse*, 26:7, 818-838, DOI: [10.1080/10538712.2017.1354347](https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1354347)
- Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, and Luria M. (2010). Women's sexual desire and arousal disorders [published correction appears in *J Sex Med*. 2010; 7(2 pt. 1):856]. *J Sex Med*. 2010; 7(1 pt. 2):586–614.
- Carreiro, A. V., Micelli, L. P., Sousa, M. H., Bahamondes, L., & Fernandes, A. (2016). Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse.

International Journal Of Gynecology & Obstetrics, 134(3), 260-263. doi:10.1016/j.ijgo.2016.01.024

Cortés, M. R. y Cantón, J. D. (1997): «Consecuencias del abuso sexual infantil», en J. D. Cantón y M. R. Cortés, *Malos tratos y abuso sexual infantil*, Madrid, Siglo XXI.

DiLillo, D. (2001). Interpersonal function among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21, 553-556. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00072-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00072-0)

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona. Ariel.

Fergusson, D., McLeod, G., Horwood, L. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand, [*Child Abuse & Neglect, Volume 37, Issue 9*](#), Pages 664–674

Finkelhor D., Browne A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *J Orthopsychiat*; 55:530–541. [[PubMed](#)]

Finkelhor, D., Browne, A. (1988) Assessing the long-term. Impact of child abuse: A review and conceptualization. *Handbook On Sexual Abuse of Children Assessment and Treatment Issues*. Leonore Walker (editor). New York: Springer Publishing Co.

Finkelhor, D., Hammer, H., & Sedlak, A. J. (2008). Sexually assaulted children: National estimates and characteristics. Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice. Retrieved from <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/214383.pdf>

Hébert M1, Tourigny M, Cyr M, McDuff P, Joly J. Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Can J Psychiatry*. 2009 Sep; 54(9):631-6.

Herman, J. L. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge, MA: Harvard University Press

Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*.

México: McGraw-Hill/Interamericana editores, 6ta edición

Kaplan, H. (2009). *La nueva terapia sexual*. Tomo II. Guidelines for medicolegal care for victims of sexual violence. Editorial Alianza Madrid.

Kennedy, A. and Prock, K. (2016). “I Still Feel Like I Am Not Normal”: A Review of the Role of Stigma and Stigmatization Among Female Survivors of Child Sexual Abuse, Sexual Assault, and Intimate Partner Violence Trauma, Violence, & Abuse. <https://doi.org/10.1177/1524838016673601>

Kilimnik, C., Meston, C. (2016). Role of Body Esteem in Sexual Excitation and Inhibition Responses of Women With And Without a History of Childhood Sexual Abuse. *The Journal of Sexual Medicine*. [IF: 2.98]

Lalor, K. & McElvaney, R. (2010). Child Sexual Abuse, Links to Later Sexual Exploitation/High-Risk Sexual Behavior, and Prevention/Treatment Programs. *Trauma, Violence, & Abuse*. Volume: 11, Issue: 4, Pages: 159-177.

López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M. & Cobo, J. (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*. Volume 31, Issue 3, May–June 2017, Pages 210–219. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.010>

Maltz, W., Holman, B. (1987) *Incest and Sexuality. A guide to understanding and healing*. Lexington Books.

Maltz, W. (1988). Identifying and treating the sexual repercussions of incest: A couple's therapy approach. *The Journal of Sex and Marital Therapy*, 14(2), 142-170. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/00926238808403914>

Maltz, W. (2002). Treating the sexual intimacy concerns of sexual abuse survivors. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(4), 321-327.

Mayer, R., Quillet, F. (1991) *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville. Gaetan Morin Editeur. Montreal-Paris-Casablanca p.473-502.

Orjuela, L., Rodríguez. (2012). Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Edita: SAVE THE CHILDREN, España. www.savethechildren.es

Redondo, C. y Ortiz, M.R. (2005) El abuso sexual infantil. Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. 45: 3-16

Roller, C., Martsolf, D. S., Draucker, C. B., & Ross, R. (2009). The Sexuality of Childhood Sexual Abuse Survivors. *International Journal of Sexual Health: Official Journal of the World Association for Sexual Health*, 21(1), 46–60. <http://doi.org/10.1080/19317610802661870>

Sobanski JA, Klasa K, Cyranka K, MMuldner-Nieckowski L, Dembinska E, Rutkowski K, Smiatek-Mazgaj B, Mielimaka M. Influence of cumulated sexual trauma on sexual life and relationship of a patient. *Psychiatr Pol*. 2014 Jul-Aug; 48(4):739-58.

Staples J, Rellini AH, Roberts SP. (2012). avoiding experiences: sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Arch Sex Behav.*; 41(2):341-50. doi: 10.1007/s10508-011-9773-x.

Swaby AN1, Morgan KA. (2009).The relationship between childhood sexual abuse and sexual dysfunction in Jamaican adults. *Child Sex Abuse*. May-Jun; 18(3):247-66. doi: 10.1080/10538710902902679.

Tharinger, D. (1990) Impact of child sexual abuse on developing sexuality. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 21. (5), pp. 331-337).

Vaillancourt-Morel, MP, Godbout N, Labadie C, Runtz M, Lussier Y, Sabourin S.(2015). Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2015 Feb; 40:48-59. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.10.024. Epub 2014 Nov 28.

Wohl, A. & Kirschen, G. (2018) Betrayal of the Body: Group Approaches to Hypo-Sexuality for Adult Female Sufferers of Childhood Sexual Abuse, *Journal of Child Sexual Abuse*, 27:2,154-160, DOI: [10.1080/10538712.2018.1435597](https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1435597)

World Health Organization. (2014). Child maltreatment factsheet. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>

Yancey y Hansen (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression & Violent Behavior* 15, pp. 410–421.

Zoldbrod AP1 (2015) Sexual Issues in Treating Trauma Survivors. *Curr Sex Health Rep.*;7(1):3-11.

Cuadro de temas, sub temas, temas emergentes y meta- temas.

Contexto Familiar	Dinámica Relacional	Normalización de la Violencia intrafamiliar Abuso de alcohol Discapacidad o muerte de uno de los padres Crianza fuera del núcleo familiar relaciones no dignas de confianza
	Educación Sexual	No información Hermosismo Prohibiciones Connotaciones negativas de la sexualidad Temor a consecuencias Información poco precisa Hombres considerados peligrosos

DESPROTECCIÓN Y DESVALORIZACIÓN

Experiencia de Abuso	Tipo de abuso	Variado
	Perpetrador	Persona de confianza Figura de autoridad Conocido
	Mecanismos utilizados	Engaño Sugestión Seducción Chantaje emocional Violencia
	Sentimientos	Desconcierto Culpa Miedo Traición Dolor Desprotección Ira Vergüenza Indignación Tristeza Impotencia Asco
	Revelación del abuso	Secreto Miedo a que no le crean Revelación y retractación Revelación y responsabilizar a la víctima de la provocación del abuso Revelación y no tomar medidas protectoras Revelación y negación por parte del perpetrador Revelación y dudas de la veracidad Culpa
	Revictimización	

DESPROTECCIÓN Y DESVALORIZACIÓN

Impacto en la sexualidad	Comportamiento sexual	- Interés sexual precoz - Retraso en inicio de las relaciones sexuales - Apatía sexual - Miedo a las relaciones sexuales - Desconfianza en los hombres - Sexo para otros
	Preferencia sexual	Confusión en orientación sexual
	Funcionamiento sexual	- Incapacidad sexual - Dolor en la relación sexual - Dificultad en las relaciones sexuales - Disociación - Pensamientos intrusivos recurrentes (flash-backs)
	Prácticas sexuales	- Rechazo a ciertas prácticas sexuales - Rechazo a las relaciones sexuales - Bloqueo de fantasías sexuales con hombres - Uso de recursos protectores y distracciones
	Autoestima	- Pobre imagen corporal - Estigmatización - Desvalorización

Figura 1. Secuencia de relación de la desprotección y desvalorización e impacto en la sexualidad

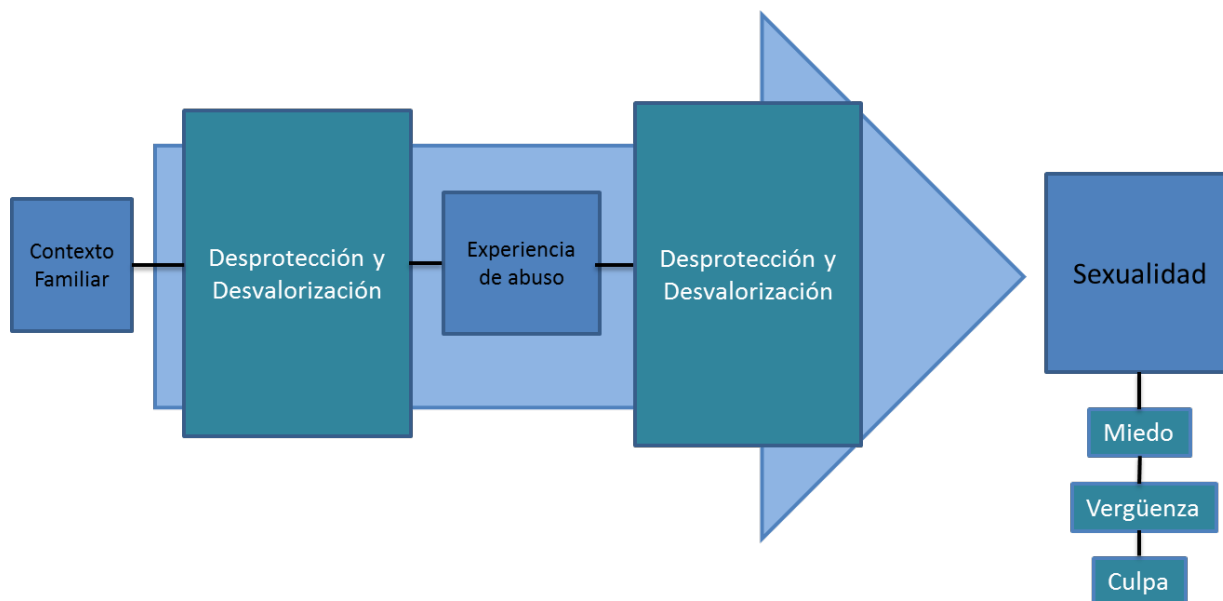
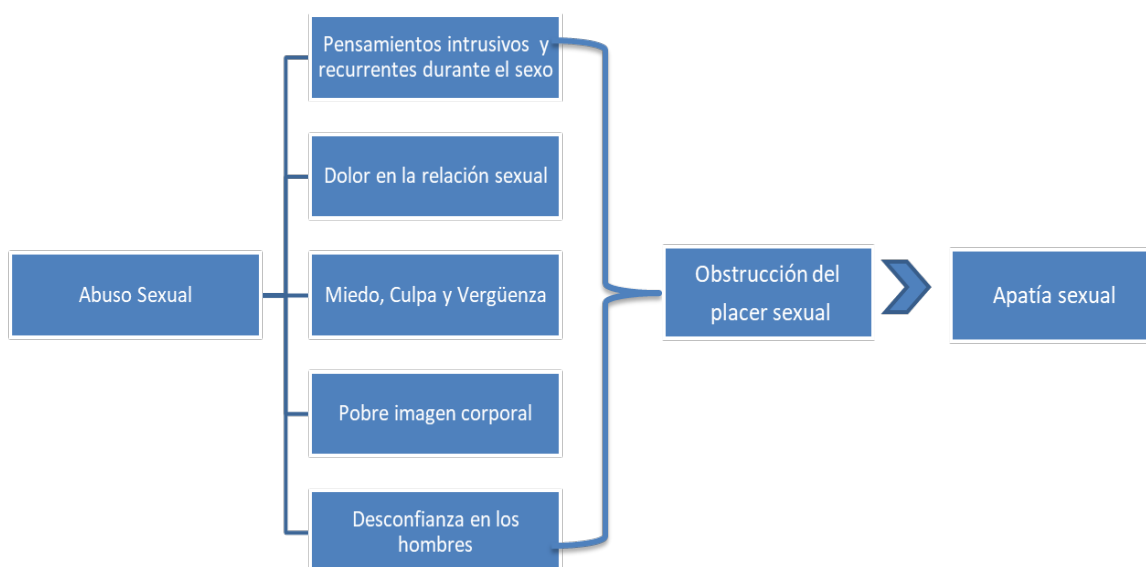


Figura 2. Ejemplo del impacto del abuso sexual en la sexualidad



Relación entre los mitos del amor romántico y de la sexualidad con la violencia de género

Relationship between the myths of romantic love and sexuality with gender violence

San Martín Blanco C¹, Jurado López AR², Carrera Camuesco A³, Barquín Casar L⁴,
Lobera Balbas R⁵

1- Doctor en Medicina. Sexólogo. Psicoterapeuta. Coordinador del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud, CIPSA. Director del Observatorio Nacional de Salud Sexual. Director del Máster en Sexología Médica de la Universidad Europea del Atlántico. Académico Permanente de la Academia Española de Sexología y Medicina Sexual

2- Doctora en Medicina. Sexóloga. Psicoterapeuta. Directora del Instituto Europeo de Sexología. Marbella. Directora Académica del Máster en Sexología Médica de la Universidad Europea del Atlántico. Académica de número de la Academia Española de Sexología y Medicina Sexual

3- Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Máster en Terapia de Conducta. Profesora Universitaria. Directora del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud, CIPSA

4,5- Alumnas de Grado de Psicología de la Universidad Europea del Atlántico.

Correspondencia

Carlos San Martín Blanco

Dirección electrónica: carlos.cipsa@gmail.com

Fecha de recepción: 7 de junio de 2019. **Fecha de aceptación:** 15 de junio de 2019

Resumen

En el presente trabajo se realiza un estudio para conocer la posible relación entre los mitos del amor romántico y de la sexualidad con la violencia de género. Para ello se utilizó una muestra de 150 alumnos y alumnas de institutos de toda Cantabria, obtenida de forma anónima en el aula durante la impartición de un Talleres de Educación Afectivo-Sexual en los cursos de 3º y 4º de la ESO.

Para el análisis de las variables se han utilizado tres cuestionarios con el fin de obtener la mayor información de éstas. En relación con los resultados, se espera verificar una relación significativa entre las variables una vez analizados los resultados obtenidos.

Los estadísticos realizados muestran resultados significativos cuando se han relacionado los mitos de amor romántico y la violencia de género.

No se han obtenido resultados significativos en la asociación mitos de la sexualidad-violencia de género. Por tanto, parte de la hipótesis del estudio se confirma.

Palabras clave: Violencia de género. Mitos de amor romantico. Mitos sexualidad. Adolescencia.

Abstract

This article is the exposition of a study to know if there is a relationship between the myths of romantic love and sexuality with gender-based violence. A sample of 150 people from all over Cantabria institutes have been used. For the analysis of the variables three questionnaires have

been used to obtain more information. Regarding the results, we expected a strong relationship between the variables.

The statistics show significant result for the relationship between myths of romantic love and gender-based violence, and non statistical significance has been found between myths of sexuality and gender-based violence. Therefore, part of the hypothesis of the study is confirmed.

Keywords: Gender violence. Myths of romantic love. Sexuality myths. Adolescence.

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

INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad está en gran medida estructurada según las distintas funciones o roles atribuidas a uno y otro sexo. Las del hombre, basadas en la fuerza, la virilidad, el poder y la ambición y las de la mujer, centradas en aspectos que no llevan ni al éxito ni al poder y que son socialmente consideradas inferiores a las masculinas.

Este reparto de funciones nos conduce a una sociedad patriarcal, donde el hombre disfruta de todas las esferas de la vida, tanto de la pública como de la privada, mientras que la mujer se ve limitada al ámbito privado o doméstico. La consecuencia más inmediata es la consideración de la mujer como un objeto propiedad del hombre.

Este planteamiento de desigualdad y dominación se va construyendo a lo largo del proceso de socialización, que comienza cuando somos menores; los hombres se han visto obligados a "hacer valer su superioridad" a demostrar su fuerza y a gobernar, desde el ámbito más privado, su hogar, al público; por el contrario, si no han hecho valer su virilidad han sido ridiculizados por la sociedad y considerados "poco hombres".

Las mujeres se ven obligadas por los mandatos de género a ser complacientes, a cuidar a los demás, a renunciar a sus expectativas en función de las de otros, a transigir...

Los mitos han definido de alguna forma el modo de enamorarse, y los modelos que tanto chicos como chicas buscan entre sus iguales. La interiorización de estos mitos puede suponer un obstáculo a la construcción de relaciones emocionales sanas e igualitarias y

desembocar en una confusión de roles que derive en situaciones de violencia¹.

El "amor romántico" se consolida en la dependencia entre hombres y mujeres, los cuales se justifican a través de la necesidad de complementación entre ellos. También, dentro del amor romántico se encuentra la idea de que para encontrar la felicidad hay que "completar tu ser" encontrando a otra persona con la que compartir tu vida. Junto con estas ideas, se encuentran otras que refuerzan la creencia de que "el amor lo puede todo" y que puede ser normal llegar a "sufrir por amor".

En la adolescencia, nos encontramos notables diferencias emocionales entre chicos y chicas. Mientras ellos viven la fase del enamoramiento con un sentimiento posesivo más intenso y consideran el amor como el alcance de una meta, ellas asocian con más frecuencia el amor con sentimientos de dolor y frustración. Estos sentimientos mantienen ideas totalmente irracionales fruto de los mitos del amor romántico, como la búsqueda del "príncipe azul" o de "la media naranja"²

METODO

Muestra

Para este estudio se realizó una breve recogida anónima de datos sociodemográficos cuantitativos y cualitativos entre los que podemos encontrar el género, el instituto, el curso en el que se encuentran los participantes, los cuales han sido transformados a valores para facilitar el análisis estadístico.

Para llevar a cabo este estudio, se ha conseguido una muestra válida de 150 participantes, con una edad media de 14,6 años.

La selección de dichos participantes se ha llevado a cabo utilizando un criterio totalmente aleatorio ya que una vez realizados todos los cuestionarios en todos los institutos donde se realizó la actividad, se eligieron 150 cuestionarios de cada tema para poder realizar el estudio.

Instrumentos

Se han obtenido datos de tres cuestionarios distintos con el fin de medir las 3 variables principales del estudio de forma tanto cualitativa como cuantitativa.

En primer lugar encontramos el Cuestionario sobre violencia de género, que consta de 12 ítems, los cuales recogen información sobre conductas relacionadas con la violencia de género.

Como segundo instrumento, encontramos el Cuestionario sobre mitos de amor romántico, compuesto por 14 ítems donde se muestran los distintos mitos relacionados con el amor romántico que se difunden en la sociedad.

Por último, el Cuestionario sobre mitos sobre la sexualidad, se forma por 16 ítems, los cuales presentan los diferentes mitos sobre la sexualidad que se encuentran vigentes hoy en día.

RESULTADOS

Los datos obtenidos, que se pueden observar en la *Tabla I*, son significativos estadísticamente en los tres instrumentos utilizados, ya que, en el caso del cuestionario sobre mitos de amor romántico, los hombres puntúan ($t = 2.177$; $p < .05$), y las mujeres ($t = 2.177$; $p < .05$). En el caso del cuestionario sobre violencia de género, los hombres puntúan ($t = 4.056$; $p < .05$) y las mujeres ($t = 4.056$; $p < .05$) y por último el cuestionario sobre mitos de la sexualidad, los hombres tienen una puntuación ($t = 2.208$; $p < .05$) mientras que las mujeres ($t = 2.207$; $p < .05$).

Las puntuaciones de dicha tabla nos aportan una valiosa información si observamos la columna donde se encuentra la media de las puntuaciones. Se puede observar como en las tres pruebas realizadas, las mujeres obtienen una media menor a los hombres, lo cual puede estar relacionado con que las mujeres tienen mucho más interés por

este tipo de aspectos que los hombres, lo cual se mostró en los talleres que se realizaron a la hora de pasar los cuestionarios.

Si se observa la *Tabla 2* se pueden encontrar las diferencias de puntuaciones en relación con la localización del instituto en el que estudian los sujetos de la muestra, no encontrando diferencias significativas, en función de si el instituto se encuentra en medio rural o urbano.

En el caso del cuestionario sobre mitos de amor romántico, los que se encuentran en un entorno rural puntúan ($t = 1.566$; $p > .05$), y los que se encuentran en un entorno urbano ($t = 1.568$; $p > .05$). En el caso del cuestionario sobre violencia de género, los que se encuentran en un entorno rural tienen una puntuación ($t = -1.309$; $p > .05$) y los que se encuentran en un entorno urbano ($t = -1.306$; $p > .05$) y por último el cuestionario sobre mitos de la sexualidad, los que se encuentran en un entorno rural puntúan ($t = -1.132$; $p > .05$) mientras que los que se encuentran en un entorno urbano ($t = -1.177$; $p > .05$).

La *tabla 3* muestra relación entre las tres variables estudiadas “puntuaciones obtenidas de violencia de género”, “las puntuaciones obtenidas de mitos de amor romántico” y “puntuaciones obtenidas de mitos de sexualidad”. De las correlaciones entre dichas variables solo la comparación de las puntuaciones obtenidas de violencia de género y puntuaciones de mitos de amor romántico obtienen un resultado significativo ($r = .608$; $p < .05$), pudiendo estar relacionado con que la idealización del amor facilita en las relaciones de pareja un nivel de sumisión de la mujer que favorece el poder de la otra persona, la mayor parte de las veces el hombre, mientras que las otras variables no muestran diferencias significativas ya que puede que no sea un factor que influya en situaciones de violencia de género.

DISCUSIÓN

Uno de los problemas que más se presenta en la sociedad en este siglo es la violencia. Vivimos en un mundo en el que la forma en la que se resuelven los conflictos es frecuentemente mediante ésta.

Por eso se puede considerar en la actualidad un problema social de gran escala que afecta directa e indirectamente a gran cantidad de personas, sin distinción de ningún tipo social.

El considerarse de género femenino o masculino implica valores y roles divididos, los cuales tienden a hacer perdurar las diferencias existentes entre hombres y mujeres. Estas diferencias, que en los estereotipos sociales presionan de forma distinta al hombre y a la mujer, hacen que ninguno esté libre de influencias negativas, porque ambos son injustamente marcados en diferentes sentidos. Uno de los géneros se ve mucho más beneficiado tanto social como históricamente (género masculino), mientras el otro aparece subordinado y relegado al primero (género femenino).

En la mujer existe una identidad de género subordinada y conformada. En cambio, el modelo de masculinidad dominante caracteriza a los hombres como personas más importantes: seres autónomos, fuertes, potentes y proveedores.

