



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 (AESyMES)



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
para la Salud Sexual

ÍNDICE / CONTENTS

Editorial / Editorial

Dilema sexológico: ¿Robots sexuales como alternativa para una salud sexual? 5

Sexual dilemma: Sexual robots as an alternative for sexual health?

MT. Hurtado de Mendoza Zabalgoitia

Artículos científicos originales / Original scientific articles

Amor entre dos mundos. Testimonios de mujeres bisexuales de República Dominicana 8

Love between two worlds testimonies of bisexual women of the Dominican Republic

AE. Ruiz-Ortiz, CJ. Aranda Torres, CM. Bretones Callejas, J. Granero Molina R. García Álvarez

El reinicio de la actividad sexual en las mujeres puérperas según los cambios bio-psico-sociales 27

The resumption of sexual activity in postpartum women, according to physical and psycho-social changes

L. Polanco Reyes, J. Monge Diaz, T. Canto Cetina, M. Ballote Zapata

Reacciones sexuales, físicas y emocionales de mujeres histerectomizadas: Un estudio cualitativo de testimonios 35

Sexual, physical and emotional reactions of hysterectomized women:

A qualitative testimony study

AV. Simó Velázquez, C. Aranda Torres, R. García Álvarez, RE. Almánzar-Montás, M. Aznar Diaz, R. Alarcón Rodríguez

Relación entre los antecedentes de crianza, el abuso en la niñez y la orientación sexual 56

Relationship between the history of parenting, childhood abuse and sexual orientation

N. Álvarez, C. Aranda Torres, C. Fernández, R. Alarcón

El deseo sexual en las personas que viven con VIH 81

Sexual desire of people living with VIH

Original breve / Brief original

“Taller de educación sexual” 87

“Sex education”

I. Salazar Bruque, AR. Jurado López

Caso clínico / Clinical case

“No tengo ganas de nada” ... ¿Eran necesarios cinco años para afrontar el problema? 92

“I do not feel like doing anything” ... Were five years necessary to deal with the problem?

M. Torralba López, S. Martín Ayuso, A. Garriga Badía

Revisiones en sexología / Reviews on sexology

Diabetes Mellitus y disfunciones sexuales femeninas 94

Diabetes Mellitus and female sexual dysfunctions

A. Ferrández Infante, N. Mendoza Ladrón de Guevara, C. San Martín Blanco, AR. Jurado López

Hipersexualidad versus trastorno de conducta sexual compulsiva (TCSC) 104

Hypersexuality versus Compulsive sexual behaviour disorder (CSBD)

F. Navarro-Cremades, R. Hernández Serrano, A. Parra Colmenares,

F. Bianco Colmenares, M. Berenguer Soler, S. Villa Aranda,

AL. Montejo Gonzalez, F. Hurtado-Murillo

Sexualidad y cultura / Sexuality and culture

La Regenta 108

F. López Sánchez

Agenda / Events 120

Normas de publicación / Authors guidelines 121

Boletín de suscripción / Subscription form 150

Revista Desexología

Revista Científica de Sexología

Director

Felipe Hurtado Murillo

Directores asociados

Carlos San Martín Blanco (Santander)

María Pérez Conchillo (Valencia)

Consejo de redacción

Ana Rosa Jurado López (Málaga)

María Lameiras Fernández (Ourense)

Antonio Casaubón Alcaráz (Granada)

Andrés López de la Llave (Madrid)

Comité editorial

Marta Arasanaz Roche (Barcelona)

Rosemary Coates (Australia)

José Díaz Morfa (Madrid)

Rubén Hernández Serrano (Venezuela)

Félix López Sánchez (Salamanca)

Cristina Tania Fridman (Argentina)

José Luis Arrondo Arrondo (Navarra)

Eusebio Rubio 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)

Dilema sexológico: ¿Robots sexuales como alternativa para una salud sexual?

Sexual dilemma: Sexual robots as an alternative for sexual health?