Todas estas peculiaridades, se vinculan directamente con el poder que se le ha adjudicado a lo largo de la historia en la sociedad al varón, y que se estimula desde un inicio en el ámbito familiar. De esta forma, los hombres, como sujetos con ese poder, son impulsados a ejercerlo. En la medida en que esa forma de ser hombre se transforma en natural, se hace invisible el poder de los hombres sobre las mujeres³

Es fácil analizar hipótesis sobre otros factores que llegan a influir en la forma de pensar y actuar de los jóvenes ante la sociedad en la que se encuentran. Entre ellos se destacan en este estudio: el nivel educacional alcanzado por la persona, la edad y el sexo⁴

Al igual que en este estudio, en el que la relación entre la violencia de género y amor romántico es estrecha, seguramente porque esa idealización del amor provoca cierta sumisión a la hora de mantener una relación.

Algunos autores⁵, exponen como el amor romántico es la herramienta más potente para controlar y someter a las mujeres, especialmente en los países donde son

ciudadanas de pleno derecho y donde no son, legalmente, propiedad de nadie.

El amor romántico es, en este sentido, una herramienta de control social. Nos lo venden como algo importante y casi imposible de alcanzar, pero mientras buscas ese “amor perfecto” te das cuenta de que la mejor forma de lograrlo es perder la libertad de uno mismo y renunciar al resto con tal de asegurar esa armonía necesaria para conseguir dicha relación.⁶

En esta hipotética armonía, los hombres tradicionales quieren esposas tranquilas que les amen sin pedir nada (o muy poco) a cambio. Cuanto más deteriorada sienten las mujeres su autoestima, más se victimizan, y más dependientes son. Por lo tanto, más les cuesta entender que el amor de verdad no tiene nada que ver con la sumisión, ni con el sacrificio, ni con el aguante.⁷

Es muy importante que podamos entender y transmitir a nuestros jóvenes que el amor ha de estar basado en el buen trato y en la igualdad. Pero no solo hacia la pareja, sino hacia la sociedad entera y hacia uno mismo⁸.

Es fundamental establecer como referencia relaciones igualitarias en las que las diferencias sirvan para enriquecernos mutuamente, no para someternos unos a otros. Es esencial dar poder a las mujeres para que no vivan sujetas al amor, y también enseñar a los hombres a gestionar sus emociones para que puedan controlar su ira, su impotencia, su rabia, y su miedo, y para entender a las mujeres como personas iguales en derechos.⁹

Para llegar a ese punto es necesario un cambio social y cultural, económico y emocional. El amor no puede estar basado en la propiedad privada, y la violencia no puede ser una herramienta para solucionar problemas.

En este aspecto juegan un papel muy importante las leyes contra la violencia de género, pero han de ir acompañadas de un cambio en nuestras estructuras emocionales y sentimentales. Para que todo esto sea posible, tenemos que cambiar nuestra cultura y promover otros modelos amorosos que no estén basados en luchas de poder para dominarnos o someternos. Otros modelos

femeninos y masculinos que no estén basados en la fragilidad de unas y la brutalidad de otros sino en una equidad buena para ambos¹⁰.

Es necesario aprender a romper con los mitos, a deshacernos de las imposiciones de género, a dialogar, a disfrutar de la gente que nos acompaña en el camino, a unirnos y separarnos en libertad, a tratarnos con respeto y ternura, a asimilar las pérdidas, a construir relaciones bonitas. Tenemos que romper con los círculos de dolor que heredamos y reproducimos inconscientemente, y tenemos que liberar a mujeres, a los hombres y a los que no son ni una cosa ni otra, del peso de las jerarquías, de la tiranía de los roles, y de la violencia.

CONCLUSIONES

Una vez realizados los análisis estadísticos correspondientes, podemos concluir que parte de la hipótesis del estudio se confirma ya que se ha encontrado una nítida relación entre las puntuaciones obtenidas en el cuestionario sobre mitos del amor romántico y las puntuaciones del cuestionario sobre violencia de género, mientras que la otra variable a estudiar no obtuvo significación, por lo que no se ha podido probar la relación entre los mitos sexuales y la violencia de género.

Eso nos permite concluir que, en la población estudiada, cuanto mayor es el nivel de mitos aceptados sobre el amor romántico, mayor es la tolerancia y normalización de conductas calificables como de violencia de género

Aunque los mitos románticos que asumen como ciertos son similares a los hombres, su tolerancia y normalización de conductas de violencia de género es notablemente menor.

La realización de este estudio nos ayuda a conocer mejor la relación que existe entre los mitos del amor romántico y de la sexualidad con la violencia de género, aportando datos

significativos con los que posteriormente se podrán realizar estudios similares e incluso con otras variables o factores.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Cruz Alvarez, J., & Zurbano Berenguer, B. Del mito del amor romántico a la violencia de género: configuración adolescente de los mitos románticos y efectos sobre conductas violentas. (2012). Sevilla: Universidad de Sevilla.

2.- Pascual Fernández, A.. Sobre el mito del amor romántico. Amores conematográficos y educación. Dedicar, Revista de educación., (2016)10, 63-78.

3.- Pérez Martínez, V., & Hernández Marín, Y. La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. Revista Cubana de Medicina General Integral, (2009). 25(2), 1-7.

4.- González Galbán, H., & Fernández de Juan, T. Género y maltrato: violencia de pareja en los jóvenes de Baja California. Estudios Fronterizos, (2010). 11(22), 97-128.

5.- Herrera Gómez, C. La violencia de género y el amor romántico. Obtenido de Online magazine. (23 de Noviembre de 2012).

6.- Bosch, E., Ferrer, V., & Gili, M. Historia de la misoginia. (1999). Barcelona: Antrophos.

7.- Expósito, F. Violencia de género. Mente y cerebro., (2011). 48, 20-25.

8.- Ferrer Pérez, V., & Bosch Fiol, E. Del amor romántico a la violencia de género. Profesorado, (2013). 17(1), 105-122.

9.- García Llata, I. Definición de Género. Obtenido de Concepto definición. (19 de Septiembre de 2011).

10.- Yela, C. La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas. Encuentros en psicología social., (2003). 1(2), 263-267.

Tabla 1

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
TOTAL A.R.	Hombre	75	4.87	4.944	2.177	148	.031
	Mujer	75	3.27	4.008	2.177	141.927	.031
TOTAL VG	Hombre	75	4.71	3.348	4.056	148	.000
	Mujer	75	2.67	2.787	4,056	143.279	.000
TOTAL SX	Hombre	77	8.05	4.837	2.208	148	.029
	Mujer	73	6.30	4.872	2.207	147.449	.029

Tabla 2

	Instituto	N	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
TOTAL	Rural	75	4,65	4,958	1.566	147	.120
A.R.	Urbano	74	3,49	4,092	1,568	142.569	,119
TOTAL	Rural	77	3,35	3,064	-1,309	148	,192
VG	Urbano	73	4,04	3,393	-1,306	144,527	,194
TOTAL	Rural	103	6,89	5,062	-1,132	148	,259
SX	Urbano	47	7,87	4,562	-1,177	98,233	,242

Tabla 3

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig. (bilateral)
TOTAL A.R.	Hombre	75	4.87	4.944	2.177	148	.031
	Mujer	75	3.27	4.008	2.177	141.927	.031
TOTAL VG	Hombre	75	4.71	3.348	4.056	148	.000
	Mujer	75	2.67	2.787	4,056	143.279	.000
TOTAL SX	Hombre	77	8.05	4.837	2.208	148	.029
	Mujer	73	6.30	4.872	2.207	147.449	.029

Prevalencia de disfunciones sexuales en trabajadores del área de la salud

Prevalence of sexual dysfunctions in health workers

Tuberquia Agudelo OA¹, Tuberquia Agudelo AC², Hurtado Murillo F³

1- Médico Anestesiólogo. Epidemiólogo. Máster en Sexología Clínica. Clínica IQ Interquirófanos. Medellín. Colombia.

2- Psicóloga. Especialista en Psicología Jurídica. Máster en Psicología Clínica. Profesora adjunta Universidad San Buenaventura. Medellín. Colombia.

3- Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica y Sexología. Centro de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente San Luis”. Departamento de Salud Valencia Doctor Peset. Comunidad Valenciana. España.

Correspondencia

Oscar Andrés Tuberquia Agudelo

Dirección postal: Calle 75 N° 73 – 128. Apartamento 403.

Medellín. Colombia

Teléfono: (+57) 3103890926

Dirección electrónica: oscartub@hotmail.com

Fecha de recepción: 4 de marzo de 2019. **Fecha de aceptación:** 16 de junio de 2019

Resumen

Prevalencia de disfunciones sexuales en trabajadores del área de la salud

Objetivo: Estimar la prevalencia de disfunciones sexuales en trabajadores del área de la salud e identificar posibles factores de riesgo.

Diseño: Estudio de corte transversal descriptivo con componente analítico

Emplazamiento: Encuesta comunitaria sin restricción en lugar de residencia.

Participantes: Se incluyeron 512 entrevistas a personas mayores de 18 años con acceso a internet, hispanohablantes. 61,13% fueron mujeres.

Mediciones principales: Se recolectaron variables demográficas y factores de riesgo de disfunción sexual como hipertensión arterial, síndrome depresivo, entre otros. Se aplicó la herramienta CSFQ-14 para establecer si las personas incluidas en la muestra tenían alguna disfunción sexual.

Resultados: La prevalencia de disfunción sexual fue menor en los trabajadores de la salud, con un OR de 0,265 (IC 95% 0,1 – 0,699) en hombres y 0,37 (IC 95% 0,191 – 0,717) en mujeres. Se encontró por medio de análisis bivariado que la cirugía de pelvis se comporta como un factor de riesgo para tener disfunciones sexuales, mientras que ser trabajador del área de la salud o tener un nivel educativo mayor se comportan como factores protectores. Estos hallazgos fueron corroborados con análisis multivariado por regresión logística que arrojó resultados similares.

Conclusiones: Se encontró que la educación se comporta como un factor protector para disfunción sexual, lo que refuerza el concepto de la educación como la mejor herramienta para manejar las disfunciones sexuales y se consolida este conocimiento para aplicarlo al manejo de los pacientes.

Palabras clave: Personal sanitario. Disfunciones sexuales. Burnout profesional. Estado educativo.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence of sexual dysfunctions in the health workers and to identify possible risk factors.

Design: Descriptive cross section study with analytical component

Location: Community survey without restriction in place of residence.

Participants: 512 interviews were included with people over 18 years of age with Internet access, Spanish speakers. 61.13% were women.

Main measurements: Demographic variables and risk factors of sexual dysfunction were collected, such as hypertension, depressive syndrome, among others. The tool CSFQ-14 was applied to establish whether the people included in the sample had any sexual dysfunction.

Results: The prevalence of sexual dysfunction was lower among health workers, with an OR of 0.265 (95% CI 0.1-0.699) in men and 0.37 (95% CI 0.191 - 0.717) in women. It was found through bivariate analysis that pelvic surgery behaves as a risk factor to have sexual dysfunctions, while being a health worker or having a higher educational level behave as protective factors. These findings were corroborated with multivariate analysis by logistic regression that yielded similar results.

Conclusions: It was found that education behaves as a protective factor for sexual dysfunction, which reinforces the concept of education as the best tool to manage sexual dysfunctions and consolidates this knowledge to apply it to the management of patients.

Keywords: Health Personnel. Sexual Dysfunctions. Burnout Professional. Educational Status.

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

INTRODUCCIÓN

No se conoce la prevalencia exacta de las disfunciones sexuales, siendo tan alta como 52% para mujeres y 38% para hombres según el contexto estudiado (1).

Existen diferentes factores de riesgo para disfunciones sexuales, por ejemplo, la edad para ambos sexos y la menopausia en mujeres. Por su parte, un ejercicio regular, un mejor nivel educativo y la educación sexual pueden favorecer la función sexual (2).

El síndrome de Burnout es una enfermedad asociada al trabajo que implica agotamiento emocional y una sensación de reducción del logro personal, con alta prevalencia en trabajadores del área de la salud y con múltiples consecuencias negativas incluyendo disfunción sexual (3).

Se han validado diferentes cuestionarios para diagnosticar disfunciones sexuales. Uno de ellos es el "The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ)", un instrumento de investigación clínica compuesto por 36 preguntas que se valoran

en 5 escalas de función sexual (4), una versión corta de 14 preguntas denominado CSFQ-14 fue validada, contando con una alta confiabilidad (5). Esta herramienta en su versión en español es válida y confiable para valorar la función sexual (6).

El objetivo de esta investigación fue estimar la prevalencia y factores de riesgo para disfunciones sexuales en trabajadores del área de la salud en Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal descriptivo con componente analítico de dos grupos independientes. El primer grupo se definió como "trabajadores del área de la salud", en el otro grupo se tomó a cualquier persona que laboraba en áreas que no se encontraban dentro de la definición anterior.

Esta investigación se ajustó a la declaración de Helsinki y a la normatividad colombiana. Dada su metodología por encuestas se clasificó como una investigación

sin riesgo y no requirió aval de comité de ética.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años, hispanohablantes. **Criterios de exclusión:** No acceso a internet, pacientes analfabetas, rechazo del paciente para realizar la encuesta

Tamaño de la muestra: Tomando los datos del estudio de Celis y colaboradores (7), con un universo estimado de 300.000 personas, se calculó, con un nivel de confianza del 95% y una potencia del 95% un tamaño de muestra de 160 personas por grupo a reclutar (320 personas en total).

Recolección de datos: Por medio de un formulario de Google® se enviaron encuestas por correo electrónico en muestreo no probabilístico por conveniencia. Debido a que el formulario de Google® no permite encuestas incompletas, no se tuvieron datos perdidos. Además, el uso de encuestas en línea permitió un ambiente privado y de confianza en el que las respuestas se consideraron lo más sinceras posibles.

Análisis de datos: Los datos fueron analizados usando IBM SPSS 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)®. Las variables cualitativas se presentaron como proporciones y comparadas utilizando la prueba de X^2 de Pearson o ANOVA si se comparaban más de dos variables. Para las variables cuantitativas se analizó su distribución con prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Se aplicaron test paramétricos usando la t-student para contrastar hipótesis en las variables cuantitativas.

Para la búsqueda de factores de riesgo se realizó un análisis multivariante por medio de regresión logística, cumpliendo los supuestos de distribución normal y no colinealidad.

RESULTADOS

Se elaboraron 512 encuestas, de las cuales el 61,13% fueron aplicadas a mujeres (75% trabajadoras del área de la salud) y 38,87% a hombres (63,82% trabajadores del área de la salud). La mayoría de personas encuestadas residían en las ciudades de Medellín y Bogotá. Un 2% de los pacientes encuestados fueron colombianos residentes en otros países.

El análisis estadístico de la muestra se realizó por separado entre hombres y mujeres, debido a la naturaleza diferencial de la valoración de la función sexual masculina y femenina.

En las mujeres se observó que no existieron diferencias estadísticamente significativas en las variables de edad, orientación sexual o estado civil. Sin embargo, en el nivel educativo, se encontró que las trabajadoras del área de la salud tienen un nivel significativamente más alto que las clasificadas como población general ($p < 0,001$). (tabla 1)

En el grupo de hombres tampoco existieron diferencias estadísticamente significativas en las variables de edad, orientación sexual o estado civil. Sin embargo, en la variable de nivel educativo, nuevamente se encontró que los trabajadores del área de la salud tienen un nivel significativamente más alto que los clasificados como población general ($p < 0,001$). (tabla 2)

Tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres, se registraron las ocupaciones de las personas encuestadas. Se encontró que en el grupo de los hombres, poco más del 50% de los encuestados fueron médicos, seguido por ingenieros, administradores, enfermeros y otras 20 ocupaciones. En el grupo de mujeres se observó una distribución más amplia, con 30 ocupaciones entre las encuestadas, las médicas representaron poco más del 40% de la muestra, seguidas por enfermeras, psicólogas y administradoras.

El punto de corte para definir disfunción sexual en el CSFQ masculino es de 47 o menos puntos. En el grupo de los hombres se encontró un promedio de puntaje en CSFQ de $57,42 \pm 6,14$ en trabajadores del área de la salud y $54,65 \pm 8,37$ en población general, siendo significativamente mayor en trabajadores del área de la salud ($p 0,016$). El OR para disfunción sexual global en trabajadores del área de la salud, se calculó en 0,265 (IC 95% 0,1 – 0,699).

El punto de corte para disfunción sexual del CSFQ femenino es de 41 o menos puntos. Se encontró un promedio de puntaje de $50,31 \pm 6,76$ en trabajadoras del área de la salud y

48,44 $\pm$ 9,87 en población general, encontrando que no hay diferencia significativa en el promedio de puntaje de ambos subgrupos (p 0,123). El OR para disfunción sexual global en trabajadoras del área de la salud, se calculó en 0,37 (IC 95% 0,191 – 0,717).

Adicionalmente se calculó la prevalencia de disfunciones sexuales específicas por medio de las subescalas validadas del CSFQ-14 por dominios, encontrando que no hubo diferencia en el grupo de hombres. En el grupo de mujeres, ser trabajadora del área de la salud se comportó como un factor de riesgo para alteraciones del placer del dominio del placer con OR 1,86 (IC 95% 1,023 – 3,378), p 0,04.

Para el análisis multivariado por regresión logística inicialmente se realizó un análisis bivariado para cada una de las variables dependientes que se utilizó para ajustar el modelo (tabla 3).

En la tabla 4 se presentan los resultados del modelo de regresión logística con las variables que presentaron una asociación estadísticamente significativa y no se descartaron por el método condicional hacia adelante.

DISCUSIÓN

Significado y aplicación práctica de los resultados: Se encontró que la educación universitaria se comporta como factor protector para disfunción sexual. Dentro de las estrategias descritas para manejar las disfunciones sexuales ya se cuenta con la educación como pilar del manejo (8), de esta manera, se refuerza el concepto de la educación como la mejor herramienta para manejar las disfunciones sexuales y se consolida este conocimiento para aplicarlo al manejo de los pacientes. Los demás factores de riesgo encontrados deben ser utilizados en consulta como aspectos importantes a incluir en el interrogatorio, pues darles manejo a estos factores es dar manejo a las disfunciones mismas.

Consideraciones sobre posibles limitaciones o inconsistencias de la metodología y las razones por las que los resultados pueden ser válidos: Teniendo en cuenta que la convocatoria a presentar la

entrevista fue pública, utilizando redes sociales y voluntaria, no se considera que se haya incurrido en sesgos de selección. Las ocupaciones de las personas entrevistadas fueron variadas, mejorando con ello la validez externa del estudio. Contar con un grupo control de características similares al de estudio, se convierte en una fortaleza de esta investigación que le suma validez interna. Como limitación, el estudio no tiene seguimiento de las encuestas para verificar su consistencia.

Relación con publicaciones científicas similares tratando de explicar discrepancias y acuerdos: Este trabajo tuvo resultados similares a un estudio en Brasil donde se encontró que un bajo nivel educativo y la edad eran los principales factores de riesgo para disfunción sexual (9).

Un factor de riesgo importante encontrado en este estudio fue la cirugía de pelvis. Sin embargo, debe tenerse presente que se habla de cirugía de pelvis en términos generales, pues procedimientos específicos como las colporrafias mejoran la función sexual de forma postoperatoria en otros estudios (10). En el dominio de interés se encontró que el uso de psicoactivos se comportó como un factor protector. Sin embargo, es necesario señalar que este tipo de sustancias afectan la función sexual de múltiples maneras que ya han sido estudiadas (11). La hipertensión arterial y el tener hijos se comportan como factores de riesgo para disfunciones en este dominio, el primero se explica por el efecto fisiológico de las enfermedades cardiovasculares en la función sexual (11). Mientras el segundo podría tener su origen en el temor a ser descubiertos, ya que la población estudiada fueron adultos jóvenes, con hijos de corta edad.

Indicaciones y directrices para futuras investigaciones:

Las diferencias en las prevalencias encontradas, tanto en nuestro estudio como en los estudios descritos, se debe a la alta variabilidad que existe en los diseños metodológicos, los instrumentos utilizados y diferencias culturales (12). Todo esto hace que no exista un dato exacto de lo que debería ser la prevalencia considerada

“normal” y por tanto deberá ajustarse a la ubicación geográfica, el momento histórico y la metodología del estudio. Lo importante es tener presente que las disfunciones sexuales, dada su prevalencia e impacto en la calidad de vida, se convierten en un problema de salud pública que debería ser manejado como tal (13).

CONCLUSIONES

Una vez realizados los análisis estadísticos correspondientes, podemos concluir que parte de la hipótesis del estudio se confirma ya que se ha encontrado una nítida relación entre las puntuaciones obtenidas en el cuestionario sobre mitos del amor romántico y las puntuaciones del cuestionario sobre violencia de género, mientras que la otra variable a estudiar no obtuvo significación, por lo que no se ha podido probar la relación entre los mitos sexuales y la violencia de género.

Eso nos permite concluir que, en la población estudiada, cuanto mayor es el nivel de mitos aceptados sobre el amor romántico, mayor es la tolerancia y normalización de conductas calificables como de violencia de género.

Aunque los mitos románticos que asumen como ciertos son similares a los hombres, su tolerancia y normalización de conductas de violencia de género es notablemente menor.

La realización de este estudio nos ayuda a conocer mejor la relación que existe entre los mitos del amor romántico y de la sexualidad con la violencia de género, aportando datos significativos con los que posteriormente se podrán realizar estudios similares e incluso con otras variables o factores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez C, Carreño J, Martínez S, Gómez MG. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la ciudad de México. *Salud Mental*. 2005;28(4):74-80
2. Llana P, Fernández-Iñarra JM, Arnott B, García-Portilla MP, Chedraui P, Pérez-López FR. Sexual function assessment in postmenopausal women with the 14-item changes in sexual functioning questionnaire. *J Sex Med*. 2011;8(8):2144-51.
3. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician Burnout: Contributors,

Consequences, and Solutions. *J Intern Med*. 2018;283(6):516-529.

4. Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. *Psychopharmacol Bull*. 1997;33(4):731-45.

5. Keller A, McGarvey EL, Clayton AH. Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). *J Sex Marital Ther*. 2006;32(1):43-52.

6. García-Portilla MP, Saiz PA, Fonseca E, Al-Halabi S, Bobes-Bascaran MT, Arrojo M, et al. Psychometric properties of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) in patients with severe mental disorders. *J Sex Med*. 2011;8(5):1371-82.

7. Blümel JE, LBinfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev chil obstet ginecol* 2004;69(2):118-125

8. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health*. 2018;22;18(1):108

9. Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004;16(2):160-6.

10. Feldner PC, Delroy CA, Martins SB, Aquino R, Ferreira MG, et al. Sexual function after anterior vaginal wall prolapse surgery. *Clinics (Sao Paulo)*. 2012; 67(8): 871–875.

11. Hurtado F. Evaluación y tratamiento de disfunciones sexuales. Módulo 4. Programa modular de formación sexual de la UNED, Madrid, España.