Hurtado de Mendoza Zabalgoitia MT

Doctora en Ciencias de la Salud.

Correspondencia

María Teresa Hurtado de Mendoza Zabalgoitia

Dirección electrónica: terehurtado16@gmail.com

Fecha de recepción: 24 de junio de 2019. **Fecha de aceptación:** 12 de noviembre de 2019

Palabras clave: Muñecos sexuales. Robots sexuales. Salud sexual.

Keywords: Sex dolls. Sex robots. Sexual health.

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

¿El uso de robots o también conocidos como muñecas/os sexuales pudieran ser una alternativa para una salud sexual?

Si por salud sexual se entiende de acuerdo a la definición de trabajo llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud como:

“Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” ⁽¹⁾.

Esta definición no menciona que tenga que llevarse a cabo entre dos humanos/as, sino que, la experiencia sexual sea placentera y segura sin forzar a alguien. Por lo que para lograrlo ¿podría ser con una/un robot sexual?

En la actualidad hay opciones de no únicamente comprar una parte del cuerpo segmentado (genitales ya sea pene o vulva) para satisfacción sexual sino que incluye todo el cuerpo, como es el caso de los/las robots o muñecas/os sexuales que pueden tener aspecto de hombres, mujeres o con ambos sexos (hermafroditas), infantiles, púberes, etc. Son

cada vez más vendidos en muchos países del mundo; donde se mandan a fabricar con las características que la persona desee respecto a la estatura, color de piel, de cabello, ojos, tamaño de los pechos, de la vagina, pene, etc., o que sea igual a una fotografía de alguien, además algunos cuentan con inteligencia artificial que puede responder preguntas e interactuar de manera sencilla y autónoma con la persona, algunos hasta con reconocimiento de la voz o facial.

Para lograr una satisfacción sexual y a su vez con ello una salud sexual, ¿podría ser con el uso de estos robots en forma más generalizada y ser la solución de los problemas sexuales de algunas personas?

Responder a esta pregunta no es fácil ya que se puede analizar desde diferentes perspectivas. Si el problema sexual de la persona es la falta de compatibilidad sexual con su pareja, falta de deseo sexual, el utilizar un robot sexual podría ser la solución a este problema específico, ya que éste siempre estará disponible. Sin embargo las inhabilidades de negociación o de llegar a

acuerdos con la pareja no se solucionan con el robot.

Hay casos en los que el uso de robot pudiera ser de utilidad como es en personas con alguna discapacidad física, que tengan problemas de movilidad o que la misma discapacidad les impida tener coito, ya que se puede mandar a fabricar un robot con los genitales en alguna parte y con ciertas características que le permitan a la persona llevar a cabo coito.

En la misma línea algunas ventajas del uso de robots sexuales pudieran ser útiles en personas con trastorno del espectro autista, a los cuales se les dificulta relacionarse con otros seres humanos y la utilización de dichos robots sexuales sea una alternativa para llevar a cabo coito e interacción sexual ^(2,3). El futuro de la inteligencia artificial conocida como *machine learning* o aprendizaje automatizado de las máquinas permitirá a los robots sexuales aprender por sí solos los comportamientos y respuestas de las personas autistas para poder reaccionar de acuerdo a sus propias necesidades ⁽⁴⁾.

Otro grupo de personas a las que el uso de robots pudiera ser una solución las que tienen miedo a embarazarse o de ser contagiados por alguna infección de transmisión sexual, esto último en caso que el robot no sea utilizado por otras personas ya que si no se toman las medidas higiénicas adecuadas pueden ser el vehículo para transmitir infecciones.