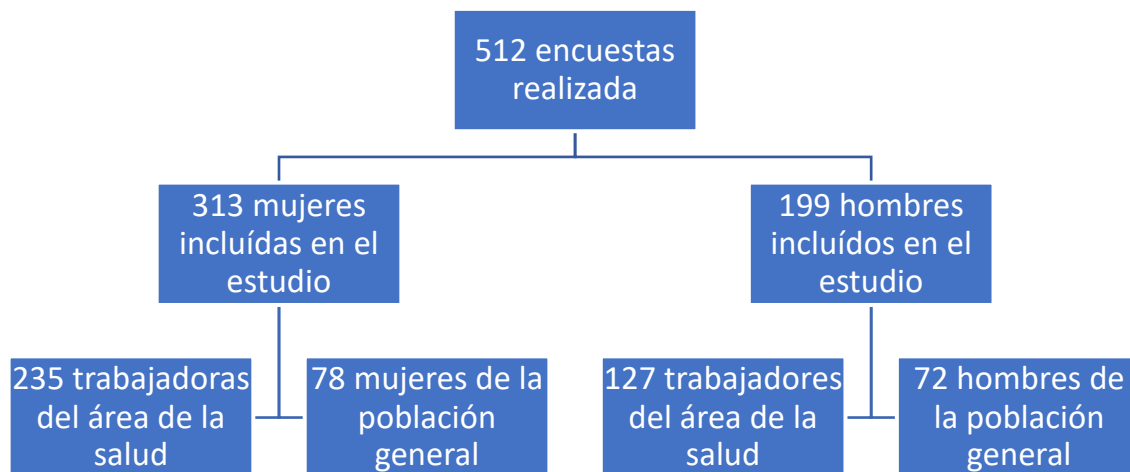
12. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual

Medicine 2015. J Sex Med. 2016;13(2):144-52.

13. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, et al. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among

Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. Sex Med Rev. 2016;4(3):197-212.

Esquema general del estudio



Puntos básicos

Lo que sabemos sobre el tema

- No se conoce la prevalencia exacta de las disfunciones sexuales, siendo tan alta como 52% para mujeres y 38% para hombres según el contexto estudiado.
- Un ejercicio regular, un mejor nivel educativo y la educación sexual pueden favorecer la función sexual
- El síndrome de Burnout es una enfermedad asociada al trabajo con alta prevalencia en trabajadores del área de la salud y con múltiples consecuencias negativas incluyendo disfunción sexual
-

Las aportaciones de este estudio

- Los trabajadores del área de la salud tienen una prevalencia de disfunciones sexuales menor que la población general.
- La educación se posiciona como la mejor herramienta para prevenir las disfunciones sexuales, lo que es aplicable al manejo de los pacientes en consulta.

Tabla 1 – Variables demográficas mujeres. N = 313

Variable		Trabajadoras de la salud	Población general	Valor de p
Edad		32,05 ± 6,77	30,95 ± 8,92	0,32*
Orientación sexual	Heterosexual	226	72	0,384 ^a
	Homosexual	3	2	
	Bisexual	6	4	
Estado civil	Soltera	119	48	0,387 ^a
	Casada	66	17	
	Unión libre	49	13	
	Viuda	1	0	
Nivel educativo	Primaria	0	2	<0,001 ^a
	Secundaria	4	19	
	Profesional	116	44	
	Especialización	94	8	
	Maestría	20	4	
	Doctorado	1	1	
* Prueba de t de student				
^a Prueba de X ²				

Tabla 2 – Variables demográficas hombres. N = 199

Variable		Trabajadores de la salud	Población general	Valor de p
Edad		34,98 ± 8,33	33,43 ± 9,57	0,23*
Orientación sexual	Heterosexual	111	66	0,535 ^a
	Homosexual	11	5	
	Bisexual	5	1	
Estado civil	Soltero	60	39	0,572 ^a
	Casado	44	20	
	Unión libre	23	13	
	Viudo	0	0	
Nivel educativo	Primaria	0	0	<0,001 ^a
	Secundaria	2	14	
	Profesional	45	35	
	Especialización	72	19	
	Maestría	7	4	
	Doctorado	1	0	
* Prueba de t de student				
^a Prueba de X ²				

Tabla 3 – Análisis bivariado

Análisis bivariado para factores de riesgo de disfunción sexual			
Variable	Odds Ratio	IC 95%	Valor de p*
Hipertensión arterial	1,814	0,656 – 5,015	0,245
Síndrome depresivo	1,837	0,972 – 3,469	0,058
Uso de psicoactivos	0,870	0,841 – 0,900	0,093
Cirugía de pelvis	4,357	1,016 – 18,691	0,031
Trastornos tiroideos	1,040	0,351 – 3,074	0,944
Alcoholismo	0,873	0,844 – 0,902	0,253
Tabaquismo	1,543	0,738 – 3,229	0,246
Menopausia	3,581	0,642 – 19,957	0,121
Ser trabajador(a) del área de la salud	0,358	0,210 – 0,609	<0,001
Turnos nocturnos	1,022	0,571 – 1,831	0,941
Trabajar en urgencias	0,849	0,426 – 1,693	0,642
Trabajar en cuidados intensivos	1,913	0,689 – 5,317	0,206
Trabajar en quirófanos	0,667	0,362 – 1,229	0,191
Trabajar con pacientes al final de la vida	0,904	0,501 – 1,634	0,739
Tener educación superior	0,262	0,127 – 0,537	<0,001
Tener hijos	0,963	0,563 – 1,648	0,891
*Prueba de Chi cuadrado			

Tabla 4 – Factores de riesgo encontrados en la regresión logística

Disfunción sexual general			
Variable	Odds Ratio	IC 95%	Valor de p
Cirugía de pelvis	4,737	1,034 – 21,709	0,045
Trabajar en el área de la salud	0,438	0,243 – 0,789	0,006
Educación universitaria	0,420	0,190 – 0,928	0,032
Disfunción en dominio Deseo/frecuencia			
Variable	Odds Ratio	IC 95%	Valor de p
Trabajar en quirófanos	0,580	0,386 – 0,871	0,009
Tener pareja estable	0,517	0,291 – 0,918	0,024
Tener hijos	4,561	2,999 – 6,935	<0,001
Educación universitaria	0,441	0,205 – 0,947	0,036
Disfunción en dominio Deseo/interés			
Variable	Odds Ratio	IC 95%	Valor de p
Uso de psicoactivos	0,283	0,109 – 0,739	0,010
Trabajo con pacientes al final de la vida	0,565	0,378 – 0,844	0,005
Disfunción en dominio placer			
Variable	Odds Ratio	IC 95%	Valor de p
Edad	0,974	0,951 – 0,999	0,038
Ser trabajador del área de la salud	1,740	1,124 – 2,692	0,013
Disfunción en dominio excitación			
Variable	Odds Ratio	IC 95%	Valor de p
Uso de psicoactivos	0,189	0,062 – 0,572	0,003
Tener pareja estable	0,227	0,103 – 0,499	<0,001
Tener hijos	0,507	0,335 – 0,768	0,001
Disfunción en dominio orgasmo			
Variable	Odds Ratio	IC 95%	Valor de p
Edad	0,958	0,933 – 0,983	0,001
Hipertensión arterial	2,647	1,003 – 6,983	0,049
Tener hijos	3,533	2,341 – 5,331	<0,001

Revisión acerca de tratamientos psicológicos eficaces en el área de la sexualidad individual y de pareja

Review of effective psychological treatments in the area of individual and partner sexuality

Serrano Diana C¹, Gómez García MT^{1,2}, López del Cerro E³, Díaz Serrano MD¹,
Martínez Besteiro E⁴

1- Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario de Albacete. Facultad de Medicina. España.

2- Departamento de Ciencias Médicas. Facultad de Medicina de Albacete. Universidad de Castilla la Mancha. España.

3- Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva. Valencia. España.

4- Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Valencia. España.

Correspondencia

Carolina Serrano Diana (carolinaserranodiana@hotmail.es)

María Teresa Gómez García (tgomezg67@gmail.com)

Esther López del Cerro (estherdelcerro85@hotmail.com)

María Dolores Díaz Serrano (mdoloresds@sescam.jcm.es)

Elvira Martínez Besteiro (elvira.martinez@uv.es)

Fecha de recepción: 29 de enero de 2019. **Fecha de aceptación:** 2 de mayo de 2019

Resumen

Objetivo: Revisar el estado actual de los tratamientos psicológicos eficaces en el área de la sexualidad individual y de pareja. Como objetivo secundario se plantea el reto de conocer las formas de ser y hacer en pareja hoy en día.

Material y método: Para conseguir los objetivos principal y secundario se realiza un trabajo de revisión de 46 artículos.

Resultados: En lo referente a la terapia sexual los cambios individuales y las influencias sociales, determinan y transforman las formas de ser y hacer pareja y fundamentan así mismo, las formas de abordaje en el área de la sexualidad.

Conclusiones: Es necesario un abordaje integral de la terapia sexual y de pareja, incluso tratarla como subespecialidad en lo relativo a la formación. Existen muchos campos que aún no han sido analizados ni ampliamente estudiados. Para ello la investigación es el camino más directo.

Palabras clave: Terapia sexual. Terapia de pareja. Habilidades y estrategias.

Abstract

Objective: To review the current status of effective psychological treatments in the area of individual and couple sexuality. As a secondary objective I pose the challenge of knowing the way of being and doing as a couple today.

Material and method: To achieve the main and secondary objective, a revision work is carried out about 46 articles.

Results: Regarding sexual therapy, individual changes and social influences determine and transform the ways of being and making a partner and determine, in the same way, the ways of approaching in the area of sexuality.

Conclusions: A comprehensive approach to sexual and couple therapy is necessary, including treating it as a subspecialty in relation to training. There are many fields that have not yet been analyzed or widely studied. For this, research is the most direct path.

Keywords: Sex therapy. Couple therapy. Skills and strategies.

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

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace algún tiempo ha venido apreciándose un aumento en el interés de los individuos y las parejas por su sexualidad. Este ámbito de la vida es parte importante de la salud de las personas, lo que la coloca en un lugar muy importante en términos emocionales, sociales, culturales y físicos. Y es ahora cuando le empezamos a dar la relevancia que le corresponde a este terreno, sin dejarlo al azar y considerándolo a la hora de buscar y establecerse en una relación.

Pocos temas despiertan tantas discusiones y tantos silencios como las posibilidades eróticas del cuerpo. La relación sexual es central no sólo para el logro de la intimidad sino también para alcanzar una calidad de vida satisfactoria, influyendo directamente sobre la percepción de bienestar tanto físico como mental. Esto hace que el ámbito de la sexualidad se convierta en un gran desafío a la hora de intervenir o trabajar con ella (Masters & Johnson, 1970).

Un alto porcentaje de mujeres y hombres padecen alguna disfunción sexual a lo largo de su vida. Algunas publicaciones estiman que la prevalencia en la población general de EEUU es de un 24%, lo que la convierte en el segundo diagnóstico más frecuente, después del consumo del tabaco (Labrador & Crespo, 2001). Además las disfunciones relacionadas con el sexo pueden llegar a convertirse en un obstáculo significativo para el funcionamiento de las relaciones humanas. Así ya lo entendieron Masters & Johnson (Masters & Johnson, 1970), pioneros en

terapia sexual, cuyo modelo de intervención fue incorporado por una gran proporción de profesionales de la salud, probablemente influidos por aspectos sociopolíticos de las décadas de los sesenta y setenta, tales como un mayor énfasis en el desarrollo personal o apertura en las discusiones sobre sexualidad (Wiederman, 1998). Con el transcurso de los años, cambió el estilo de vida, la educación sexual se masificó y, con ello también la ignorancia sobre el funcionamiento sexual, complicándose mucho la consulta por diferentes disfunciones sexuales. Por ello hoy día los problemas a los que nos enfrentamos son más complejos y crónicos que antaño. El bajo deseo sexual y las conductas sexuales compulsivas son motivo de consulta recurrentes cuya terapia otorga un mayor desafío a los clínicos. Por otro lado, también se plantea el reto de aportar un mejor y más completo servicio. Es por ello que la psicoterapia tiene que estar ahora más que nunca basada en la evidencia en cuanto a la evaluación de la eficacia de los tratamientos y técnicas. Es necesario que, en la medida que las terapias psicológicas se implementen en los servicios públicos de salud mental, demuestre qué tratamientos resultan eficaces y eficientes (Manzo, 2004).

Por otra parte, nos encontramos con aportes desde la biología intentando dar explicación y comprender las patologías y disfunciones sexuales, además de la fisiología de la respuesta sexual humana. Posteriormente, desde la medicina y la psicología comienzan a surgir propuestas para el manejo de las disfunciones sexuales.

Estos primeros acercamientos al espacio clínico estuvieron inicialmente pensados para el abordaje de las disfunciones sexuales. Esto lleva a pensar que tal vez, entender y enfrentar a la sexualidad de manera multidisciplinaria es una ventaja, que aporta mejores resultados a los pacientes, y más coherencia a los tratamientos.

Los profesionales que en la actualidad trabajan en este ámbito conocen de la multicausalidad de la sexualidad y de lo relevante del abordaje terapéutico, motivo por el cual analizan las demandas de sus pacientes desde una postura ecléctica, y organizan sus intervenciones y abordaje desde la propuesta de variadas disciplinas. La formación que tenga el terapeuta es primordial, puesto que, al tratarse de un ámbito de la vida de los sujetos de gran relevancia, pero al mismo tiempo de mucha intimidad, obliga a un manejo especializado. Debido a esto, los clínicos que se desempeñan en estas áreas, han debido hacer un esfuerzo adicional y especializarse de manera autodidacta, a partir de sus propias motivaciones e inquietudes (Scharff, 2008).

1.1. Contextualización histórica

Los contextos históricos y sociocultural, son aspectos que influyen el desarrollo y la perspectiva desde la que se entiende la sexualidad. De alguna manera siempre existe una ideología de base, que determina los conceptos sobre lo normal o anormal y la forma de afrontar el comportamiento en esta área. Es por esto que la terapia sexual debe adaptarse en función del momento en el que se emplaza el acto terapéutico (Labrador & Crespo, 2001).

La terapia sexual puede ser definida de muchas formas y entendida de otras tantas. Se refiere a cualquier intento de parte de un profesional de la salud para aliviar un problema experimentado por un cliente en la esfera de lo sexual ((Wiederman, 1998). La historia de la terapia sexual es corta. Desde 1886 con el austríaco Richard Von Krafft, psiquiatra forense que estudió el sistema perversión-herencia-degeneración, pasando por Sigmund Freud (1856-1939), médico

neurólogo, psiquiatra y creador del psicoanálisis, quién realiza la comprensión intrapsíquica de la sexualidad. No es hasta 1966, cuando William H. Masters (1916 – 2001) y Virginia Johnson (Kolodny, 2001) publican “Respuesta Sexual Humana”, libro que presenta evidencia científica sobre los orígenes de la lubricación vaginal y los cambios fisiológicos durante la excitación sexual y orgasmo. En términos generales, proponen una psicoterapia breve y directiva en coterapia, que utiliza medidas conductuales y técnicas cognitivas y aborda los aspectos comunicacionales de la pareja. Consideran también como intervención la educación sexual y la atención individual y de pareja, orientadas a adquirir insight sobre los factores que causan o mantienen las dificultades sexuales y de relación (Cordova, 2002).

Un aporte central de la terapia de Masters & Johnson (Masters & Johnson, 1970) fue la creación de ejercicios simples, que denominaron de “focalización sensorial”, que se entregaba como tarea a la pareja, para ser realizados en la intimidad, con el objetivo de indagar sobre nuevas maneras de alcanzar intimidad y erotismo. El porcentaje de fracaso terapéutico fue sólo del 20% para todas las disfunciones sexuales tomadas en su conjunto.

Más adelante, LoPiccolo (LoPiccolo, 1988) integra elementos de los enfoques psicodinámicos y sistémicos, aportes que mejoraron los procedimientos cognitivos conductuales, que siguen siendo el tratamiento de elección para las disfunciones sexuales en el presente. Consideran el contexto relacional y la propia conducta como control de los avances de la intervención (Carey, 1997; Rosen & Leiblum, 1995).

Como se observa, desde comienzos del siglo XIX hasta los años sesenta del siglo XX, las disfunciones sexuales se abordaban desde un marco psicoanalítico y se consideraba que su origen se remontaba a conflictos intrapsíquicos de la niñez, que tenían relación con vínculos y tensiones problemáticas con los padres. En los años sesenta y setenta con Masters y Johnson, el

foco cambia hacia lo social y lo aprendido y a partir de la década de los ochenta, la investigación y práctica en terapia sexual se centra en el rol de los factores orgánicos y biomédicos. Con ello, los terapeutas sexuales han sido testigos de la “medicalización” del tratamiento para muchos de los problemas sexuales. Desde el punto biológico, se ha progresado en la comprensión de factores neuroendocrinos y vasculares en la respuesta sexual (Rosen & Leiblum, 1995). Las explicaciones a este proceso están dadas en parte por los avances de la medicina, pero también por aspectos socioculturales. (Manzo, 2004)

La investigación en terapia sexual no ha estado exenta de problemas metodológicos. Entre ellos, Labrador & Crespo (Labrador & Crespo 2001) destacan que la mayoría de los estudios presentan muestras de tamaño reducido. Y cuando la muestra es grande, se usan grupos heterogéneos, incluso, varones y mujeres en forma conjunta. Existen así mismo pocas medidas psicométricamente adecuadas acerca del funcionamiento sexual, carencia de seguimientos adecuados, dificultades en el establecimiento del diagnóstico⁴ (Manzo, 2004)

Sin embargo, los criterios de éxito de un tratamiento tendrían que incluir aspectos biológicos, psicológicos, de relación interpersonal y sociocultural. En especial, debería incluir el grado de satisfacción y bienestar personal, en relación con otra persona, pero es infrecuente que en los trabajos de investigación se utilicen criterios alternativos a los biológicos o a las realizaciones estrictamente sexuales (Labrador & Crespo, 2001).

1.2. Sexualidad y Representación de Sí Mismo.

En nuestra sociedad, el aumento de las experiencias sexuales se ha convertido en un elemento central en la construcción del sujeto, puesto que configuran modos específicos de representaciones de sí mismo. En lo referente a la terapia, estos cambios individuales que se dan de manera paralela y desde las influencias sociales, determinan y

transforman las formas de ser y hacer pareja, con lo cual también determinan las formas de abordaje en el área de la sexualidad.

Se hace necesario buscar un equilibrio entre los espacios y tiempos en una relación versus los espacios y tiempos individuales. El aspecto social es un determinante a la hora de reforzar la individualidad, pero al mismo tiempo influencia y determina las formas de hacer pareja, antes, ahora y siempre. Somos sujetos integrados en una sociedad que evoluciona y, por lo tanto, existe una relación constante entre individuo y entorno. Es evidente que en esa constante vinculación se produzcan influencias que determinen cambios en el ser humano, ya sea en su forma de pensarse a sí mismo y plantearse frente a la realidad, como también en otros aspectos; entonces ¿por qué si se moderniza la sociedad no se va a modernizar la sexualidad y con ella la terapia sexual ofrecida por profesionales?

Los cambios que se producen a través de la vida de un sujeto, también determinan el ámbito sexual. Aspecto que se relaciona con lo contextual y que determina ciertos patrones de conducta que se repiten, durante algún tiempo, o cambian en las generaciones.

Lo anterior demuestra que la trayectorias sexuales se ven estrechamente influidas por el ámbito social en el cual se encuentran y sufren transformaciones a medida que pasa el tiempo, por lo que sería más probable encontrarse hoy en día con formas muy distintas y diversas de vivir la sexualidad y no esperar que se repitan los mismos patrones de acuerdo a etapas del desarrollo humano o de la relación en pareja, como podría esperarse si solo se tratara de una expresión de naturaleza biológica (De la Espriella, 2008).

1.3. Pareja y Cambio de Uniones.

En el ámbito de la sexualidad es prioritario contar con una perspectiva amplia para determinar el espacio en el cual se va a situar el terapeuta para comprender el concepto de relación. Una de las cosas más cambiantes dentro de la sexualidad es la relación de pareja, puesto que ésta cambia constante e

ineludiblemente, demandando al terapeuta un esfuerzo adicional y permanente de investigación y renovación. Por otro lado, a nivel individual, la forma de ser y hacer pareja nos da información acerca de cómo el sujeto se representa a sí mismo y su sexualidad.

La noción de pareja ha ido desplazando a la de matrimonio y está en constante transformación. La idea de la falta de compromiso entre los individuos en la sociedad actual es un tema de gran interés. Actualmente una pareja tiene la opción de decidir a cada minuto si quiere o no estar junto al otro, pues existe la opción de la separación, e incluso el divorcio. La relación pone a ambos sujetos en la tarea de actuar en función de cuidar y mejorarla, de reflexionar y sentirse unido al otro por convicciones verdaderas (Dimidjian, 2009).

Así, estaríamos asistiendo a un cambio en la pareja, donde si bien la institución matrimonial se practica menos, sí existe la aspiración a emparejarse. Esto llevaría a una complejización y desestandarización de los recorridos sexuales y afectivos, y cada vez más se combinarían la secuencia de vida conyugal y vida sin pareja estable.

Más recientemente, en las últimas décadas, el ideal del matrimonio por amor cambia progresivamente para convertirse en el de la pareja por amor. Bozon (Bozon, 2006), para aproximarse a esta reconceptualización usa la expresión “pareja subjetiva contemporánea” queriendo dar cuenta con este término de la transformación en la conyugalidad en las sociedades occidentales, indicando que el elemento constitutivo de la pareja habría pasado a una definición más interna y subjetiva (Manzo, 2004). Entonces, la pareja contemporánea se caracteriza por la referencia al sentimiento amoroso y por la importancia creciente que adquieren los intereses individuales de la relación de pareja y el papel de sexualidad en sí mismo. Este autor sostiene que se ha producido una inversión en la relación entre sexualidad y matrimonio: antes la última otorgaba el derecho a la actividad sexual; en la actualidad, la primera dio pie a la segunda. El concepto de pareja por amor y la

diversidad de formas de ser y hacer pareja, se puede vivir juntos o separados, tener o no hijos, elegir una pareja heterosexual u homosexual, tener prácticas sexuales de diferente tipo, sin el antiguo peso de la moral y bajo la idea de que el deseo y el placer sexual deben ser recíprocos, además la pareja podrá elegir o no la fidelidad.

La perspectiva constructivista, se acomoda bastante bien a esta forma de pensar y para su abordaje terapéutico. Dentro de esta metodología de trabajo se posibilita el ser y hacer pareja de un modo único, basándose en que será el sujeto quien construirá la forma que le de sentido para la búsqueda y logro de la complementariedad. Por otro lado, en lo que se refiere al proceso terapéutico, justamente el reconocer la proactividad de un individuo en la forma en que se vive su sexualidad y establecer sus vínculos, es lo central en un análisis clínico, aspecto que hace relevante que un terapeuta conozca y este informado acerca de la versatilidad y tendencias que existen hoy en día en los tipos de uniones.

OBJETIVO

De lo anteriormente expuesto surge la inquietud por revisar el estado actual de los tratamientos psicológicos eficaces en el área de la sexualidad individual y de pareja. Como objetivo secundario se plantea el conocer las formas de ser y hacer en pareja hoy en día, entendiendo que saber manejar estos aspectos son relevantes para el quehacer terapéutico diario.

2. METODOLOGÍA

2.1. Proceso de búsqueda

Durante los meses de junio y julio de 2018 se llevó a cabo un proceso de búsqueda bibliográfica sobre artículos que analizaran las estrategias y habilidades en material relacionada con la terapia sexual y de pareja. En una primera fase, se efectuó una búsqueda inicial para tener una aproximación del volumen de información y poder identificar y definir los criterios de selección y las palabras en la selección de los artículos. En una segunda fase, se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las siguientes

bases de datos electrónicas: Dialnet, Medline y PsycINFO.

Estos descriptores produjeron un grupo inicial de artículos que fue reducido en función de los criterios de inclusión. Inicialmente se filtraron los artículos por el título y el resumen y posteriormente por el contenido completo de los mismos (ver Figura 1).

2.2. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión utilizados fueron los siguientes:

- Artículos que constituyeran revisiones bibliográficas o metaanálisis o artículos de investigación que incluyan tratamientos psicológicos validados para la pareja sexual o en la esfera de la sexualidad individual.
- Artículos publicados en inglés o español.
- Artículos con acceso gratuito.
- Artículos de los últimos 10 años.

Fueron excluidos, por tanto, los artículos a propósito de un caso.

2.3. Descripción de artículos seleccionados

De los veinte artículos seleccionados, cuatro de ellos son revisiones bibliográficas; el resto son artículos de investigación con un diseño transversal.

De estos dieciséis estudios, tres de ellos hablan de las disfunciones sexuales, diez de ellos de los tratamientos en pareja y otros tres tratan la sexualidad desde la esfera más individualista.

3. RESULTADOS

3.1. TRATAMIENTOS EMPÍRICAMENTE VALIDADOS

3.1.1. DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS

Trastornos de la excitación sexual

A continuación, resumiremos los tratamientos más habituales respecto al trastorno de erección.

Trastorno de la erección

La mayor parte de los tratamientos suelen incluir a ambos miembros de la pareja, siendo escasos los trabajos de terapia centrados exclusivamente en el hombre. Para el tratamiento de varones de forma individual, las estrategias de tratamiento incluyen modificación de actitudes sexuales, ejercicios de masturbación y entrenamiento en habilidades sociales (Rosen & Leiblum, 1995). Las técnicas terapéuticas más utilizadas en los tratamientos psicológicos para la disfunción eréctil son: la focalización sensorial y la desensibilización sistemática. Otros elementos que se utilizan son las tareas conductuales, educación sexual y el entrenamiento en comunicación (Heiman & Meston, 1997). Uno de los aspectos que llama la atención en relación con los trastornos eréctiles es que los tratamientos psicológicos han disminuido como fenómeno de investigación ante la creciente medicamentación de éstos. Esta tendencia se debe en parte a la implicación de especialistas médicos, como urólogos y cirujanos vasculares en el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos, como a la negativa de muchos hombres y sus parejas a considerar antecedentes emocionales como parte del problema. Tampoco hay estudios que comparen la eficacia de los tratamientos médicos con las terapias sexuales psicológicas (García Higuera, 2002; Heiman & Meston, 1997; Manzo, 2004; Rosen & Leiblum, 1995).

Respecto a los tratamientos relacionados con la erección, podemos señalar que los más eficaces son:

- TRE (Terapia Racional Emotiva). Eficaz en disminuir la ansiedad y en aumentar la proporción éxitos/intentos de coito (Everaerd & Dekker, 1981; Manzo, 2004; García Higuera, 2002)

- Desensibilización sistemática (Auerbach & Killman, 1977), que se ha mostrado eficaz para disminuir la ansiedad y aumentar la proporción éxitos/intentos (García Higuera, 2002; Manzo, 2004;).

- Programas educativos con o sin programas de habilidades sociales (Goldman & Carroll,

1990), de relación interpersonal (Kilman et al, 1986) e intervenciones con mínimo contacto terapéutico (García Higuera, 2002; Takefman & Brender, 1984;).

Trastorno del orgasmo

A continuación, señalamos los tratamientos mas eficaces en los trastornos del orgasmo:

Eyacuación precoz

- Técnica de “parada y arranque” de Semans (Semans,1956).

- Técnicas de “compresión” y “compresión basilar” (Masters & Johnson, 1970), combinada con “focalización sensorial y sexual” y aspectos educativos (Halvorsen & Metz, 1992). Sus investigaciones obtuvieron como resultado un 98% de éxito al finalizar el tratamiento y 97% de éxito a los 5 años de seguimiento. Desafortunadamente, estos autores no trabajaron con grupo de control.

En otro estudio, Yulis (Yulis, 1976) combinó la técnica de compresión de Masters & Johnson con entrenamiento en asertividad y halló que al finalizar el tratamiento, lograban control sobre su eyacuación en 80 a 100% de sus encuentros sexuales. Sin embargo, los estudios de seguimiento para la técnica de compresión demuestran que los resultados no se mantienen a largo plazo, requiriendo de refuerzo posterior (Heiman & Meston, 1997; Manzo, 2004).

Por último, no hay estudios que comparen la terapia farmacológica y la psicológica o que analicen el efecto de la combinación de ambas (Labrador & Crespo, 2001).

Trastorno orgásmico en el hombre

En lo que respecta a la eyacuación retardada, no existen estudios controlados de tratamientos psicológicos o médicos, aparentemente debido a que esta disfunción presenta una escasa prevalencia. (Labrador & Crespo, 2001; Heiman, 2002).

Un ejemplo de modalidad de tratamiento es el de Masters & Johnson (Masters & Johnson,1970), que consiste en focalización

sensorial y genital, junto con la estimulación precoital del pene y modificaciones en la realización del coito. La terapia frecuentemente se centra en reducir la ansiedad de ejecución, en conjunto con aumentar el nivel de estimulación genital (Rosen & Leiblum, 1995; Manzo, 2004).

3.1.2. DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS

Trastorno del deseo sexual

A continuación, señalamos los tratamientos mas eficaces en los trastornos del deseo sexual:

Trastorno del deseo sexual hipoactivo

La prevalencia de esta disfunción ha aumentado, aún cuando faltan estudios científicos que clarifiquen y afinen su diagnóstico. En relación a los tratamientos, la evidencia experimental disponible sólo avala con claridad la eficacia del tratamiento combinado de Hurlbert & cols. 1993 citado por Manzo 2004 ara este trastorno (Labrador & Crespo, 2001; Beck, 1995; Manzo 2004). Este tratamiento consiste en un programa cognitivo-conductual denominado “entrenamiento en consistencia del orgasmo” que busca incrementar la satisfacción sexual, la intimidad y las habilidades sexuales de la pareja. Utiliza entrenamiento en masturbación para la mujer, ejercicios de focalización sensorial, técnicas para incrementar el control del varón y la técnica de apuntalamiento durante el coito. Se ha mostrado eficaz, manteniéndose los resultados a los 6 meses y es mejor en pareja que en mujeres solas.

Trastorno de la excitación sexual

No hay estudios controlados en psicología. Rosen & Leiblum 1995 refieren que, dificultades en la excitación sexual en las mujeres podrían beneficiarse con intervenciones que aumenten la excitación generalizada junto con abordar las expectativas acerca de la excitación sexual.

Trastorno del orgasmo

A continuación, señalamos los tratamientos mas eficaces en los trastornos del orgasmo:

Trastorno orgásmico femenino

La terapia sexual que actualmente se imparte ha logrado excelentes resultados. Es así como la disfunción orgásmica primaria cumple con la designación de “*bien establecida*” y la secundaria (mujeres que experimentan orgasmo infrecuentes o situacionales) cumple con la designación de “*probablemente eficaz*” (García Higuera, 2002; Heiman, 2002;). Diversos estudios han constatado la eficacia del entrenamiento guiado en masturbación en mujeres con trastorno orgásmico primario, ya sea en sesiones individuales, en parejas, grupos o incluso autoaplicado con ayuda de vídeos. Con frecuencia, estos programas suelen incluir entrenamiento del músculo pubococcígeo con técnicas de autoestimulación, a veces complementadas con el uso de vibradores. Alrededor del 90% de las mujeres tratadas con estos programas han alcanzado el orgasmo tras el entrenamiento (LoPiccolo, & Lobitz, 1978; Manzo, 2004).

Sin embargo, los porcentajes de éxito disminuyen cuando se evalúa la capacidad para alcanzar el orgasmo a través de la estimulación manual u oral por parte de la pareja, o cuando se intenta inducirlo durante el coito sin estimulación manual. Por lo anterior, en algunos casos, puede ser útil recurrir a la técnica de apuntalamiento para propiciar el orgasmo en el coito (Labrador & Crespo, 2001). Como resumen, el tratamiento con masturbación dirigida consiste en una serie de ejercicios que contemplan la exploración visual y táctil del cuerpo para gradualmente comenzar a estimular los genitales con el uso eventual y optativo de un vibrador (LoPiccolo & Lobitz, 1978; Manzo, 2004). Ante la anorgasmia secundaria, se aplican programas espectro ajustados a las características del caso y en las que se incluye la terapia de *Masters & Johnson* 1970. Un aspecto que continúa siendo objeto de controversia y que influye en el criterio de éxito con que se valora un tratamiento, es el

énfasis que se otorga a la capacidad de orgasmo coital en la mujer (Rosen & Leiblum, 1995), aspecto aún no resuelto.

Trastornos sexuales por dolor

A continuación, señalamos los tratamientos mas eficaces en los trastornos del dolor:

Dispareunia

No existen investigaciones adecuadas que den cuenta de la eficacia de los tratamientos psicológicos para estas disfunciones. (Labrador & Crespo, 2001; Heiman, 2002). Aun cuando existan causas principalmente biológicas en su incidencia, hay que tomar en cuenta que a la dolencia física se asocia una respuesta psicológica condicionada. Por lo tanto, los investigadores señalan que, junto con el tratamiento médico, se requiere asociar con una terapia cognitivo-conductual que permita llevar a cabo el coito y eliminar la ansiedad condicionada y la falta de activación frecuentemente asociadas a este problema (García Higuera, 2002; Rosen & Leiblum, 1995).

Una submodalidad de tratamiento es la aplicación de biofeedback perineal, que puede ser efectivo cuando existe hipertonicidad de los músculos de la pelvis (Heiman, 2002; Manzo, 2004).

Vaginismo

Muchos autores distinguen vaginismo primario (en todas las situaciones) del secundario o situacional, donde algún grado de penetración es posible (ej. inserción de tampones). En relación a la terapia sexual que se practica con esta disfunción, existe concordancia entre los investigadores de que el uso diario de dilatadores vaginales de tamaño creciente sería muy efectivo. Esto junto con desensibilización sistemática, desensibilización in vivo y elaboración terapéutica parecen ser importantes en la terapia. A su vez, el entrenamiento en relajación y ejercicios de Kegel o entrenamiento del músculo pubococcígeo favorecen los resultados (García Higuera, 2002; Heiman, 2002; Manzo, 2004; Rosen &

Leiblum, 1995). El éxito terapéutico se mide de acuerdo al resultado, es decir, de acuerdo a la posibilidad de tener relaciones sexuales (Heiman & Meston, 1997). En los últimos años se ha estado probando un tratamiento con la aplicación de biofeedback perineal, pero no hay datos empíricos a la fecha (Heiman, 2002).

3.2 OTROS TRATAMIENTOS

Siguiendo a Pérez y Perissutti.

Experimentación psicoanalítica (1931-1966). Empieza a surgir una pequeña corriente de terapeutas psicoanalíticos que comienza a interesarse por el proceso de elección de pareja, el significado del matrimonio y los efectos del psicoanálisis en la vida conyugal. Por otra parte, se empiezan a intervenir en la pareja en un formato individual, pero de forma sincronizada con ambos miembros del matrimonio. Posteriormente psicoanalistas trabajan con los dos cónyuges a la vez, algo que resulta muy novedoso en este estilo de tratamiento.

Incorporación de la terapia familiar (1963-1985). En esta fase aparece la terapia familiar. Esta forma de terapia supone un gran cambio. Numerosos autores crean teorías acerca del funcionamiento familiar, las características que tiene los matrimonios en armonía y los principios a tener en cuenta para intervenir en conflictos maritales.

Refinamiento, extensión, diversificación e integración (1986-2002). En esta etapa han aparecido tres tipos de intervenciones: terapia conductual marital, enfocada a las emociones y de pareja centrada en el insight. Estas formas de intervención siguen modificando sus técnicas y sus teorías en base a nuevas investigaciones.

Teoría de los procesos intrapsíquicos. Los clínicos seguidores de esta corriente adoptan una actitud distante y pasiva, sin dar ninguna pauta de comportamiento.

Teoría directiva. El terapeuta guía a los pacientes hacia la solución del problema, pero no da directrices para solucionarlo. El objetivo principal de este tipo de terapias es

conseguir el insight y modificar los conflictos inconscientes y las dinámicas relacionales que generan sufrimiento.

Terapia conductual. Este estilo terapéutico utiliza el intercambio conductual y el entrenamiento en resolución de problemas y comunicación. (Morón, 2006). [L]^[SEP]Para Liberman 1970 la eficacia en la terapia de pareja reside en la oportunidad de producir cambios conductuales en los participantes por medio de una reestructuración básica de sus ambientes interpersonales. Bajo este punto de vista, una terapia tiene éxito porque modifica las contingencias de refuerzo entre los conyuges.

Terapia emocionalmente enfocada o terapia centrada en las emociones. Hace hincapié en eliminar los patrones repetitivos de interacción y crear un nuevo patrón más flexible que responda a las necesidades de cada cónyuge; transforma las respuestas emocionales que provocan esos patrones y se centra así mismo en intentar desarrollar un vínculo emocional seguro.

Terapia sistémica Se centra en manejar el motivo de consulta, promover un cambio que favorezca la metacomunicación, redefinir y evitar las interacciones rígidas, intentar mantener la coherencia entre la definición de los integrantes como pareja y la expectativa de los miembros que la organizaron dentro de un proyecto vital compartido. De no ser posible, mantener la unión o procurar una separación con el menor grado de dolor posible. [L]^[SEP]Un aspecto central en este modelo es considerar la pareja como un subsistema abierto del sistema principal que es la familia. Según Cusinato (1992) el aspecto más innovador de esta terapia está en la epistemología basada en una nueva modalidad de observación, en este caso se hace hincapié en la forma de interacción que se encuentra en el sistema.

Terapia cognitiva sistémica. Bajo esta perspectiva se aborda la terapia de pareja prestando especial atención a las construcciones cognitivas que tienen los miembros de la pareja, sobre lo que para ellos debe ser la relación, para después hacer una reestructuración en las construcciones

irracionales. El aspecto clave de este modelo sería, según Pinto Tapia (2000), añadir los factores cognitivos que hacen posible comprender la lógica que origina los problemas en la relación, prestando atención a las jerarquías relacionales de la pareja y centrarse en los aspectos de la comunicación. Terapia de pareja conductual, ya comentada anteriormente. Terapia de pareja integrativa, ya comentada anteriormente. Terapia de pareja centrada en el insight, ya comentada anteriormente.

El mindfulness es una técnica milenaria procedente de distintas religiones y filosofías orientales y occidentales, aunque es el budismo el que más influencia ejerce en esta técnica. Hace referencia a la atención y conciencia plena del aquí y ahora, sin entrar a valoraciones ni juicios. Según O'Kelly y Collard (O'Kelly, 2012) las relaciones, a lo largo de su trayectoria, tienen que enfrentarse a numerosos factores estresantes. Con esta técnica se logra un mayor manejo de estas situaciones paliando los efectos que estos provocan en la relación de pareja, además ayuda a que cada cónyuge sea consciente de la forma de interacción que tiene con su pareja y esta con ella. También mejora el auto-control (Riva Gutiérrez, 2012).

4. DISCUSIÓN

Tras una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el estado actual de la terapia sexual desde la perspectiva de tratamientos eficaces, surgen diversas inquietudes.

Llama la atención la escasez de investigaciones en terapia sexual. Y no se entiende muy bien por qué, porque es un terreno fértil y propicio para nuevos hallazgos. Los psicólogos tienen en esta área mucha importancia, al igual que los médicos en el tratamiento de estas alteraciones, de forma conjunta y siguiendo el mismo hilo conductor. Además, se está desaprovechando la posibilidad de realizar investigaciones futuras conjuntas, para evaluar la eficacia de los tratamientos impartidos (Scharff, 2013).

La sexualidad es una parte central de nuestro bienestar e influye en la calidad de vida y por supuesto en la relación de pareja.

La prevalencia de sus disfunciones no es nada desdeñable, con lo que sería interesante destinar fondos para su investigación.

Pese a que Masters & Johnson dejaron como legado un gran aporte en relación al tratamiento de disfunciones sexuales, alcanzando un nivel de éxito terapéutico muy alto y poco visto en el terreno de la psicología, resulta necesario validar estos aportes científicos con estudios referentes a la metodología, rigurosos, para con ello poder ampliar el espectro de terapias eficaces (Heiman & Meston, 1997; Manzo, 2004). Hay que apostar por la rigurosidad metodológica, con grupo de control, o con mediciones adecuadas; resulta importante por ello, adoptar criterios estándares para el diagnóstico de las disfunciones sexuales, ya que en las investigaciones publicadas hasta la fecha esto suele ser la excepción. Dado que los problemas sexuales que se abordan en terapia son más complejos, se requieren nuevos abordajes. Y, a colación, de esto, otro problema encontrado es el “reduccionismo” con el que se está abordando la terapia sexual. Se da especial importancia a aspectos estrictamente sexuales, sin embargo, es necesario seguir investigando acerca de ideas irracionales, pensamientos disfuncionales y estilos explicativos que permitan describir y explicar el funcionamiento sexual para avanzar en la eficacia de las terapias.

A su vez, sería interesante el uso de tecnología avanzada como la desensibilización con realidad virtual, recursos que han demostrado su eficacia en otros trastornos, como fobias simples o trastornos alimenticios.

Otro aspecto importante de señalar es la escasez de estudios en disfunciones sexuales femeninas (Andersen & Cyranowski, 1995; Carey, 1997; Labrador & Crespo, 2001;). Probablemente, esto se relaciona con factores socioculturales, asociados a los roles de género tradicionales, donde la mujer tendría, aún hoy, menos permisos para disfrutar de su sexualidad y más tabúes en sus espaldas, y el hombre tendría que soportar más exigencias. A medida que se adquiere más conocimiento y conciencia de los mitos sociales sería importante dar pasos hacia un mayor

conocimiento de la sexualidad femenina. Paralelo a ello, habría que profundizar en el estudio de los aspectos sociales y culturales que inciden en la etiología y abordaje terapéutico de las disfunciones sexuales (Sharif, 2013).

Otra cuestión interesante a analizar es que el terapeuta debe ser capaz de considerar aquello que la persona y/o pareja define como problema sexual, satisfacción sexual y aquello que definirá como éxito en el tratamiento, que puede variar en los diferentes casos. Es posible que la obtención del orgasmo no sea el único criterio a evaluar y que resulte importante incorporar en el diagnóstico, tratamiento y evaluación los aspectos afectivos, emocionales y relacionales que han sido pospuestos hasta la fecha (Dimidjian, 2008; Scharff, 2008;).

Esto requiere un enfoque metodológico que piense a los sujetos como distintos y únicos, que otorga a los sujetos la oportunidad de construir su forma de vivir. Así mismo, se produce un espacio al reconocimiento de las influencias venidas desde lo contextual y que generan transformaciones permanentes en los sujetos. Resulta importante tener conocimiento sobre las distintas posibilidades en lo referente al vínculo, de las trayectorias sexuales y de que estas tienen como característica central su versatilidad. La magnitud de la problemática sexual reconoce la necesidad de un abordaje clínico integrado, siendo necesario contar con aportes desde diversas áreas de especialidad, como son la biología, la psicología y lo sociocultural. El uso que se hace de los mismos debe ser como una construcción social, en donde existe una relación entre los elementos sexo-individuo-cultura. Así, se puede entender que la manera en que el cuerpo responde sexualmente, es fruto principalmente del aprendizaje social, sin desmerecer de todas formas la relevancia de la naturaleza biológica en este comportamiento humano.

También, el ámbito sexual se puede pensar como una construcción individual, a partir de los planteamientos sobre la relación existente entre sexualidad e individualidad, en donde la orientación íntima y la influencia de las

experiencias sexuales previas, son determinantes a la hora de establecer la trayectoria sexual del sujeto y organizar las uniones que van a desarrollarse a lo largo de su vida. Se concibe al individuo como constructor de su propia sexualidad, dueño de su propio erotismo. Esto son las trayectorias sexuales, aspecto central en la construcción personal, que requiere estar constantemente acomodándose a los estilos eróticos personales, y al mismo tiempo deben adaptarse a las formas de sexualidad en el encuentro con otro, que también aporta sus propias trayectorias y preferencias sexuales.

En el ámbito de la terapia sexual, esto obliga al terapeuta a investigar los modos que cada uno de los involucrados en la pareja con respecto a la forma de vivir su propia sexualidad, además de tolerar y respetar sus individualidades, situación que lleva al cuestionamiento sobre el lugar desde el cual se debe situar un proceso clínico y el profesional que lo dirige, lo que implica un gran desafío para los profesionales que se desempeñan en este ámbito. Por ello cobra tal relevancia, como decíamos anteriormente que el terapeuta conozca y maneje estos antecedentes, para poder abordar de manera coherente el proceso clínico y saber desde qué lugar intervenir (Scharff, 2008; Sharif, 2013).

Desde la perspectiva constructivista, los profesionales idean sus intervenciones, inicialmente movidos por interés personal y de forma autodidacta. Este enfoque muestra coherencia entre sus planteamientos sobre las formas de concebir al sujeto y su emocionalidad, con las transformaciones y su versatilidad que hoy en día, hay que manejar para introducirse dentro del mundo de la sexualidad humana.