En aquellas personas que se les dificultan las relaciones, menciona David Levy, quien se dedica a la inteligencia artificial desde hace muchos años y ha predicho acerca del uso de los robots sexuales, que se usarán en forma más abierta y rutinaria, hasta habla de casamientos entre robots y humanos para el año 2050 ⁽⁵⁾. En relación a esta predicción que se asemeja a algunas temáticas de película de ciencia ficción en relación al papel que tendrán los robots entre los humanos, genera otras interrogantes y ello llevará a menor comunicación e interacción entre humanos/as para convivir en forma plena, en donde, además, la esperanza de vida cada día es mayor y la convivencia se hace más difícil, y el usar robots como pareja genere aún mayores problemas a largo plazo. Cada vez se ve con

más frecuencia que las personas jóvenes no conviven entre ellas, sino que lo hacen con sus artefactos electrónicos.

En las personas que están en prisión y que por alguna razón tengan impedimento de tener visitas conyugales, el uso de robots pudiera ser una alternativa para disminuir la tensión sexual que en ocasiones se genera al estar reclusos/as en centros penitenciarios.

Por otro lado, también puede ser una alternativa en los asilos ya que en muchos de ellos no se permite la convivencia erótico-sexual entre los ancianos y el uso de estos robots podría ser una alternativa para la satisfacción sexual.

Un uso muy controversial es el uso de robots sexuales infantiles, que pueden tener aspecto desde recién nacidos hasta púberes, el utilizar estos robots sexuales con fisonomía infantil puede ser una alternativa sexual para pedófilos (personas que tienen gusto erótico por menores) y así satisfacer sus deseos sexuales, sin hacerle daño a niños/as; sin embargo, se podría también pensar que ello fomentaría el gusto y atracción por menores pudiendo ello ser peligroso para niños y niñas humanas.

En relación a todas estas alternativas de uso y otras más que se vayan presentando será interesante poder llevar a cabo estudios con un grupo de personas que utilizan estos muñecos/as sexuales y los que llevan a cabo relaciones sexuales de la forma convencional con otros seres humanos y poder evaluar y dar seguimiento para comparar que sucede con ambos grupos.

CONCLUSIÓN

Con la tendencia respecto al uso de robots habrá que reflexionar en las acciones de comportamiento humano que se han llevado a cabo por muchos siglos en donde la comunicación, interacción, creación de vínculos entre parejas ya sean del mismo sexo o del opuesto, ha sido una característica humana, y genera placer y sensación de bienestar debido a que el cerebro secreta una serie de sustancias químicas como dopamina, serotonina ⁽⁶⁾, hormonas como la vasopresina y oxitocina ⁽⁷⁾ que se ha demostrado intervienen en la generación de vínculos estrechos y con ello sensaciones también

placenteras y de pertenencia que nos hace “humanos”. Sin embargo, para algunas personas o en determinados casos como los expuestos previamente, la utilización de muñecos/as robotizados, tal vez pueda ser una alternativa para tener una satisfacción sexual en un mundo cambiante, donde los sexólogos debemos comprender estas nuevas formas de interacción sexual y emocional, con la intención de orientar a las personas que nos lo soliciten, buscando una salud sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual. 2010. (01 de mayo de 2019) Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- 2) Kaliouby R., Picard R., y Baron-Cohen S. Affective computing and Autism. Annals of the New York Academy of Science. 2007 1093(1): 228-248. Doi <https://doi.org/10.1196/annals.1382.016>
- 3) Rudovic, O. Lee, J., Dai, M., Schuller R., y Picard R. Personalized Machine Learning for Robot Perception of Affect and

Engagement in Autism Therapy Computer Science > Robotics 2018, 1. Disponible en: <https://arxiv.org/abs/1802.01186>

4) Bone D., Bishop S., Black M., Goodwin M., Lord C., y Narayanan S. Use of machine learning to improve autism screening and diagnostic instruments: effectiveness, efficiency, and multi-instrument fusion. J. Child Psychol Psychiatry. 2016; 57(8):927-937. doi: 10.1111/jcpp.12559

5) Maines, R. (2008). Love+sex with robots: Evolution of human–robot relationships

6) Garza I. Neurobiología del amor. Medigraphic. 2010; 5(1): 6-8 recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/r-r-2010/rr101b.pdf>

7) Carter C. the role of oxytocin and vasopressin in attachment. Psychodyn. Psych. 2017: 45(4):499-517.

AGRADECIMIENTOS: Al Dr. Eusebio Rubio Aurióles y al Dr. Rafael Jiménez Flores por sus comentarios y sugerencias.

Amor entre dos mundos. Testimonios de mujeres bisexuales de República Dominicana

Love between two worlds. Testimonies of bisexual women of the Dominican Republic

Ruiz-Ortiz AE¹, Aranda Torres CJ², Bretones Callejas CR³, Granero Molina J⁴, García Álvarez R⁵

1- Universidad Autónoma de Santo Domingo: Santo Domingo

Supervisor Clínico, Instituto de Sexualidad Humana, Escuela de Medicina, +1 (809) 685-1128, e-mail: jro0202@hotmail.com

2- Catedrático, Departamento de Geografía, Historia y Humanidades, Edificio Departamental de Humanidades y Ciencias de la Educación II (Edif. C), Planta 2, Despacho 62, Tlf.: +34 950 015238, e-mail: caranda@ual.es.

3- Profesor Contratado Doctor, Departamento de Filología, Edificio Departamental de Humanidades y Ciencias de la Educación II (Edif. C), Planta 2, Despacho 19, Tlf.: +34 950 015390, e-mail: cbreton@ual.es

4- Profesor Titular, Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería, Edificio Central, Planta 1, Despacho 17, Tlf.: +34 950 214589, e-mail: jgranero@ual.es

5- Universidad Autónoma de Santo Domingo: Santo Domingo

Director Médico, Instituto de Sexualidad Humana, Escuela de Medicina, +1 (809) 685-1128, e-mail: raf.garcia@hotmail.com

Correspondencia

Antonio E. Ruiz-Ortiz

Dirección electrónica: jro0202@hotmail.com

Fecha de recepción: 24 de junio de 2019. **Fecha de aceptación:** 16 de octubre de 2019

Resumen

Objetivo: Analizar y dar a conocer los significados y los sentimientos asociados a la bisexualidad femenina a partir de testimonios de mujeres bisexuales en Santo Domingo, República Dominicana.

Metodología: Descriptiva, con un enfoque cualitativo fenomenológico, que utilizó la observación y la entrevista a profundidad como técnicas para la recolección de datos, abordando temas agrupados en estas categorías: Datos Sociodemográficos, Área de Pareja, Fidelidad, Significado de ser bisexual, Religión, Discriminación, Violencia intrafamiliar, Abuso Sexual, Expresiones Sexuales, Percepción de Riesgo y Fantasías Sexuales. Se realizaron doce entrevistas y se les aplicó la Planilla de Orientación Sexual de Klein a las mujeres entrevistadas.

Resultados: La mayoría está en una relación de pareja heterosexual estable y algunas, en una relación homosexual en paralelo, varias suelen hacer tríos con el esposo. Muy pocas parejas heterosexuales no están de acuerdo con esta orientación. Casi todas se dieron cuenta de que les atraían chicos y chicas desde antes de los diez años y su primer contacto sexual, con ambos sexos, ronda los trece años. Muchas expresan ser fieles, que no les gusta que les sean infieles. La mayoría considera que las personas deberían experimentar la bisexualidad una vez en su vida.

Conclusiones: La mayoría de las mujeres entrevistadas se dieron cuenta de su eran diferentes a las demás en el sentido de que desde antes de los diez (10) años de edad se sintieron atraídas por alguien

de su mismo sexo y una reportó haber iniciado vida sexual a la misma edad con alguien de su mismo sexo. Aproximadamente la edad de 10 años también, algunas empezaron a sentirse atraídas por el sexo opuesto y una inició vida sexual con el sexo opuesto. Para la mayoría, su familia y su pareja sabían de preferencia, la mitad participa en tríos e involucran a sus parejas masculinas en los mismos. más de la mitad tienen relaciones formales comprendidas por cónyuges y novios. Las mujeres entrevistadas ya han alcanzado un nivel universitario, una posee un PhD. Expresan que son bisexuales porque son capaces de amar a un hombre o a una mujer, que es algo más allá de tener sexo y que por nada en el mundo cambiarían lo que son.