A diferencia de las contribuciones preexistentes, esta perspectiva permite concebir al ser humano y pensar al sujeto de una manera más coherente y en armonía con los planteamientos más actuales sobre el individuo, la pareja y sus influencias. También reconoce las diferencias individuales, dando importancia a la individualidad en el proceso de hacer pareja, pero sin desmerecer la importancia de lo

social (Irma Palma, 2009). Concibe a la pareja con la posibilidad de ir sufriendo cambios permanentes en su historia y en donde cada miembro es un ser independiente y que aporta a la relación a través de un proceso reflexivo. Esta forma de pensar a la pareja permite coherencia a la hora de hacer terapia. El estar en pareja permite que se desplieguen los “estados interpersonales” con el objetivo de satisfacer el erotismo. Se puede pensar pues que es precisamente este estado interpersonal, la zona para la emergencia de lo erótico en la otra persona, y por lo tanto de la ocurrencia de los dos estados interpersonales posteriores, dando así paso a la confirmación del deseo y posibilidad de lograr la complementariedad de la relación. El vínculo existente entre dos personas de manera estable siempre se va a mover buscando reiterar este ciclo de manera recursiva. Para el proceso terapéutico, todo lo anterior se convierte en un importante aporte puesto que permite comprender conceptos que movilizan a los sujetos en el espacio de la pareja y de la sexualidad además de encuadrar, de alguna manera, los movimientos a partir de los cuales una relación interpersonal funciona y es adaptativa además de coherente con los cambios sociales. Otra cuestión interesante de esta visión es que otorga suma importancia a la formación del terapeuta y al desarrollo de su capacidad empática (O’Kelly, 2012).

Los planteamientos anteriores son exigencias generalizadas en un proceso terapéutico ya sea individual y/o sexual en pareja, desde la propuesta constructivista, por lo que se hace uso de ellos en el marco de cualquier proceso clínico que se enmarque dentro de este enfoque. Lo que diferencia esta propuesta clínica para la sexualidad, de otros abordajes son los conceptos, procesos y estructura para la psicoterapia que propone.

El concepto de pareja generativa, se instala de manera novedosa con la llegada de la teoría Constructivista Cognitiva, convirtiéndose así en un ideal de pareja. Se propone una estructura de abordaje directamente dirigido sobre la temática de la sexualidad.

En el caso de la terapia sexual, el enfoque constructivista trabaja con dos terapeutas de ambos sexos, para dirigir el proceso. Lo que motiva esta condición tiene que ver con situaciones que pueden surgir en el proceso de terapia. La primera tiene que ver con la necesidad de que exista una identificación por parte de los pacientes con el terapeuta del mismo sexo, la segunda circunstancia alude al manejo del vínculo terapéutico, y la tercera tiene más relación con evitar que se produzca una tendencia de género, además de lo positivo que resulta el trabajo en equipo. Al referirse a terapia sexual, lo que se busca es el foco de tratamiento orientado a las problemáticas en torno a esta área de la vida de los pacientes en lo relacionado al plano erótico, afectivo y social. Ciertamente es que estos planteamientos están orientados a la intervención de problemáticas sexuales en pareja, sin embargo, no son excluyentes de abordar otros tipos de uniones, es decir no desconocen la existencia de otras formas de vínculo, que pudiesen ser objeto de esta clínica terapéutica (Riva Gutiérrez, 2012).

Es importante mencionar las principales diferencias que tiene esta propuesta de abordaje en terapia sexual, con respecto a las proposiciones previas. En primer lugar, se encuadra desde una epistemología distinta, lo que hace que se conciba y enfrente la problemática de la sexualidad de una forma distinta, mucho más integrada, a la par social e individual. En segundo lugar, sus planteamientos son coherentes con la forma de experimentar la sexualidad y además, si ésta experimenta cambios, logra integrarlos. Por último, entiende como foco de tratamiento la problemática en el ámbito de la sexualidad como expresión del malestar en lo relacional, dando así un abordaje más íntegro y completo. Es similar a las propuestas anteriores en la forma de enfrentar la clínica, con dos terapeutas y en el uso de algunas técnicas cognitivo conductuales, siempre y cuando estas sean pertinentes y para el beneficio de la terapia en casos muy puntuales. Y en lo relativo a los enfoques psicológicos, el constructivismo cognitivo se diferencia en presentar una proposición directamente dirigida a la sexualidad, tanto

en lo teórico, como en lo terapéutico. No solamente da sustento técnico a la hora de dar respuesta a los pacientes, sino que también entrega a los profesionales que se desempeñan en esta área, una propuesta que proporcione un encuadre epistemológico, teórico y práctico, que de alguna manera pueda determinar la forma de dar significado, comprender y clasificar las problemáticas de la sexualidad y de la pareja. En este sentido, y con lo conocido hasta la fecha, se puede sostener que el enfoque Constructivista Cognitivo sí puede ser una alternativa viable de abordaje del ámbito sexual (Pérez, 2009; Sharif, 2013).

Haciendo alusión directa a este manuscrito, considero como principal aportación la asociación con esta revisión de los tratamientos psicológicos disponibles hasta la fecha como terapia individual y de pareja, sin encontrarlo previamente unificado en ningún otro trabajo. Otra fortaleza fundamental es que se reconoce y se expone la necesidad de realizar un abordaje multidisciplinar. Entre las limitaciones, de forma principal, la dificultad de encontrar bibliografía al respecto de buena calidad.

Como reflexión final y habiendo dejado constancia a lo largo de todo el texto de que la sexualidad es un área de tal magnitud, que es imperioso reconocer la necesidad de un abordaje integrado en lo clínico y de incluso proponer como subespecialidad en lo relativo a la formación, se puede comprobar que tanto en el ámbito de la pareja como en otros ámbitos psicológicos existen muchos campos que aún no han sido analizados ni ampliamente estudiados, así como comportamientos que aún no han sido descritos, resultados de estudios que aún no han sido comparados... La investigación es el camino más significativo del aprendizaje, y el verdadero motor de una ciencia.

5. BIBLIOGRAFÍA

Carey, M. (1997). Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos sexuales. En Caballo, V.E, Ed. Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. (Pp 267 – 298). Madrid: Siglo XXI Editores.

Cordova, J. (2002). Behavior analysis and the scientific study of couples. *The Behavior analysis today*, 3, 412- 420.

De la Espriella, R. (2008). Terapia de pareja: abordaje sistémico. *Rev. Colomb. Psiquiat*, 37, 175-186.

Dimidjian, S., Martell, C.R. & Christensen, A. (2008). Integrative Behavioral couple therapy. In Gurman, A. & Jacobson, N.S. (Eds). *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 221–250). New York: Guilford Press

García Higuera (2002). La terapia de pareja, desde una perspectiva cognitivo conductual. La estructura de la pareja. The structure of couple: Implications for cognitive behavioral therapy. *Revista Clínica y Salud*.

Kilmann, P.R., Boland, J.P., Norton, S.P., Davidson, E., & Caid, C. (1986). Perspectives on sex therapy outcome: a survey of AASECT providers. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 12, 116-138.

Labrador, F.J., & Crespo, M. (2001). Tratamientos Psicológicos Eficaces para las Disfunciones Sexuales. *Psicothema*, 13, 428-441.

Manzo, Caterina; Yulis, Claudia. (2004) Actualizaciones en terapia sexual. *Terapia Psicológica*, vol. 22, núm. 193-203 Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Santiago, Chile.

Masters, W., & Johnson, V. (1970). Incompatibilidad sexual humana. Buenos Aires: Editorial Intermédica.

Morón, R. (2006). Terapia integral de pareja. *EduPsykhé*, 5, 273-286.

O'Kelly, M., & Collard, J. (2012). Using Mindfulness with Couples: Theory and Practice. In Vernon, A. (Ed). *Cognitive and rational-emotive behavior therapy with couples: Theory and practice* (pp 17-31). New York: Springer.

Palma, I (2009). Terapia Sexual en pareja desde la perspectiva constructivista. Santiago de Chile.

Pérez, C., Castillo, J. A, & Davins, P. (2009). Psicoterapia psicoanalítica de pareja: teoría y práctica clínica. *Apuntes de Psicología*, 27, 197- 217.

Perissutti, C., & Barraca J. (2013). Integrative Behavioral Couple Therapy vs. Traditional Behavioral Couple Therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. *Clínica y Salud*, 24, 11-18.

Riva Gutiérrez, M. (2012). Efecto de la terapia conductual integrativa en la insatisfacción de la pareja. Universidad de Colombia. Tesis Doctoral.

Sharif, F., Soleimani, S., Mani, A., & Keshavarzi, S. (2013). The Effect of Conflict Resolution Training on Marital Satisfaction in Couples Referring to Counseling Centers in Shiraz, Southern Iran. *International Journal*

of Community Based Nursing and Midwifery (IJCBNM), 1, 26-34.

Scharff, J.S. & Scharff, D.E. (2008). Object relations couple therapy. In A.S. Gurman (Ed.). *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 167-195). New York: Guilford.

Wiederman, M.W. (1998). The state of theory in sex therapy. *The Journal of Sex Research*, 35, 88-99.

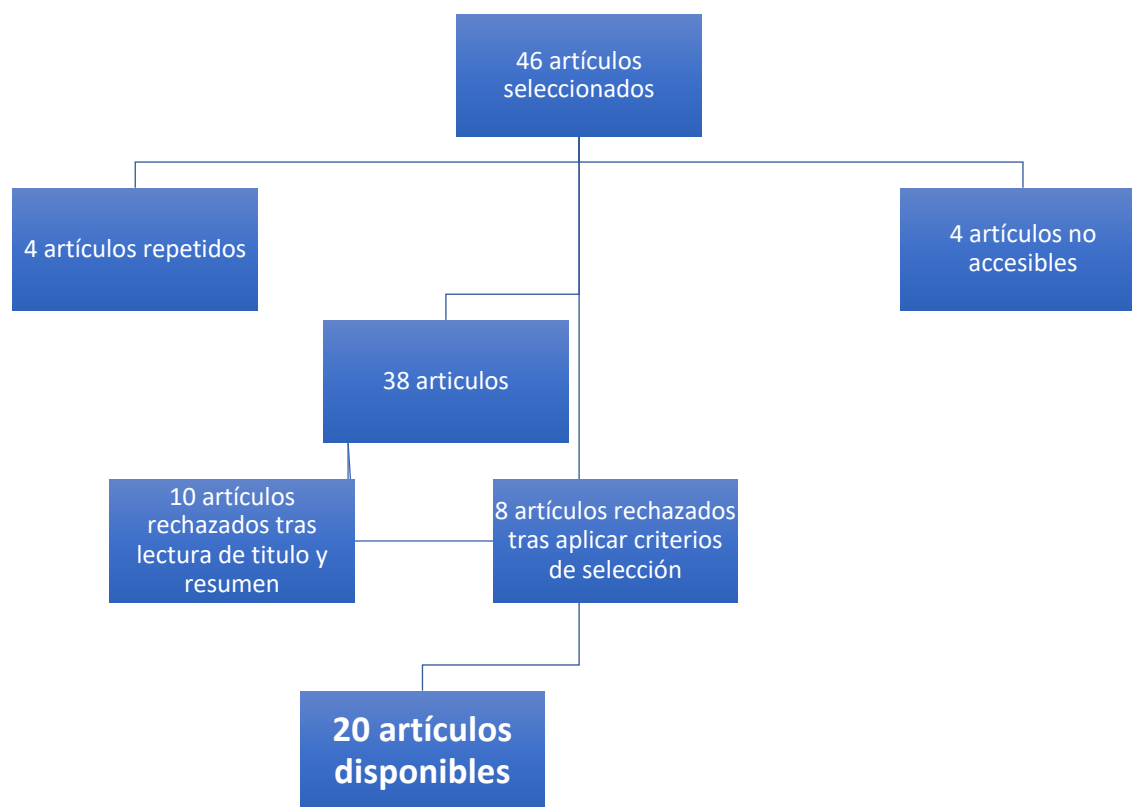


Figura 1. Descripción de artículos seleccionados.

Disforia postcoital sexual en la vida conyugal

Sexual postcoital dysphoria in the conjugal life

Gil Vera VD

PhD (C). Universidad Católica Luis Amigó. Medellín. Antioquía. Colombia.

Correspondencia

Víctor Daniel Gil Vera

Universidad Católica Luis Amigó.

Transversal 51ª N° 67b-90.

Medellín. Colombia

Dirección electrónica: victor.gilve@amigo.edu.co

Fecha de recepción: 8 de febrero de 2019. **Fecha de aceptación:** 3 de mayo de 2019

Resumen

Los sentimientos de angustia, tristeza y culpabilidad que embarga a algunos hombres y mujeres después del coito, es considerado un trastorno sexual cuyo nombre científico es disforia poscoital sexual (DPS), esta puede llegar a afectar la relación de pareja si no se conoce el por qué se producen estos tipos de sentimientos. Este trabajo tiene como objetivo presentar los resultados de investigaciones encontradas en la revisión del estado del arte para identificar las causas y consecuencias de la DPS. Se concluye que los efectos que genera la DPS una vez el clímax sexual o coito termina, se deben a una respuesta normal del cerebro una vez los efectos de la dopamina, endorfinas, oxitocina y prolactina comienzan a disminuir, el problema principal es que estos sentimientos lleven al maltrato físico o verbal, generando rechazo u odio hacia la pareja, situación que puede llegar a afectar considerablemente la vida conyugal.

Palabras clave: Comportamiento humano. Dopamina. Emociones postcoitales negativas. Sexo. Tristeza postcoital.

Abstract

The anguish, sadness and guilt feelings of some men and women after coitus, it is considered a sexual disorder whose scientific name is sexual postcoital dysphoria (SPD), this may affect the relationship if you do not know the why these kinds of feelings. The objective of this paper is to present the results of research found in the review of the state of the art to identify the causes and consequences of the DPS. This paper concludes that the effects generated by the DPS once the sexual climax or coitus ends, are due to a normal response of the brain once the dopamine, endorphins, oxytocin and prolactin effects levels begin to decrease, the main problem is that these feelings will lead to physical or verbal abuse, rejection or hatred toward the couple, a situation that can significantly affect the conjugal life.

Keywords: Human behavior. Dopamine. Negative postcoital emotions. Sex. Postcoital tristesse.

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

INTRODUCCIÓN

Para algunos autores, las emociones postcoitales negativas o disforia poscoital sexual (DPS) es entendida como un desorden psicológico, pero poco se conoce sobre su significado evolutivo, etiología y prevalencia (Fernandes, Kennair, Hutz, Natividade, y Kruger, 2016). La depresión, melancolía, culpabilidad, ansiedad e irritabilidad que pueden llegar a experimentar algunos hombres y mujeres, son algunos de los síntomas de la DPS.

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de una revisión sistemática de literatura (RSL) (Kitchenham, 2004; Staples y Niazi, 2007), la cual busca responder a la siguiente pregunta de investigación: P1. *¿cuáles son las principales causas y consecuencias de la DPS?* Se revisaron publicaciones en bases de datos científicas y publicaciones web especializadas.

El artículo concluye que a pesar de que se ha investigado poco sobre el tema, existe evidencia científica suficiente para afirmar que tanto hombres como mujeres pueden experimentar DPS. El malestar psicológico producido por la alteración de algunos neurotransmisores, abusos sexuales a temprana edad y predisposición biológica, son algunos factores asociados a la DPS.

METODOLOGÍA

Se empleó la metodología de la revisión sistemática de literatura (RSL), revisión sistémica, auditable y rigurosa que busca dar respuesta a una pregunta de investigación tomando como referencia investigaciones científicas realizadas con anterioridad. La pregunta de investigación considerada en este trabajo fue: P1. *¿cuáles son las principales causas y consecuencias de la DPS?* Se revisaron artículos, artículos de conferencias, libros y publicaciones web especializadas. Las bases de datos empleadas para la búsqueda de información fueron: Scopus,

IEEE y Web of Science. Las palabras claves de búsqueda fueron obtenidas a partir de los títulos de artículos y libros especializados sobre trastornos sexuales, posteriormente se obtuvieron sinónimos y palabras similares. Se conformaron cadenas de búsqueda con las combinaciones de las palabras: “postcoital dysphoria”, “negative postcoital emotions”, “sadness”, “human behavior”, “sex”, y “dopamine”, en el título, resumen y palabras clave. Las cadenas de búsqueda utilizadas fueron:

(1) (TITLE-ABS-KEY (postcoital dysphoria) AND TITLE-ABS-KEY (negative postcoital emotions)) > 1989

(2) (TITLE-ABS-KEY (postcoital dysphoria) AND TITLE-ABS-KEY (human behavior)) > 1989

(3) (TITLE-ABS-KEY (postcoital dysphoria) AND TITLE-ABS-KEY (sadness)) > 1989

(4) (TITLE-ABS-KEY (postcoital dysphoria) AND TITLE-ABS-KEY (sex)) > 1989

(5) (TITLE-ABS-KEY (postcoital dysphoria) AND TITLE-ABS-KEY (dopamine)) > 1989

RESULTADOS

De los resultados de la búsqueda se encontraron 5 publicaciones en bases de datos científicas. El país y el autor que registran el mayor número de publicaciones fueron *EEUU* y *Bhugra, Dinesh K.* del *King's College London*, Reino Unido. Se encontraron 15 publicaciones en páginas web especializadas. La Tabla 1, presenta los principales aportes realizados por algunos investigadores encontrados en la revisión de la literatura científica.

DISCUSIÓN

Según estudios realizados por Bird, Schweitzer y Strassberg (2011), la disforia poscoital sexual (DPS) tiene una correlación positiva con la angustia psicológica. Sin

embargo, los hallazgos confirman que en la actualidad la DPS está sub-reconocida y bajo investigación. Las reacciones y sentimientos poscoitales de las mujeres siguen siendo objeto de poca investigación (Bird et al., 2011). La DPS es la experiencia negativa a raíz de lo contrario a lo vivido en un coito satisfactorio (Sadock y Sadock, 2008).

Por lo general, en la mayoría de las personas se producen sensaciones de relajación y bienestar después del acto sexual, sin embargo, algunos pueden experimentar sentimientos de tristeza, alta irritabilidad, ansiedad, melancolía o culpabilidad, situación que los puede motivar a alejarse físicamente de su pareja o a manifestar insatisfacción a través de palabras o acciones (Waldherr y Neumann, 2007; Baldwin, 2001).

Las personas que padecen DPS pueden llegar a sentirse agitadas, ansiosas, melancólicas y molestas después de tener relaciones sexuales consensuales e inclusive pueden llegar a desarrollar un miedo a ser abandonadas (Barracough, 2017). La psicoterapia puede ser útil en el tratamiento de pacientes que conectan emociones negativas a la experiencia sexual (Barracough, 2017). Según Kirkness et al., (2008), muchas personas crecen con sentimientos de culpa y vergüenza por el sexo y el placer sexual. Existe una amplia gama de respuestas en el período de tiempo inmediatamente después de la actividad sexual, conocida como "*fase de resolución*" (Gander, 2017). A algunas personas les gusta acariciar, a otros les gusta estar solos y hay otros que experimentan DPS (Kirkness et al., 2008). Algunos autores comparan la DPS con el remordimiento del comprador, el cual se caracteriza por sentir depresión una vez se adquiere un objeto no deseado (Barracough, 2017).

En la investigación realizada por Rosen J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R., (2000) se concluyó que casi la mitad de las mujeres sexualmente activas del Reino Unido padecen DPS. El cambio hormonal que se produce después del orgasmo puede explicar la experiencia de algunos pacientes, pero la

ansiedad de otras personas puede durar horas después del sexo (Rosen J. Heiman, et al. 2000). La Tabla 2, resume algunas de las causas y consecuencias de la DPS encontradas en la revisión de la literatura.

CONCLUSIONES

La DPS puede generar tanto en hombres como en mujeres la falsa concepción de que el deseo o atracción sexual hacia su pareja está disminuyendo lo que puede deteriorar la relación si no se tiene conocimiento de los cambios que se producen en el cerebro inmediatamente culmina el acto sexual. Las personas que padecen DPS pueden llegar a manifestar actos de agresión física o verbal a su cónyuge, debido al desequilibrio emocional que experimentan, situación que se debe aprender a controlar para evitar el deterioro de la relación.

BIBLIOGRAFÍA

Baldwin, D. S. (2001). Depression and sexual dysfunction. *British Medical Bulletin*, 57(1), 81–99.

Barracough, C. (2017). Do you suffer from post-coital dysphoria? Retrieved July 24, 2017, from <http://www.bodyandsoul.com.au/sex-relationships/sex/do-you-suffer-from-postcoital-dysphoria/news-story/aee0d377795b1a2f1e84d34e46776dc2>

Bird, B. S., Schweitzer, R. D., y Strassberg, D. S. (2011). The Prevalence and Correlates of Postcoital Dysphoria in Women. *International Journal of Sexual Health*, 23(1), 14–25. <https://doi.org/10.1080/19317611.2010.509689>

Fernandes, H. B. F., Kennair, L. E. O., Hutz, C. S., Natividade, J. C., y Kruger, D. J. (2016). Are negative postcoital emotions a product of evolutionary adaptation? Multinational relationships with sexual strategies, reputation, and mate quality. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 10(4), 219.

Gander, K. (2017). Post-coital dysphoria: Why it is normal to sometimes feel miserable after sex. Retrieved July 17, 2017, from <http://www.independent.co.uk/life-style/love-sex/post-coital-dysphoria-miserable-after->

sex-sad-relationships-love-a7526501.html

Kirkness, J. P., Schwartz, A. R., Schneider, H., Punjabi, N. M., Maly, J. J., Laffan, A. M., ... Smith, P. L. (2008). Contribution of male sex, age, and obesity to mechanical instability of the upper airway during sleep. *Journal of Applied Physiology*, 104(6), 1618–1624.

Kitchenham, B. (2004). *Procedures for Performing Systematic Reviews*. Keele. Retrieved from [http://csnotes.upm.edu.my/kelasmaya/pgkm20910.nsf/0/715071a8011d4c2f482577a700386d3a/\\$FILE/10.1.1.122.3308\[1\].pdf](http://csnotes.upm.edu.my/kelasmaya/pgkm20910.nsf/0/715071a8011d4c2f482577a700386d3a/$FILE/10.1.1.122.3308[1].pdf)

Reinert, A. E., y Simon, J. A. (2017). “Did You Climax or Are You Just Laughing at Me?” Rare Phenomena Associated With Orgasm. *Sexual Medicine Reviews*, 5(3), 275–281. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.03.004>

Rosen J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D’Agostino, R. C. B. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex yMarital Therapy*, 26(2), 191–208.

Sadock, B. J., y Sadock, V. A. (2008). *Kaplan y Sadock’s concise textbook of clinical psychiatry*. Lippincott Williams y Wilkins.

Salvatierra Mateu, V. (1996). Sexuality and oral contraceptives [Sexualidad y contraceptivos orales]. *Toko-Ginecologia Practica*, 55(614), 457–467. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0029808918ypartnerID=40ymd5=f2a90c3452fedd7a40a73af8e6bd60fd>

Schweitzer, R. D., O’Brien, J., y Burri, A. (2015). Postcoital Dysphoria: Prevalence and Psychological Correlates. *Sexual Medicine*, 3(4), 235–243. <https://doi.org/10.1002/sm2.74>

Staples, M., y Niazi, M. (2007). Experiences using systematic review guidelines. *Journal of Systems and Software*, 80(9), 1425–1437. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2006.09.046>

Stermac, L., Blanchard, R., Clemmensen, L. H., y Dickey, R. (1991). Group therapy for gender-dysphoric heterosexual men. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17(4), 252–258. <https://doi.org/10.1080/00926239108404349>

Waldherr, M., y Neumann, I. D. (2007). Centrally released oxytocin mediates mating-induced anxiolysis in male rats. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(42), 16681–16684.