Palabras clave: Bisexualidad femenina. Bisexualidad. Orientación sexual. Conducta bisexual. Lesbianismo.

Abstract

The **aim** of this research was to enquire and make known the meanings and feelings associated with female bisexuality using testimonies of bisexual women in Santo Domingo, Dominican Republic. The **methodology** used for this research was descriptive, with a qualitative phenomenological approach, which used observation and in-depth interviews as techniques for data collection, addressing topics grouped in such as categories: Sociodemographic Data, Relationship, Fidelity, Meaning of Being Bisexual, Religion, Discrimination, Domestic Violence, Sexual Abuse, Sexual Expressions, Perception of Risk and Sexual Fantasies. Twelve interviews were conducted and the Klein Sexual Orientation Grid. The **results** show that the majority is in a stable heterosexual relationship and some, in a homosexual relationship in parallel, several usually make trios with their husbands. Very few heterosexual couples do not agree with this orientation. Almost all of them realized that they were attracted to boys and girls before they were 10 years old and their first sexual contact, with both sexes, was around 13 years old. Many express being faithful but they do not like to be unfaithful to them. Most believe that people should experience bisexuality once in their life. **Conclusions:** They express that they are bisexual because they are capable of loving a man or a woman, which is something beyond having sex and that for nothing in the world they would change what they are.

Keywords: Female bisexuality. Bisexuality. Sexual orientation. Bisexual behavior. Lesbianism.

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

INTRODUCCIÓN

“Por fin, qué bueno que alguien se ha preocupado por nosotras, que nos están haciendo caso, que nos están tomando en cuenta en un contexto científico y profesional. Ojalá que ustedes puedan ser nuestras voces en la sociedad y no se nos hostigue tanto por lo que somos”.

Barker y colaboradores (2012, pp. 11) expresan que la bisexualidad se refiere generalmente a tener atracción a más de un género. Es un término amplio que puede incluir los siguientes grupos y mucho más: Las personas que se ven como atraídas por

hombres y mujeres, Las personas que son en su mayoría atraídos por un género, pero reconocen que esto no es exclusivo, Las personas que experimentan sus identidades sexuales fluidas y cambiantes en el tiempo, Las personas que ven su atracción como independientemente de su sexo (ya que otros aspectos de la gente son más importantes para determinar por quién se sienten atraídos), Las personas que se disputan la idea de que sólo hay dos sexos y que las personas se sienten atraídas por uno, el otro, o ambos.

Borrillo (2011, pp. 29 y ss.) Plantea que la legalización de los métodos anticonceptivos a finales de los años 1960 ha permitido pensar

la sexualidad como una actividad importante por sí misma, independientemente de las consecuencias que ésta provoque. Entonces, si no es más la reproducción lo que justifica la sexualidad, ya que es legítimo mantener relaciones no reproductivas, la sexualidad entre personas del mismo sexo deja, a fortiori, de ser un tabú y progresivamente su estigmatización se fragiliza. A partir de la idea que considera anormal aquellos comportamientos sexuales que se alejan de la heterosexualidad, la Teoría Queer parte del siguiente presupuesto: el género es una construcción social que permite repensar las identidades independientemente de la lógica binaria de los sexos y la matriz heterosexual de la ley, por lo que no hay dos sino una multitud de sexos ya que no es la anatomía lo que define la diferencia sino ciertos códigos culturales.

En la República Dominicana no se han realizado investigaciones específicas de la bisexualidad femenina. Este es uno de los temas relacionados con la sexualidad humana que suele ventilarse en el marco de alguna conferencia, entrevista a un experto en programas de radio o de televisión y en artículos de periódicos o revistas.