Tabla 1. Resultados de investigaciones

Investigación	Aporte	Referencia
Did You Climax or Are You Just Laughing at Me? Rare Phenomena Associated With Orgasm	Realizaron una revisión para identificar síntomas físicos o psicológicos inusuales experimentados subjetivamente por algunos individuos como parte de la respuesta al orgasmo. Identificaron la existencia de algunos síntomas como: cataplejía, llanto, disorgasmia, disforia, dolor facial y/o de oído, dolor de pie, cefalea, prurito, risa, ataque de pánico, síndrome de enfermedad post, convulsiones y estornudos.	(Reinert y Simon, 2017)
Postcoital Dysphoria: Prevalence and Psychological Correlates	Aplicaron una encuesta a 232 estudiantes universitarias de las cuales el 46 % afirmó que habían experimentado síntomas de DPS al menos una vez en su vida. Concluyen que la DPS está subvalorada y poco investigada, y se necesitan más investigaciones para comprender la experiencia subjetiva de la DPS.	(Schweitzer, O'Brien, y Burri, 2015)
Sexuality and oral contraceptives	Afirman que el deseo sexual disminuye en algunas mujeres debido a una disminución en la secreción de andrógenos endógenos y por efectos sexuales negativos como la disforia y la depresión.	(Salvatierra Mateu, 1996)
Group therapy for gender-dysphoric heterosexual men	Afirman que el tratamiento y el manejo clínico de hombres heterosexuales sexualmente disfóricos a menudo plantea un desafío clínico. Los pacientes disfóricos que persiguen diversas opciones de estilo de vida pueden buscar psicoterapia para lidiar con algunos de sus conflictos.	(Stermac, Blanchard, Clemmensen, y Dickey, 1991)

Fuente: elaboración del autor

Tabla2. Causas y Consecuencias (DPS)

	Causas	Consecuencias
DPS	- Abusos sexuales - Predisposición biológica - Malestar psicológico - Disminución del efecto de la dopamina, endorfinas, oxitocina y prolactina después del acto sexual	- Depresión - Ansiedad - Culpabilidad - Irritabilidad / Mal humor - Ataque de llanto - Baja autoestima - Rechazo hacia la pareja - Violencia física / verbal

Fuente: elaboración del autor

Efecto del ejercicio físico sobre la disfunción eréctil: revisión de conjunto.

Effect of physical exercise on erectile dysfunction: joint review.

Vila Cotillas A¹, Donat Colomer F¹, Orenga Orenga BJ¹

Departamento de Enfermería. Universida de Valencia. España.

Correspondencia

Francisco Donat Colomer

Dirección electrónica: francisco.donat@uv.es

Fecha de recepción: 17 de junio de 2019. **Fecha de aceptación:** 28 de junio de 2019

Resumen

Desde los inicios de la medicina se ha considerado que la actividad física, en forma de ejercicio físico programado ejerce un efecto beneficioso sobre la salud de las personas, relación que en nuestros días está suficientemente documentada. Sin embargo, es más reciente, y menos documentado el interés por las relaciones del ejercicio y la salud sexual. Considerando, además, dentro de este campo, la alta prevalencia de trastornos como la disfunción eréctil hemos considerado oportuno revisar el estado del conocimiento en torno a este tema. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica que pretende actualizar los conceptos sobre la disfunción eréctil y sus tratamientos, analizando el efecto sobre esta alteración del ejercicio físico primero en ausencia de otras patologías y después en presencia de aquéllas más prevalentes que influyen en la erección, tales como obesidad, hipertensión arterial, diabetes, síndrome metabólico y cáncer de próstata. Se constata una firme asociación entre la práctica de un ejercicio regular y la mejoría de la erección tanto en hombres sanos como en presencia de patologías. Por otro lado, se evidencia la escasez de publicaciones en torno al tema. Se recomienda la inclusión del ejercicio físico en todos los tratamientos de la disfunción eréctil.

Palabras clave: Ejercicio y función eréctil. Ejercicio y disfunción eréctil. Entrenamiento físico y función eréctil.

Abstract

Since the beginning of medicine, it has been considered that physical activity, in the form of programmed physical exercise, has a beneficial effect on the health of people, a relationship that in our days is sufficiently documented. However, interest in the relationships of exercise and sexual health is more recent and less documented. Considering, also, within this field, the high prevalence of disorders such as erectile dysfunction, we have considered it opportune to review the state of knowledge regarding this topic. To this end, a bibliographic review has been carried out that aims to update the concepts of erectile dysfunction and its treatments, analyzing the effect on this

alteration of physical exercise first in the absence of other pathologies and then in the presence of those most prevalent that influence the erection, such as obesity, hypertension, diabetes, metabolic syndrome and prostate cancer. A firm association was found between the practice of a regular exercise and the improvement of erection both in healthy men and in the presence of pathologies. On the other hand, there is evidence of a scarcity of publications on the subject. The inclusion of physical exercise in all treatments of erectile dysfunction is recommended.

Keywords: Physical activity and erectile function. Physical activity and erectile dysfunction. Training and erectile function.

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

INTRODUCCIÓN

El español medio actual vive cerca del doble que el de hace sólo 100 años. Esta tendencia hacia el envejecimiento que es muy marcada en España, pero existe en todos los países del mundo desarrollado, está previsto que se mantenga al alza, de manera que en 2050 la pirámide de población presentará una dramática modificación a favor de las personas de más de 60 años. Paralelamente a este envejecimiento se producirá un incremento de los gastos sanitarios a expensas del aumento de las patologías cardiovasculares, osteoarticulares, neurológicas y mentales. Soportar y servir este gasto constituye un formidable reto social.

En este contexto, y enfatizando la importancia de la prevención, desde principios de los años 80, empezaron a aparecer publicados abundantes datos sobre el efecto de la actividad física en la salud de personas mayores y en los procesos de envejecimiento, sobre todo, en países anglosajones. En un primer momento se referían a la prevención de las enfermedades cardiovasculares, pero poco a poco fueron apareciendo también estudios referidos a la prevención de la patología osteoarticular.

En las últimas décadas, el interés por este tema se ha mantenido. La mayoría de los estudios se han centrado en evaluar los efectos de un adecuado ejercicio físico en las áreas de la salud física y de la salud mental, pero más recientemente se ha desarrollado un interés por los beneficios en el ámbito social y de la convivencia

1.- Ejercicio y salud física.- La evidencia existente sobre los beneficios del ejercicio físico demuestra que son muchos los buenos efectos de la actividad física sobre la salud del organismo. Analicemos algunos de los más importantes:

Uno de los problemas de salud más frecuentes en la sociedad actual lo ocasionan las **enfermedades cardiovasculares**, ya que constituyen la mayor causa de muerte en ambos sexos o de discapacidad en la vejez. En la actualidad se conoce que, mejorando los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, a nivel personal o poblacional, se podría, a medio y largo plazo, disminuir los porcentajes de la morbilidad y mortalidad por esta causa. Los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular que se ven claramente beneficiados por ejercicio físico son: bajo nivel de forma cardiovascular, perfiles anormales de lipoproteínas -lípidos en plasma, intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina, hipertensión, hipertrofia ventricular izquierda, y obesidad abdominal. (2, 3)

Otro grupo de problemas actuales de salud muy frecuentes, que afectan no tanto a la duración como a la calidad de la vida, son los relacionados con el **deterioro del sistema musculoesquelético**. Se producen con la edad y están asociados con el empeoramiento de la capacidad funcional y el incremento del riesgo de caídas y de fracturas. La osteoporosis es una de las patologías con mayor prevalencia en las mujeres postmenopáusicas. La prevalencia de la

osteoporosis también se incrementa con la edad en los hombres, aunque de manera más paulatina, sin el dramático incremento de la incidencia que presentan las mujeres en el climaterio. Por ello en la salud pública el problema concierne mucho más a las mujeres. Los eventos asociados a la morbilidad con la osteoporosis consisten en fracturas, que se producen, sobre todo en el cuello del fémur, en los cuerpos vertebrales, y en el antebrazo. (4,5)

Un segundo componente importante de la salud musculoesquelética es la **pérdida de masa muscular y fuerza (sarcopenia)** ya que el potencial regenerativo del músculo esquelético, y la masa muscular en su conjunto, disminuyen con la edad. Esta disminución está asociada con un incremento en el riesgo de caídas, baja densidad ósea, y aumento de fracturas. Además, la reducción de la fuerza muscular es un determinante fundamental de la capacidad de la persona mayor para mantenerse activa, que condiciona un estilo de vida de alta calidad y, quizás, determina su capacidad para minimizar un aumento de su obesidad con la edad, como causa de la reducción en la masa muscular (6). Así pues, tanto la osteoporosis como la calidad muscular, se ven claramente beneficiadas por la actividad física (7).

Los datos disponibles indican que tanto el entrenamiento aeróbico como el de fuerza ofrecen un amplio rango de beneficios a los adultos, pudiendo mejorar la densidad ósea, la homeostasis de la glucosa, y disminuir el riesgo de caídas. Quizás la mejor recomendación que se pueda dar, a los adultos mayores que quieren optimizar su salud actual y futura, es iniciar un programa de actividad física que incluya ejercicio aeróbico y de fuerza, que también incorpore ejercicios específicos de flexibilidad y coordinación. Pero es importante señalar que dicho “programa de actividad física” ha de ser mantenido “toda la vida”, pues el efecto beneficioso es reversible (1, 6).

2. Ejercicio y salud mental.- El bienestar psicológico, producto de la actividad física-deportiva, es un tema que está gozando de gran interés en el área de la psicología del

deporte. La mítica expresión “mens sana in corpore sano” es fiel reflejo de la estrecha relación entre el cuerpo y la mente, es decir, entre el bienestar psicológico y la actividad física/deporte. Algunos de los aspectos psicológicos de los beneficios de la actividad física son (8): -

- **Ejercicio físico y depresión:** En los últimos años se está añadiendo al tratamiento el aspecto deportivo, puesto que se ha demostrado sus efectos beneficiosos. Posiblemente por: el aumento del flujo sanguíneo y la oxigenación, por lo que el sistema nervioso central se ve beneficiado directamente, los aumentos en norepinefrina (el ejercicio aumenta estos niveles), las mejores sensaciones corporales y de autocontrol que se viven con la realización de ejercicio y por la mejora de la imagen corporal y el autoconcepto que se asocian al ejercicio. Todos estos factores pueden prevenir y ayudar a salir de estados depresivos. -

- **Ejercicio físico y ansiedad:** Los trabajos sobre el ejercicio físico y la ansiedad se han centrado en ambos tipos de ansiedad: estado y rasgo. El descenso de ansiedad con el ejercicio parece ser mayor en la ansiedad rasgo que en la ansiedad estado y se producen mejores resultados, en ambos casos, con el ejercicio aeróbico que con el anaeróbico.

- **Ejercicio físico y estrés:** Los efectos que tiene el estrés en la salud física y mental preocupan a muchos profesionales, lo que ha provocado que en los últimos años se hayan realizado un gran número de trabajos buscando soluciones para este mal. Los resultados de la mayoría de las investigaciones parecen concluir que el ejercicio, realizado de forma aeróbica, sin competición personal, predecible y repetitivo reduce el estrés.

- **Ejercicio físico y autoconcepto/autoestima:** Se ha demostrado que existe una relación directa entre el aumento de la autoestima/autoconfianza y la práctica de ejercicio físico

- **Ejercicio físico y otros trastornos psicológicos:** También se observa una relación positiva en problemas fóbicos,

problemas del sueño, niveles elevados de agresividad, problemas de socialización, problemas de introversión, exceso de pasividad y pesimismo, respeto de las normas, etc.

3. Ejercicio y salud social.- Los efectos positivos a nivel social se han estudiado comparando a participantes y no participantes. Los resultados indican que las interacciones sociales que se dan en el deporte pueden llegar a ser beneficiosas o perjudiciales para el individuo según los valores que se establezcan. En general, algunos de los efectos psicosociales positivos de la actividad física y el deporte son **(1)**

- Proporciona contacto con el entorno social y las relaciones interpersonales.

- Contribuye a la formación del carácter (autocontrol, sacrificio, voluntad, disciplina, superación, sociabilidad...).

- Es un recurso para el tiempo de ocio. - Previene el abuso de sustancias nocivas, como el alcohol, el tabaco y las drogas

Así pues, los beneficios de la actividad física para la salud son cada vez más claros y conocidos, pero recordando que benefician a los tres tipos de salud: SALUD FÍSICA, SALUD MENTAL y SALUD SOCIAL. **(9)**

Sin embargo, el efecto del ejercicio programado sobre la sexualidad de las personas no ha generado el mismo nivel de interés **(10,11)**. Existe la opinión generalizada de que ejerce una influencia positiva, pero las evidencias científicas al respecto son escasas: En este artículo se pretende constatar los conocimientos contrastados al respecto de las relaciones entre actividad física programada y Respuesta Sexual,

Así, en la sexualidad de los hombres es fundamental alcanzar y mantener una erección suficiente como para llevar a cabo una penetración con el objetivo de tener relaciones sexuales satisfactorias, con o sin intenciones reproductoras. Esta necesidad de mantener intacto el deseo sexual, la erección y el orgasmo, se mantiene incluso a edades muy avanzadas **(11,12)**

Del dramático contraste entre esta necesidad con la alta prevalencia de la

Disfunción Eréctil, surge el interés por el tema que nos ocupa.

LA DISFUNCION ERECTIL

El Concepto

Antes de la conferencia de consenso sobre la disfunción eréctil del NIH (National Institute of Health), la definición más acertada que encontramos es la propuesta por Fernández, et al.: “la disfunción sexual eréctil se define como la incapacidad del hombre de obtener o mantener una erección de suficiente rigidez como para lograr una penetración vaginal satisfactoria hasta el orgasmo y la eyacuación por lo menos en el 50% de las relaciones sexuales en el transcurso de tres meses” **(15)**

En 1993, la conferencia de consenso sobre la impotencia del NIH, definió la disfunción eréctil como “la incapacidad permanente para iniciar o mantener una erección suficiente como para permitir una relación sexual satisfactoria “ **(14)**

El Diagnóstico

Hoy en día el diagnóstico de la disfunción eréctil se puede realizar mediante distintos test, aunque el más utilizado en la actualidad (usado además en la mayoría de los artículos citados en el presente estudio) es el test IIEF-5 (International Index of Erectile Function5). Este cuestionario consta de 5 preguntas las cuales se puntúan de 0-5 cada una:

International Index of Erectile Function-5:

En los últimos seis meses:

1. *¿Cómo califica la confianza que tiene en poder mantener una erección?*

Muy baja = 1; Baja = 2; Moderada = 3; Alta = 4; Muy alta = 5

2. *Cuando tiene erecciones mediante estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones tienen la dureza suficiente para la penetración?*

Casi nunca = 1; Pocas veces = 2; Algunas veces = 3; Muchas veces = 4; Casi siempre = 5

3. *Durante las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia puede mantener su erección después de haber penetrado su pareja?*

Casi nunca = 1; Pocas veces = 2; Algunas veces = 3; Muchas veces = 4;

Casi siempre = 5

4. *Durante las relaciones sexuales, ¿qué tan difícil es mantener su erección hasta el final del acto sexual?*

Extremadamente difícil = 1; Muy difícil = 2; Difícil = 3; Ligeramente difícil = 4; Nada difícil = 5

5. *Cuando trataba de tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia eran satisfactorias para usted?*

Casi nunca = 1; Pocas veces = 2; Algunas veces = 3; Muchas veces = 4;

Casi siempre = 5

La puntuación obtenida al sumar los resultados que se corresponden con las respuestas en el IIEF-5 caracteriza la gravedad de la disfunción eréctil de la manera siguiente (ver Cuadro 1).

La Epidemiología

A lo largo de los años se han ido realizando diversos estudios significativos que han tratado de estimar y cuantificar el impacto de la disfunción eréctil. Dependiendo de la definición utilizada y del diseño del estudio, la prevalencia varía entre el 10 y el 52%, en particular en hombres entre 40 y 70 años, con una incidencia en occidente de 25-30 nuevos casos por 1000 habitantes y año (16)

Los estudios más relevantes han obtenido los siguientes resultados:

– El *Massachusetts Male Aging Study (MMAS)*, realizado entre 1987 y 1989, en Estados Unidos sobre entrevistas a 1290 varones entre 40 y 70 años, mostraba una prevalencia, en cualquier grado de la disfunción eréctil, del 52%, leve el 17%, moderada 25% y grave el 10% [17].

– En el estudio con una muestra más importante realizado en EE.UU. El *Health Professionals Follow-up Study*, realizado en 31.742 profesionales sanos de entre 53 y 90 años, la prevalencia de la disfunción eréctil estandarizada por edades fue del 33% (19)

– Un estudio interesante por la amplitud de la población incluida, así como por la diversidad geográfica y cultural, la

Global Survey of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB), incluía una encuesta detallada sobre la conducta sexual en 27.500 varones y mujeres de entre 40 y 80 años de 29 países. Las tasas de prevalencia, fueron similares a las observadas en otros estudios epidemiológicos a gran escala, aunque muchos de los encuestados no sabían que tenían un problema sexual y esto quizás fue un sesgo negativo (20)

– En el MALES II (The multinational men's attitudes to life events and sexuality study phase II), donde los participantes no fueron informados de la finalidad del estudio. Las tasas de prevalencia de la DE fueron mayores en EE.UU. y menores en España y otros países latinoamericanos (21,22)

– En el estudio EDEM (Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina), realizado en España, se estudió la prevalencia de la DE en una muestra de 2.480 varones. En este estudio, el 12,1% según la pregunta clave y el 19% basándonos en el IIEF de los varones entre 25 y 70 años presentan algún grado de disfunción eréctil (16% mínima, 2% moderada y 1% severa). Esta prevalencia aumenta con la edad (8,6% en varones de 25 a 39 años, 13,7% de 40- 49 años, 24,5% entre 50 y 59 años y 49% en sujetos de 60 a 70 años). Afectando a entre 1,5 y 2 millones de varones españoles. Lo más relevante a nuestro juicio del EDEM, es que el 55,9% no se ha preocupado nunca de sus problemas de erección, sobre todo entre los 60-70 años, donde es más prevalente (23)

– En otro estudio epidemiológico realizado en España, recientemente publicado por la asociación para la investigación en disfunciones sexuales en atención primaria (AIDS-P), realizado en 3.600 hombres de entre 18 y 95 años, que acudían a consultas de atención primaria por cualquier otro motivo, en 720 centros de salud de toda España, centrado en la detección de disfunciones sexuales, se reflejan unas tasas de prevalencia global de disfunción eréctil del 42%, siendo ésta la alteración sexual más frecuente (16)

– Por último, cabe recalcar que también se han realizado estudios en la Comunidad

Valenciana, en concreto el “Estudio epidemiológico sobre prevalencia de disfunciones sexuales en la Comunidad Valenciana” de Ballester Arnal, R et. al. (1995) (24) (un estudio realizado a 1135 sujetos de las provincias de Valencia y Castellón). Este estudio publicado en 1995, en lo referente a la disfunción eréctil, revelaba que:

- Sin tener en cuenta la edad de los sujetos, un 14,1% informaron de haber tenido en alguna ocasión disfunción eréctil.
- En el grupo de 19-24 años, más de un 10% afirmaba haber tenido algún episodio de disfunción eréctil.
- En el grupo de 31-40 años, hasta un 33,3% había presentado disfunción eréctil alguna vez.
- En el grupo de 41-70, de igual manera que en el grupo anterior, hasta un 33,3% de los sujetos afirmaban haber presentado disfunción eréctil.

Factores de riesgo más comunes de la disfunción eréctil.

Existe una clara relación de la disfunción eréctil con determinados factores de riesgo, como las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, síndrome metabólico, la depresión o los síntomas del tracto urinario inferior

Además, los hábitos de vida como la obesidad, el tabaquismo o la falta de ejercicio influyen negativamente, obteniendo una mejoría significativa de la función eréctil y los marcadores de enfermedad cardiovascular, cuando se modifican (16)

Recapitulando, y de acuerdo con lo expuesto por Simon et al. (2015), el envejecimiento, la obesidad, la diabetes, el sedentarismo, fumar, las coronariopatías y tener bajo nivel socioeconómico están altamente ligados con la incidencia y prevalencia de la disfunción eréctil (25)

Factores causales

Dentro de los distintos tipos de disfunción eréctil, encontramos unas **patologías** en concreto que se asocian a cada tipo de disfunción eréctil (ver Cuadro 2).

Y profundizando en esta línea de relaciones etiológicas, el **consumo de fármacos** es considerado como otro factor causal de la disfunción eréctil, ya que dentro de las posibles reacciones adversas de algunos medicamentos se encuentra este efecto sobre la erección. Por ello cabe mencionar los fármacos más relevantes desde este punto de vista (ver Cuadro 3).

Recursos terapéuticos

Las distintas terapias existentes son descritas por García Calvo (26):

❖ **Terapia farmacológica inyectable intracavernosa:** se utiliza la inyección intracavernosa de prostaglandina E1 (PGE1) induciendo la relajación del músculo liso de los cuerpos cavernosos, produciendo erección, inhibiendo la agregación plaquetaria y la producción de fibrinólisis. Tiene una eficacia de entre el 70-80%.

❖ **Terapia farmacológica oral.** Inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (PDE-5): A nivel fisiológico, el principal neurotransmisor responsable de la erección es el óxido nítrico (NO), sus efectos están mediados por monofosfato de guanosina cíclico cuya actividad es regulada por la PDE5. La inhibición de la PDE5, con *Sildenafil*, *Tadalafil* y *Vardenafil*, aumenta la calidad de la erección prolongando la bioactividad del NO.

❖ **Terapia farmacológica intrauretral:** son supositorios intrauretrales colocados con ayuda de lubricante. Al producirse la absorción del medicamento dentro de los tejidos eréctiles, se puede obtener una erección. (43% de efectividad)

❖ **Dispositivos de vacío:** la presión negativa provoca un incremento de la sangre hacia los cuerpos cavernosos, logrando la turgencia y rigidez necesarias.

❖ **Prótesis de pene:** tratamiento quirúrgico. Hay tres tipos: prótesis semirrígida, prótesis inflables y prótesis que poseen dentro de su estructura mecanismos inflables.

❖ **Ejercicios de Kegel:** encaminados a fortalecer la musculatura pélvica.

❖ **Psicoterapia y psicoeducación:** es una terapia favorable para la espontaneidad,

duración y eficacia de la función sexual eréctil.

El ejercicio y la fisiología sexual

Diversas investigaciones evidencian que el ejercicio aumenta el deseo, la actividad y la satisfacción sexual, tanto en los hombres como en las mujeres. (1, 10, 11, 13). El ejercicio, al activar el sistema nervioso simpático, aporta mayor cantidad de sangre al aparato genital, lo que facilita el mantenimiento de la erección del pene en el hombre y del clítoris en la mujer (27). Además, el ejercicio estimula en el endotelio capilar la síntesis del óxido nítrico, hecho que colabora a la dilatación de las arteriolas de las estructuras sexuales citadas. Con tan sólo realizar un paseo de 3 km al día, con cierta rapidez, se puede disminuir el riesgo a padecer la disfunción eréctil [13 (Figura 1).

El ejercicio físico y la disfunción eréctil en hombres sanos.

En la población sana se da con menos frecuencia la disfunción eréctil, pero no está exenta de ella: todos los hombres tienen una probabilidad de padecer disfunción eréctil, que disminuye con un estilo de vida saludable (27,28, 30). Por ello, en individuos sanos vamos a hablar de disfunción eréctil (que la padecerán, sobre todo, personas de avanzada edad) y de riesgo de padecer disfunción eréctil.

En un estudio prospectivo publicado en 2006, que incluyó a 22.086 hombres de Estados Unidos de entre 40 y 75 años, se realizó un seguimiento entre los años 1986 y 2000 (14 años de seguimiento). En este estudio, Bacon et al. concluyeron que el consumo de cigarrillos y la obesidad, están significativamente relacionados con un aumento del riesgo de disfunción eréctil. Por el contrario, la actividad física estaba asociada con un decrecimiento del riesgo de disfunción eréctil (32).

Posteriormente, Kratzik et al., tratan de especificar una cantidad de ejercicio físico a partir de la cual se pueda afirmar que se mantiene o se mejora la función eréctil. En sus resultados se evidencia que el riesgo de disfunción eréctil severa decrece en un

82,9% en el grupo de hombres que realizaba al menos un ejercicio equivalente a 3000 kcal/semana, en comparación con el grupo de hombres que realizaba menos de 3000 kcal/semana). Con estos datos concluyen que incrementar la actividad física de 1000 a 4000 kcal/semana puede reducir el riesgo de disfunción eréctil (33).

Maio et al. publicaron en 2010 un estudio aleatorizado y con un grupo control, en el cual se trata con inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (PDE-5) a dos grupos: al grupo intervención se le añade ejercicio físico aeróbico regular (igual o superior a 3 horas semanales), mientras que al grupo control se le trata exclusivamente con inhibidores de la PDE-5. Tras tres meses con este tratamiento, un 77,8% de los hombres del grupo intervención recuperaron la función eréctil (frente a un 39,3% del grupo control). Por ello se concluyó que el tratamiento de la disfunción eréctil con PDE-5 sumado al ejercicio físico regular es más efectivo que el tratamiento con PDE-5 únicamente (34).

Más adelante, Hsiao et al. (2012) realizaron el primer estudio en hombres de entre 18 y 40 años (población joven y sana). Los datos obtenidos mostraban cómo el grupo sedentario (<1400 kilocalorías/semana) tenía mayores tasas de disfunción eréctil en 4 de los 5 dominios del test IIEF (Función eréctil, función del orgasmo, satisfacción en el coito y satisfacción general) que el grupo activo (> 1400 kilocalorías/semana) (Anexo A). El deseo sexual era igual en los dos grupos. Aunque la diferencia en los resultados de la función eréctil no son muy altos (3,1 puntos), se concluye que hay una asociación entre el incremento del ejercicio y una mejora en la función eréctil en una población joven y sana (figura 2) (35).

Siguiendo la misma línea de actuación que otros autores, Simon et al.(25) trataron de arrojar luz acerca del mínimo ejercicio físico necesario para conseguir una buena función eréctil y quisieron añadir un factor que no se había tenido en cuenta hasta ahora: la raza. Por ello se incluyó a una cantidad mayor que en otros estudios de hombres negros, y se les estudió por separado. Los resultados no

muestran diferencias significativas entre los hombres de raza negra y de raza blanca. En este estudio se utilizó un cuestionario validado y se cuantificaron los resultados del 1 a 100 (siendo 100 el máximo y 1 el mínimo en cuanto al mantenimiento de la erección). Los hombres que reportaron realizar ejercicio físico más frecuentemente obtuvieron puntuaciones más altas en los test de función sexual (fig 3) . En conclusión, en una población racialmente diversa, con unos factores de riesgo de disfunción eréctil significativos, realizar más de 18 horas MET/semana está altamente relacionado con una mejor función eréctil y sexual.

El ejercicio físico y la disfunción eréctil en hombres con distintas patologías

HIPERTENSION ARTERIAL

En un estudio de 2009 (36) para explorar las relaciones de los niveles de PCR (Proteína C-reactiva), la hipertensión y la disfunción eréctil con el ejercicio físico se evidenció que el ejercicio aeróbico reduce la concentración de la PCR del plasma, y que realizado en un periodo de tiempo relativamente corto reduce la presión sanguínea y mejora la calidad de las erecciones en hombres con hipertensión y disfunción eréctil

OBESIDAD

Ya Esposito y cols., en un estudio aleatorizado de 2004 demostraron que el ejercicio físico y una dieta de reducción calórica mejoran la función eréctil en hombres obesos en un tercio de los casos (31)

En 2009, Janiszewski (37) investigó las relaciones existentes entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y el perímetro abdominal con la disfunción eréctil. Los hombres menos activos tenían entre 43-61% más de probabilidad de tener disfunción. Así que tanto el IMC, como el ejercicio físico como el perímetro abdominal establecen asociaciones independientes con la prevalencia de disfunción eréctil. Sobre todo, la obesidad abdominal y el sedentarismo, relacionados con un incremento del riesgo

Khoo y cols., en 2013, establecieron que un ejercicio aeróbico de moderada intensidad realizado durante más de 200 minutos semanales junto a una dieta de pérdida de peso mejora la función eréctil significativamente más que el mismo ejercicio realizado menos de 150 minutos a la semana (38)

SINDROME METABÓLICO

Maresca y cols., en 2013 estudiaron 2 grupos de hombres afectados de S. Metabólico, y en tratamiento con Tadalafilo: en el grupo de intervención se añadía el ejercicio físico al tratamiento farmacológico; en el grupo control, se administraba sólo Tadalafilo. Ambos grupos mostraban una mejoría del test de disfunción eréctil (IIEF) a los dos meses, pero el grupo de intervención mostraba un incremento significativamente mayor de los resultados del test (Figura 4).

Además, el porcentaje de mejoría en el IIEF-5 fue de un 40% en el grupo control y de un 100% en el grupo intervención. Todo ello lleva a la conclusión de que un entrenamiento de ejercicio físico estructurado, para personas con síndrome metabólico, afectadas de disfunción eréctil, que estén siendo tratados con inhibidores de la PDE-5 añade eficacia al tratamiento en comparación con hombres tratados únicamente con inhibidores de la PDE5 (39)

CARDIOPATÍAS

Existe abundante literatura que evidencia el efecto rehabilitador del ejercicio programado en la disfunción eréctil de pacientes con cardiopatía. Destacaremos los más significativos, a nuestro juicio, para asentar esta afirmación:

Belardinelli et al. (2005), en un estudio aleatorizado, en hombres con insuficiencia cardíaca crónica compensada, trataron de determinar si el entrenamiento de ejercicio físico puede mejorar la disfunción sexual en este tipo de pacientes. En los resultados se observa una mejora significativa en tres aspectos: relación con la pareja, calidad de la erección peneana y bienestar personal. En conclusión, en hombres con insuficiencia cardíaca crónica compensada, un

entrenamiento físico ergométrico mejoraría significativamente la disfunción endotelial de la arteriadorsal, como consecuencia de un efecto sistémico del ejercicio de los miembros inferiores. Este beneficio está correlacionado con mejoras en la actividad sexual (como en la calidad de la erección peneana) (40)

Un estudio elaborado por Kalka et al (2013) tomó como sujetos a 138 hombres tratados de cardiopatía isquémica y que presentaban disfunción eréctil. Estos sujetos fueron separados en dos grupos de manera aleatoria: el grupo intervención realizó ejercicio físico regular durante 6 meses, en el contexto de la rehabilitación cardíaca y el grupo control no realizó ningún tipo de entrenamiento físico. En el grupo intervención, se mejoró la calidad de la erección, significativamente asociado con una mejor tolerancia al ejercicio físico. En el grupo control la tolerancia al ejercicio y la calidad de las erecciones no mejoraron. En conclusión, en pacientes con insuficiencia cardíaca y disfunción eréctil, la calidad de la erección está significativamente correlacionada con la tolerancia al ejercicio, y ambas mejoran tras un entrenamiento físico durante 6 meses (41, 42)

CANCER DE PROSTATA

Varias son las terapias utilizadas en el cáncer de próstata que pueden alterar la función eréctil, por lo que consideraremos por separado los temas:

Radioterapia.- Dahn et al. (2005) realizaron un estudio en 111 hombres diagnosticados de cáncer de próstata en tratamiento con **radioterapia**, sometiéndolos a un tratamiento añadido de ejercicio físico durante 18 meses. En los resultados se observa una mejora de la función sexual significativamente relacionada con un aumento del ejercicio físico en aquellos pacientes en tratamiento con radioterapia, aunque en pacientes con braquiterapia y terapia combinada (cirugía + radioterapia) no se obtuvieron diferencias significativas con los resultados iniciales. (43)

Supresión androgénica (AST).- Cormie et al. (2013) estudiaron a pacientes con

cáncer de próstata siguiendo terapia de **supresión de andrógenos (AST)**. Los pacientes se separaron en dos grupos aleatoriamente: el grupo intervención, que recibió tratamiento con AST y un programa de entrenamiento de resistencia y aeróbico; y el grupo control, que solo recibió tratamiento con AST. Tras 12 semanas, los resultados de este estudio muestran un mantenimiento de la actividad sexual en el grupo intervención, mientras que en el grupo control disminuyó la actividad sexual (0% de los participantes mostraban interés sexual) (44).

Prostatectomía radical.- En el estudio aleatorizado realizado por Jones et al. (2013) se escogió a pacientes intervenidos de **prostatectomía radical** y se los separó en dos grupos: el grupo intervención recibió un entrenamiento físico aeróbico además de los cuidados usuales, mientras que el grupo control no recibió entrenamiento físico aeróbico. Los resultados finales sugieren que el entrenamiento aeróbico mejora la función cardiovascular pero no mejora la disfunción eréctil en hombres con cáncer de próstata localizado tras una prostatectomía radical. (45)

Por su parte, Zopf et al. (2015) realizaron un estudio con metodología similar en 4 hospitales alemanes en los que se seleccionaron hombres con cáncer de próstata bajo un tratamiento de **prostatectomía radical o de terapia combinada** (cirugía + radioterapia) y fueron intervenidos entre 6 y 12 semanas como máximo antes de la realización del estudio. Tras un seguimiento de 15 meses, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo intervención (con entrenamiento físico) y el grupo control (sin entrenamiento físico) en la función sexual, mientras que sí que se encontró una mejora significativa en las funciones física, social y emocional (46)

DISCUSIÓN

El conjunto de los resultados muestra una clara asociación beneficiosa entre el ejercicio físico y la función eréctil. De hecho, en todos los estudios que han sido revisados en este trabajo (excepto en los estudios con pacientes intervenidos de prostatectomía

radical) se ha encontrado una relación claramente positiva entre el ejercicio físico y la función eréctil.

En una visión global del estudio, se puede afirmar que la obesidad y el sedentarismo son factores de riesgo de padecer disfunción eréctil (32,37) mientras que el ejercicio físico, tanto el moderado como el de alta intensidad, mejora la función eréctil y reduce el riesgo de disfunción. Estas afirmaciones son aplicables tanto a hombres sanos como a hombres con patologías como hipertensión, obesidad, insuficiencia cardíaca, cáncer de próstata (en tratamiento AST o con radioterapia) o síndrome metabólico (25,32, 33, 35, 36, 39, 40,41,42, 44]. Además, existe una relación dosis-dependiente entre el ejercicio físico y la función eréctil, de manera que se necesita practicar un mínimo de ejercicio semanal para obtener resultados significativos: > 1400 kcal/semana, o >200 minutos/semana (unos 30 minutos/día todos o casi todos los días de la semana) [25,28, 33,35)

A la luz de los resultados de esta investigación, se considera que es necesario añadir una rutina de ejercicio físico a los posibles tratamientos para la disfunción eréctil. Asimismo, hay que añadir programas de actividad física a los tratamientos farmacológicos con inhibidores de la PDE-5, ya que los resultados obtenidos en conjunto son significativamente mejores que por separado (34,39). No hay que olvidar que el ejercicio físico aporta grandes beneficios a la salud de las personas, además de los citados en la función eréctil en hombres, por lo que tendría un valor añadido a la hora de utilizarlo como tratamiento.

En cuanto al screening de la disfunción eréctil, los resultados revelan que es de vital importancia hacer un screening a personas tanto jóvenes como adultas o ancianas, ya que se ha llegado a detectar muy precozmente. Sería pues una buena herramienta para llegar a hombres jóvenes y motivarlos para a realizar ejercicio físico y tener un estilo de vida más saludable a largo plazo, lo cual podría moderar también el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el estilo de vida sedentario, como la

diabetes o enfermedades cardiovasculares, entre otras [35]. De hecho, teniendo en cuenta el potencial del riesgo de disfunción eréctil para actuar como motivador para un cambio comportamental, el personal sanitario debería plantearse utilizar este recurso para incentivar a sus pacientes a mantener un peso saludable y realizar al menos 30 minutos de ejercicio físico de intensidad moderada casi todos los días, para mantener una buena función eréctil (37). Además, en el screening de la disfunción eréctil se conseguiría aumentar la efectividad y la sensibilidad si se incluyera el perímetro abdominal (además del IMC), ya que se ha observado una asociación entre éste y la disfunción eréctil (37)

Por otro lado, estudios recientes demuestran que hay una relación significativa entre el diagnóstico de disfunción eréctil a edades tempranas y morbilidad cardiovascular, y de hecho, el diagnóstico de disfunción eréctil en hombres por debajo de los 40 han demostrado incrementar el riesgo de enfermedad isquémica del corazón, paro cardíaco, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades vasculares periféricas (35). Esto aumenta la importancia que hay que darle al screening de disfunción eréctil y al empleo de programas de entrenamiento físico para tratar dicha patología, ya que el ejercicio aeróbico mejora también la función cardiovascular (27,45,48) De hecho, otros estudios han demostrado que la disfunción eréctil representa un signo temprano de disfunción endotelial y rigidez arterial (39), lo que sería otro punto a favor a la hora de utilizar el ejercicio como tratamiento, dada la correlación significativa hallada entre los cambios inducidos por el ejercicio en la puntuación del IIEF-5 y en el consumo de oxígeno, que sugiere una serie de mecanismos comunes tales como la mejora de la función del endotelio vascular (39)

En cuanto al mecanismo mediante el cual actúa el ejercicio físico, varios estudios apuntan a que una mejora en la función eréctil y una pérdida de peso podrían estar mediadas por un aumento de la síntesis de óxido nítrico (NO), que mejoraría la función

endotelial, menguaría la inflamación sistémica e incrementaría la testosterona total y disponible (28). Además, la reducción de resistencias periféricas, un incremento en el consumo de O_2 por los músculos periféricos y beneficios psicológicos, podrían estar entre los mecanismos que favorecen los efectos positivos del ejercicio físico [35,39]

Con todo, no se obtuvieron resultados significativos en dos estudios en los cuales los pacientes habían sido intervenidos de prostatectomía radical [26, 27]. Esto puede ser debido a los mecanismos que inducen a la disfunción eréctil en el caso de la prostatectomía radical: mientras que en el contexto de la insuficiencia cardíaca, la disminución de la liberación de óxido nítrico del endotelio vascular es el principal contribuyente a la disfunción eréctil, en el contexto de la prostatectomía radical, el daño neuronal inducido por la cirugía es el máximo contribuyente (hay una disfunción tanto neuronal como de las células del endotelio vascular, las cuales, en combinación, tienden a disminuir la oxigenación de los tejidos del pene, lo cual desencadena la apoptosis en las células de la musculatura lisa, fibrosis y disfunción en la vasoconstricción) (44,46). Por ello, a pesar de los beneficios del ejercicio físico en el endotelio vascular y la mejora de la vascularización de las arterias cavernosas, estos efectos no compensan suficientemente el daño neuronal inducido por la cirugía.

Frente a la relativamente abundante producción en torno al efecto del ejercicio sobre las disfunciones en patología cardiovascular y metabólica, no se ha encontrado apenas nada referido al hombre diabético (que constituye un grupo de riesgo de disfunción por el daño vascular y neurológico que puede generar)

(47). Hay evidencias experimentales de una mejora de la función eréctil a través del ejercicio físico en ratas diabéticas, pero no en humanos (48)

A pesar de todo, de la obtención de resultados muy positivos en cuanto a la asociación de la actividad física y la función eréctil, hay que considerar la dificultad que

entraña realizar afirmaciones en el campo de la disfunción eréctil, debido a la plurifactoriedad del fenómeno de la erección y de las disfunciones sexuales (ya que “la erección es un evento neurovascular modulado por factores psicológicos y por el estado hormonal.” y “durante dicho proceso intervienen distintos mecanismos: a nivel bioquímico, celular, nervioso, vascular y macroscópico”)

Durante la revisión se ha puesto de manifiesto la falta total de artículos en castellano, siendo éste es el primero del que tengo constancia que trate el tema de los beneficios del ejercicio físico en el tratamiento de la disfunción eréctil

CONCLUSIONES

Existe una firme asociación entre la realización de ejercicio físico y una mejora en la función eréctil tanto en hombres sanos como en hombres con diversas patologías. Asimismo, el ejercicio físico regular disminuye el riesgo de disfunción eréctil, y mejora los resultados de ciertas terapias, evidenciándose una relación dosis – dependiente que se sitúa en un consumo de más de 1400 Kcal / semana, o bien un mínimo de 200 minutos de ejercicio semanales sin dependencia con la intensidad del ejercicio. Ello justificaría, a nuestro entender, su inclusión rutinaria en todos los tratamientos de esta alteración, incluyendo a los usuarios de inhibidores de la PDE-5. Además, los datos observados en esta revisión respecto de los beneficios generales sobre la salud, en el contexto de la salud pública, podrían servir de incentivo para un cambio saludable en el estilo de vida, dado el componente motivador del riesgo de disfunción eréctil para promover cambios comportamentales positivos (como realizar más ejercicio físico).

Por otro lado, teniendo en cuenta las limitaciones de los estudios revisados, la falta de artículos en español y los múltiples factores que engloba el mecanismo de la erección, serán necesarios más estudios para reforzar esta hipótesis, aunque los resultados obtenidos son ya muy positivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Terrados Cepeda, N: El deporte como inductor de beneficios en la salud de la sociedad. Revisión histórica y estudios actuales Citius, Altius, Fortius 2009, pp 27-47
2. Bogaard, HJ, Woltjer HH, Dekker BM, van Keimpema AR, Postmus PE, de Vries PM.): Haemodynamic response to exercise in healthy young and elderly subjects. *Eur J Appl Physiol Occup Physiol*, 1997. 75(5):435-42
3. Haskell W L, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Heath GW, Thompson PD, Bauman A. Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports. Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116(9), 1081-109.
4. Pate RR, Pratt M, Blair SN, et al. Physical Activity and Public Health: A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*. 1995; 273(5):402-407.
5. Liao Y, McGee DL, Cao G, and Cooper RS.: Quality of the last year of life of older adults: 1986 vs 1993. *JAMA*,. 2000. 26;283(4):512-8
6. Tuomi K, Ilmarinen J, Martikainen R, and L. Aalto.: Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scand J Work Environ*, 1997. 23 Suppl 1:58-65.
7. Welle S, Totterman S, Thornton C. . Effect of age on muscle hypertrophy induced by resistance training. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci Nov*; 1996: 51(6):M270-5.
8. Dosil, J. (ed.) Ciencias de la Actividad Física y del deporte. Madrid. 2003. Editorial Síntesis
9. Miles L. Physical activity and health. *Nutrition Bulletin*, 2007; 32: 314-363
10. Hernando-Berrios M, Rivera-Martinez M S, Gualda-Vergara V. Non-pharmacological interventions for the treatment of erectile dysfunction in adult men: systematic review. *Enfermería Clínica* 2008; 18(2): 64-69.
11. Penhollow TM, Young M. Sexual Desirability and Sexual Performance: Does Exercise and Fitness Really Matter? *Electronic Journal of Human Sexuality* 2004; 7.
12. Helgason A, Adolfsson J, Dickman P, Arver S, Fredrikson M, Göthberg M, Steineck G. Sexual Desire, Erection, Orgasm and Ejaculatory Functions and Their Importance to Elderly Swedish Men: A Population-based Study. *Age Ageing* 1996; 25 (4): 285-291.
13. Stanten, N, Yeager S. Four workouts to improve your love life. *Prevention* 2003; 55:76-78.
14. Martínez-Salamanca JI, Martínez-Ballesteros C, Portillo L, Gabancho S, Moncada I, Carballido J. Fisiología de la erección. *Arch. Esp. Urol*. 2010; 63 (8): 581-588.
15. Fernández F, Ponce M, Jiménez R, Hernández H. Factores de riesgo de disfunción sexual eréctil. *Sexología y sociedad*. Noviembre 1994; 34-39.
16. Prieto Castro R, Campos Hernández P, Robles Casilda R, Ruiz García J, Requena Tapia MJ. Epidemiología de la disfunción eréctil. Factores de riesgo. *Arch. Esp. Urol*. 2010; 63 (8): 637-639.
17. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Study. *J Urol* 1994; 151:54-61.
18. Lauman EO, Paik A, Rosen RC. The epidemiology of erectile dysfunction: results from the National Health and Social Life Survey. *Int J Impot Res* 1999; 11(1):560-
19. Lauman EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281(6):537-44.
20. Laumkan EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 years: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005; 17:39-57.
21. Fisher W, Rosen RC, Eardley I, et al. The multinational men's attitudes to life events and sexuality (MALES) study phase II: understanding PDE5 inhibitor treatment seeking patterns among men with

erectiledysfunction. *J sex Med* 2004; 1:150-60

22. Rosen RC, Fisher W, Eardley I, et al. The multinational men's attitudes of life events and sexuality (MALES) study: prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Curr Med Res Opin* 2004; 20:607-17.

23. Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Sáenz de Tejada I, et al. Prevalence and independent risk factors for Erectile Dysfunction In Spain: Results of EDEM study. *J Urol* 2001; 166(2):569-575.

24. Ballester Arnal R, Gil Llario MD. Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la Comunidad Valenciana. *Psicothema*, 1995; 7 (1): 95104

25. Simon,R.M.; Howard,I, Zapata, D. Frank, J,Freedland, SJ, Vidal AC. The association with both erectile and sexual function in black and white man. *J.Sex.Medic.* 2015 ; 12: 1202-1210

26. García Calvo J, Del Pardo Martín M, Aguayo Osuna MP, Astillero Butrago JM, Cañizares Carballo G, Galiana Brage A. Disfunción eréctil tras prostactectomía radical. Guía de información de enfermería. *Enfuro.* 2010; 116: 11-14.

27. Marcos Becerro JF. Las hormonas esteroideas sexuales, el envejecimiento y ejercicio. *RAMD* 2008; 1 (1): 22-36.

28. Khoo J, Tian H, Tan B, Chew K, Sien Ng C, Leong D, Choon-Chye Teo R, YuanTud Chen R. : Comparing Effects of Low- and High-Volume Moderate-Intensity Exercise on Sexual Function and Testosterone in Obese Men, *J.Sex.Med.* 2013,10(7): 1823-1832

29. Claudino MA, Delbin MA, Franco-Penteado CF, Priviero FB, De Nucci G, Antunes E, Zanesco A. Exercise training ameliorates the impairment of endotelial and nitregric corpus cavernosum responses in diabetic rats. *Life Sci* 2011; 88:272-

30. Ettala O, Syvänen K, Korhonen P, Kaipia A, Vahlberg T, Boström P, Aarnio P. High-Intensity Physical Activity, Stable Relationship, and High Education Level Associate with Decreasing Risk of Erectile Dysfunction in 1,000 Apparently Healthy

Cardiovascular Risk Subjects. *J Sex Med* 2014; 11:2277–2284.

31. Esposito K, Giugliano F, Di Palo C, Giugliano G, Marfella R, D'Andrea F, D'Armiento M, Giugliano D. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: A randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291:2978-84.

32. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser DB, Rimm EB : A prospective study of risk factors for erectile dysfunction. *J Urol* 2006; 176:217-

33. Kratzik CW, Lackner JE, Märk I, Rücklinger E, Schmidbauer J, Lunglmayr G, Schatzl G. How much physical activity is needed to maintain erectile function? Results of the Androx Vienna Municipality Study. *Eur Urol* 2009; 55:509-176.

34. Maio G, Saraeb S, Marchiori A. : Physical activity and PDE5 inhibitors in the treatment of erectile dysfunction: Results of a randomized controlled study. *J Sex Med* 2010; 7:2201-8.

35. Hsiao W, Shrewsberry AB, Moses KA, Johnson TV, Cai AW, Stuhldreher P, Dusseault B, Ritenour CW. Exercise is associated with better erectile function in men under 40 as evaluated by the International Index of Erectile Function. *J Sex Med* 2012; 9:524-30.

36. Lamina S, Okoye CG, Dagoto TT. Therapeutic effect of an interval exercise training program in the management of erectile dysfunction in hypertensive patients. *J Clin Hypertens* (Greenwich) 2009; 11:125-9.

37. Janiszewski P, Janssen I, Ross R. Abdominal Obesity and Physical Inactivity Are Associated with Erectile Dysfunction Independent of Body Mass Index. *J Sex Med* 2009; 6: 1990-1998.

38. Khoo J, Tian H, Tan B, Chew K, Sien Ng C, Leong D, Choon-ChyeTeo R, YuanTud Chen R. Comparing Effects of Low- and High-Volume Moderate-Intensity Exercise on Sexual Function and Testosterone in Obese Men, *J.Sex.Med.* 2013,10(7): 1823-1832

39. Maresca L, D'Agostino M, Castaldo L, Vitelli A, Mancini M, Torella G, Lucci R, Albano G, Del Forno D, Ferro M, Altieri V, Giallauria F, Vigorito F. Exercise training

improves erectile dysfunction (ED) in patients with metabolic syndrome on phosphodiesterase-5 (PDE-5) inhibitors. *Monaldi Arch Chest Dis* 2013; 80: 177-183.]

40. Belardinelli R, Lacalprice F, Faccenda E, Purcaro A, Perna GP. Effects of shortterm moderate exercise training on sexual function in male patients with chronic stable heart failure. *Int J Cardiol*. 2005; 101(1):83-90.

41. Kałka D, Domagała ZA, Dworak J, Womperski K, Rusiecki L, Marciniak W, Adamus J, Pilecki W. Association between physical exercise and quality of erection in men with ischemic heart disease and erectile dysfunction subjected to physical training. *Kardiologia Pol* 2013; 71 (6): 573–580.

42. Kałka D, Domagała ZA, Kowalewski P, Rusiecki L, Koleda P, Marciniak W, Dworak J, Adamus J, Wojcieszczyk J, Pyke E, Pilecki W. Effect of endurance cardiovascular training intensity on erectile dysfunction severity in men with ischemic heart disease. *Am J Mens Health* 2014 Jul 30.

43. Dahn JR, Penedo FJ, Molton I, Lopez L, Schneiderman N, Antoni MH. Physical activity and sexual functioning after radiotherapy for prostate cancer: beneficial effects for patients undergoing external beam radiotherapy. *Urology*. 2005; 65:953-958.

44. Cormie P, Newton RU, Taaffe DR, et al. Exercise maintains sexual activity in men undergoing androgen suppression for

prostate cancer: a randomized controlled trial. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2013; 16:170-175.

45. Jones LW, Hornsby WE, Freedland SJ, Lane A, West MJ, Moul JW, Ferrandino MN, Allen JD, Kenjale AA, Thomas SM, Herndon JE, Koontz BF, Chan JM, Khouri MG, Douglas PS, Eves ND. Effects of Nonlinear Aerobic Training on Erectile Dysfunction and Cardiovascular Function Following Radical Prostatectomy for Clinically Localized Prostate Cancer. *European Urology* 2013; 65(5): 852-855.

46. Zopf E, Bloch W, Machtens S, Zumbé J, Rübber H, Marschner S, Kleinhorst C, Schulte-Frei B, Herich L, Felsch M, Predel HG, Braun M, Baumann FT. Effects of a 15-Month Supervised Exercise Program on Physical and Psychological Outcomes in Prostate Cancer Patients Following Prostatectomy: The ProRehab Study. *Integrative Cancer Therapies* 2015; 14(5):409–418.

47. Romero Mestre JC, LiceaPuig ME. Disfunción sexual eréctil en la Diabetes Mellitus. *Rev Cubana Endocrinol* 2000; 11(2):105-20.

48. Zheng H, Mayhan WG, Patel KP. Exercise training improves the defective centrally mediated erectile responses in rats with type I diabetes. *J Sex Med* 2011; 8: 3086-3097.

49. Miles L. Physical activity and health. *Nutrition Bulletin*, 2007; 32: 314–363

Puntuación	Grado de Disfunción Eréctil
22 _25	No hay Disfunción Eréctil (DE)
17 _21	DE leve
12 _16	DE leve a moderada
8 _11	DE moderada
5 _7	DE severa

Cuadro 1: Gravedad de la Disfunción Eréctil en función de la puntuación obtenida en el IIEF-5. (Fuente: Andro.cl – Andrología Clínica.)

Tipo de disfunción eréctil	Patologías
Asociada a enfermedades sistémicas	Diabetes mellitus Insuficiencia renal crónica Enfermedad coronaria
Asociada a tóxicos	Alcoholismo Tabaquismo
Vasculogénica	Arterioesclerosis Hipertensión Trauma perineal Enfermedad de la Peryonie
Hormonal	Hipogonadismo Hiperprolactinemia
Neurológica	Infarto cerebral Tumor cerebral Enfermedad de Alzheimer Lesión medular Traumatismo pelviano
Psicológica	Depresión Ansiedad Estrés psicológico Problemas de pareja

Cuadro 2. Etiología de la disfunción eréctil. Fuente: García Calvo et al. Disfunción eréctil tras prostatectomía radical. Guía de información de enfermería.

Tipo de fármaco	Nombre del fármaco
Fármacos con acción hormonal	Estrógenos Anabolizantes Esteroides Espironolactona Ketoconazol Digoxina Cimetidina Fenotiazinas
Fármacos psicotrópicos	Haloperidol Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos Inhibidores de la MAO
Fármacos antihipertensivos	Clonidina Reserpina Propanolol Atenolol Metropolol Antialdosterónicos
Fármacos quimioterápicos	Todos

Cuadro 3. Causas medicamentosas que producen disfunción eréctil. Fuente: García Calvo et al. Disfunción eréctil tras prostatectomía radical. Guía de información de enfermería

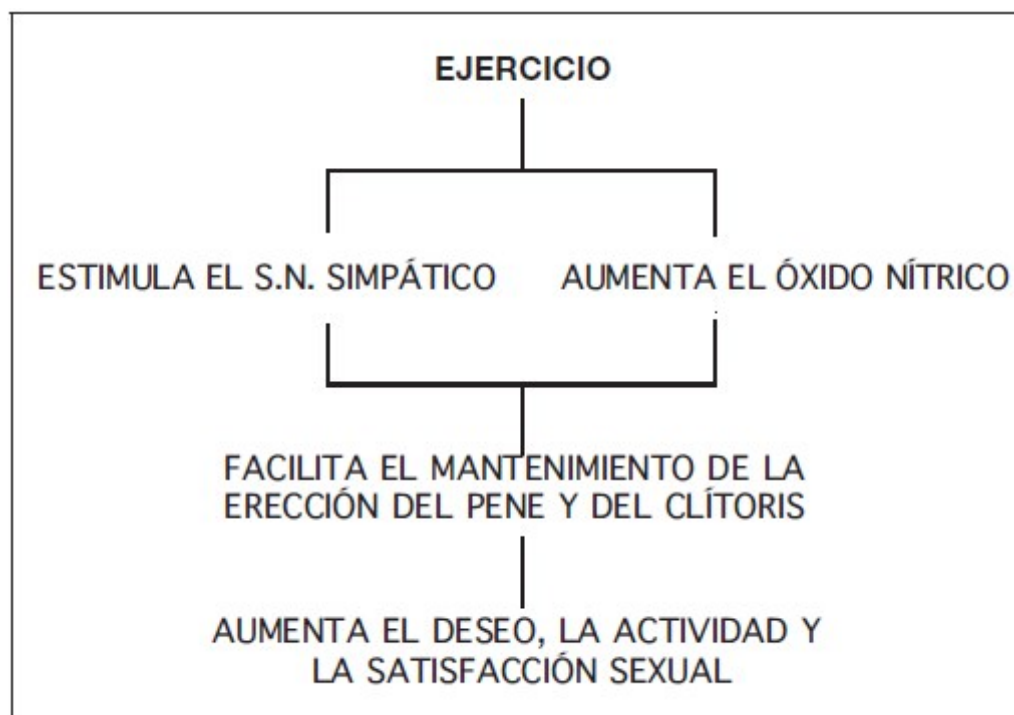


Figura 1: El ejercicio y la actividad sexual en los dos géneros. Fuente: Marcos Becerro JF. Las hormonas esteroideas sexuales, el envejecimiento y el ejercicio.

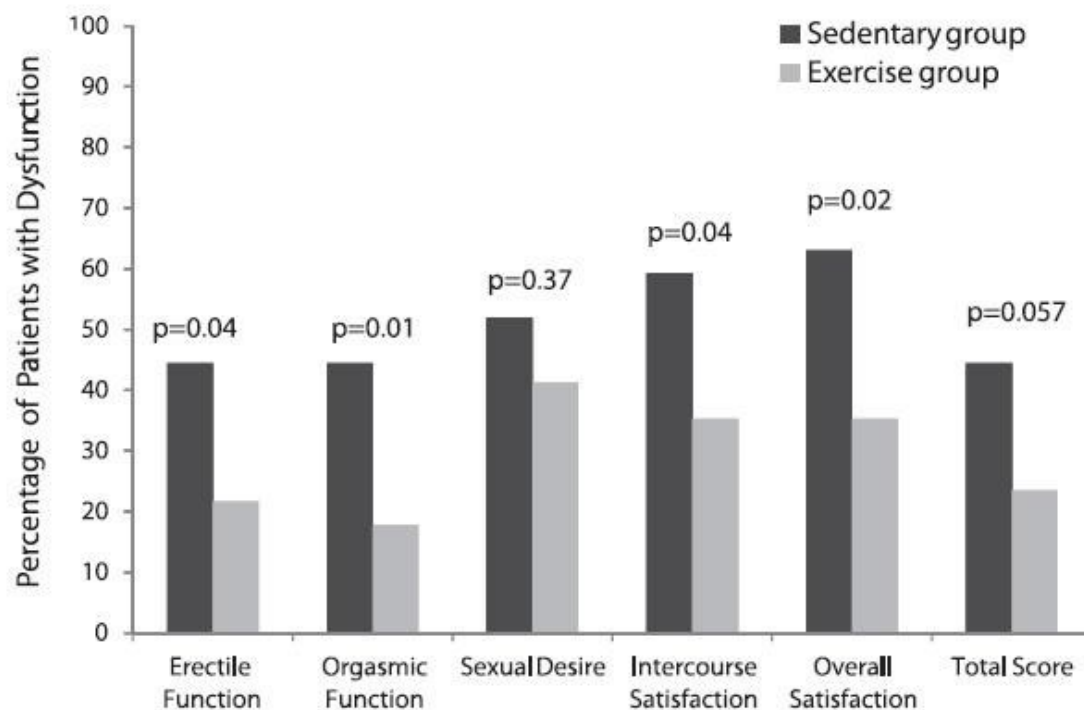


Figura 2.- Porcentaje de pacientes con disfunción en relación con la actividad física (grupo sedentario < 1400kcal/semana y grupo de ejercicio >1400 kcal/semana). (fuente: Hsiao y cols, (35))

Table 2 Linear multivariable regression analysis of sexual function score

Variable	Change in (SF) score*	95% CI	P value
Age (continuous)	-0.93	-1.48 to -0.44	<0.001
Race (black vs. nonblack)	-1.36	-9.04 to 6.33	0.729
Diabetes (self-reported yes vs. no)	-11.06	-18.36 to -3.76	0.003
Smoking (past or current vs. never)	-5.07	-12.96 to 2.83	0.208
History of heart attack or chest pain (CAD) vs. no	-13.90	-21.17 to -6.62	<0.001
Waist circumference (continuous)	-0.30	-0.95 to 0.33	0.373
MET hours/week (vs. < 3)			
3-8.9	6.03	-3.93 to 16.00	0.235
9-17.9	8.14	-2.87 to 19.15	0.147
≥18	17.32	8.69 to 25.94	<0.001

*Change in SF score can be interpreted as the relative increase/decrease in SF score observed for each categorical variable (i.e., men who exercise ≥18 MET hours/week are likely to have an increase in sexual function score of 17.32 compared with those who exercise for <3 MET hours/week) or increase/decrease per unit increase in the continuous variable analyzed (i.e., for every 1 year increase in age a man is likely to have a 0.93 point decrease in sexual function score compared with a man 1 year younger). All models were mutually adjusted for age (continuous), race (black vs. nonblack), diabetes (categorical, self-reported yes vs. no), smoking status (past and current vs. never), coronary artery disease (history of heart attack or chest pain vs. no history), and waist circumference (continuous).

The bold values represent associations that were statistically significant.
CAD = coronary artery disease; SF = sexual function

Figura 3.-Análisis regresivo lineal multivariable de la puntuación en la función sexual.
Fuente:Simon, R M. et al. (25)

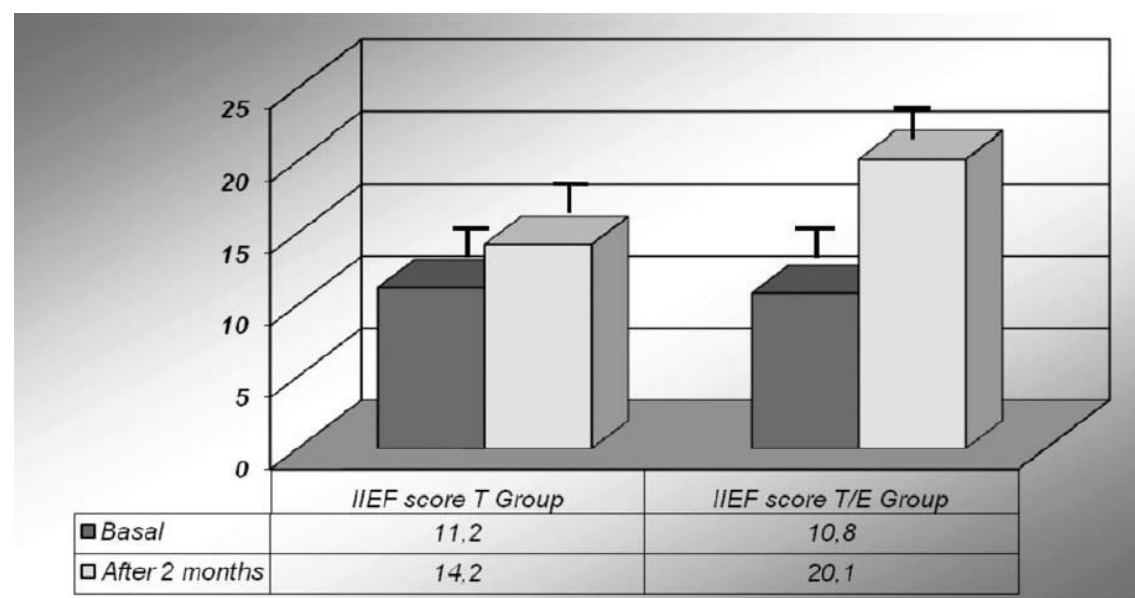


Figure 1. - IIEF Test Score in both Groups (T group: P=0.01660; T/E group: P<0.00001).

(T Group: basal: 11.2 ± 2.1 2th month: 14.2 ± 2.2)

(T/E Group: basal: 10.8 ± 2.0 2th month: 20.1 ± 2.3)

Figura 4.- Puntuación en el test IIEF-5 en el grupo tratado con Tadalafilo y el grupo tratado con Tadalafilo más un programa de ejercicio físico. (Maresca y cols, 2013)(39)

Eventos / Events 2019

Julio

21-24

10th IAS Conference on HIV Science – IAS
CIUDAD DE MÉXICO (México)

<http://www.ias2019.org>

Julio

24-27

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

12-14

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)

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

Diciembre

5-7

SLAMS Bi Annual Congress

SAO PAULO (Brasil)

www.SLAMSnets.org

Eventos / Events 2020

Septiembre

23-26

XX Congreso de la Federación Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual (FLASSES)

LIMA (Perú)

www.flasses.net

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

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

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

NORMAS GENERALES

- Carta de presentación
- Primera página

NORMAS ESPECIFICAS POR SECCIONES

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

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- Tablas y Figuras
- Bibliografía
- Listado de comprobación

NORMAS GENERALES

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

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

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

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

CARTA DE PRESENTACIÓN

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

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

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

PRIMERA PÁGINA

La primera página del texto debe incluir:

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

NORMAS ESPECÍFICAS POR SECCIONES

EDITORIALES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

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

ORIGINALES

ESTUDIOS ORIGINALES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

Resumen

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

Debe incluir el **título del trabajo**.

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

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

-Objetivo: identificación clara del propósito principal el estudio.

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

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

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

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

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

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

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

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

Texto

Se recomienda la redacción en impersonal.

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

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

-Introducción

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

-Material y métodos.

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

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

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

-Resultados

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

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

-Discusión

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

-Agradecimientos

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

-Bibliografía

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

Puntos básicos y esquema general del estudio

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

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

Material informático adicional

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

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

COMENTARIOS A ORIGINALES

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

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

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

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

ORIGINALES BREVES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

CASOS CLÍNICOS

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

La estructura del texto será la siguiente:

-Introducción

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

-Discusión y conclusiones.

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

-Carta de presentación (ver normas generales)

-Primera página (ver normas generales)

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

-Resumen

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

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

El texto debe estructurarse en los siguientes apartados:

Introducción

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

Objetivos

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

Método

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

Discusión

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

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

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

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

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

REVISIONES

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

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

DERECHOS SEXUALES

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

ARTICULOS ESPECIALES

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

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

(con distinta denominación según contenido) :

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación

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

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

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

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

CARTAS AL DIRECTOR

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

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

El número máximo de autores será de 4.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

-TABLAS Y FIGURAS

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

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

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

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

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

-FOTOGRAFIAS

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

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

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

-BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

Revista

1) Artículo ordinario .

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

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

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

2) Author corporativo

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

3) No se indica el nombre del autor

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

4) Suplemento de un volumen

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

5) Suplemento de un número

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

6) Número sin volumen

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

7) Indicación del tipo de artículo

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

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

8) Trabajo en prensa

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

Libros y otras monografías

9) Autores personales

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

10) Editores o recopiladores como autores

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

11) Capítulo de un libro

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

12) Actas de reuniones

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

Material electrónico

13) CD-ROM

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

14) Artículos de revistas en Internet

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

15) Monografías en Internet

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

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

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

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

GENERAL GUIDELINES

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

SPECIFIC GUIDELINES PER SECTION

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

SUPPLEMENTAL INFORMATION

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

GENERAL RULES

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

Calle 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, double space, Times New Roman type 12 cpi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Basic points and overall scheme of the study

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

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

Additional computer material

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

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

COMMENTARIES TO ORIGINAL WORKS

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

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

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

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

SHORT ORIGINALS

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

Maximum number of authors: 6.

The manuscript shall have the following structure:

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

Each section must start on a new page.

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

Results and Conclusions.

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

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

- Results
- Discussion and conclusions

Maximum number of references: 6.

CLINICAL CASES

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

Maximum author number: 6.

The manuscript structure will be as follows:

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

Each section must start on a new page.

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

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

Maximum number of references: 6.

RESEARCH PROJECTS

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

Maximum author number: 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

The text must contain the following sections:

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

Maximum reference number: 20.

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

UPDATES ON SEXOLOGY

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

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

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

Maximum number of authors: 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

Maximum reference number: 50.

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

PUBLICATIONS REVIEWS

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

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

Maximum number of authors: 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

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

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

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

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

REFLECTIONS ON SEXOLOGY

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

The maximum number of authors is 3.

The manuscript must have the following structure:

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

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

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

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

Maximum reference number: 12.

SEXUAL RIGHTS

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

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

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

LETTERS TO THE EDITOR

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

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

Maximum number of authors: 4.

The manuscript must have the following structure:

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

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

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

SUPPLEMENTAL INFORMATION

Tables and figures

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

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

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

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

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

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

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

Photographs

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

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

References

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

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

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

The following are examples of reference formats:

Journal

1) Regular article.

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

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

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

2) 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>