Por lo general, se ha abordado más la conducta bisexual masculina y, de soslayo, se ha tocado un poco la conducta bisexual en mujeres asociadas a conductas de riesgo que son aquellas conductas capaces de potenciar el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual o el consumo de sustancias adictivas. (Rivera-Ledesma; Caballero; Pérez y Montero-López. 2013, pp. 106).

Todavía, hoy día, es más frecuente encontrar resultados de búsquedas de investigaciones o artículos científicos en el tema de la bisexualidad más orientados a hombres que a mujeres. También es un tema que ha permanecido oculto a la vista de la sociedad por todo lo que implica, por el estigma y la discriminación asociados. Además, la bisexualidad femenina se disimula más fácil que la bisexualidad masculina, ya que pueden verse como normal algunas manifestaciones públicas de afecto entre mujeres como que dos mujeres caminen en un lugar público tomadas de las manos o

abrazadas y eso no despierta suspicacia en las demás personas, sin, embargo, si son dos hombres que lo hacen queda en evidencia de que se trata de una relación homosexual.

Aunque se cuenta con muchos estudios realizados en otros países, los cuales no bastan por sí mismos para explicar la bisexualidad femenina en nuestro país, porque, aunque los seres humanos expresemos nuestra sexualidad de formas similares en todo el mundo, la influencia cultural de los grupos poblacionales que se estudian, permiten aflorar características específicas que influirán en que manifestemos nuestra sexualidad de formas muy diferentes.

La Asociación Americana de Psicología (APA 2011. pp. 6) define que la orientación sexual se refiere a si una persona siente atracción sexual por personas del otro género (heterosexual), de su mismo género (homosexual), o de ambos géneros (bisexual).

Para Chegrani (2013. pp. 49), La bisexualidad no es ni la heterosexualidad ni la homosexualidad, pero es heterosexual y homosexual a la vez. Una persona bisexual no considera su orientación sexual como un dato primordial de su sexualidad, de su elección de la otra o del otro en la intimidad; no tiene una orientación sexual dada, inmóvil. Es elocuente constatar que los individuos que se definen como bisexuales suelen ser rechazados, condenados por individuos intolerantes tanto heterosexuales, porque salen de la norma heterocentrada; como homosexuales, porque perjudican la idea de una orientación sexual bipolarizada que se desarrollaría por esencia. La bisexualidad todavía es a menudo considerada como una etapa, hasta que se fije en una orientación sexual más precisa.

De acuerdo con Olvera (2014. pp. 36), La bisexualidad es considerada como una de las orientaciones sexuales diversas, comienza a ser más visible en la población. En Estados Unidos, un 3.5% de la población es definida como bisexual u homosexual. Las identidades y prácticas homo o bisexuales se encuentran entre el 0.5-1 y 5-8% de toda la población masculina sexualmente activa. En México las cifras varían, pero la expresión de orientaciones sexuales diversas va en aumento, al menos 10% de la población no es

heterosexual. De manera más reciente el Instituto de la Juventud en 2013 reporta que el 12% de jóvenes entre 14 y 29 años se define como homosexual o bisexual. Sin embargo, todavía continúa siendo segregada y rechazada debido a que aún es blanco de discriminación, siendo este su mayor problema. No obstante, puede atribuirse que esta discriminación sea producto de las actitudes hacia la bisexualidad, entendidas estas como la tendencia evaluativa hacia algún objeto o persona de forma que refleja un afecto positivo o negativo. Con base en lo anterior, se plantea la existencia de actitudes de rechazo o aceptación a la bisexualidad, no obstante, la tendencia predominante ha sido estereotipar dicha orientación. Pensada como una moda que debería estar prohibida ya que afecta a los heterosexuales y ha sido una estrategia de supervivencia y reproducción la bisexualidad o las personas bisexuales continúan siendo estereotipadas.

Según Juárez et. al. (2012. pp. 941 y ss.), a pesar de no existir tantas diferencias en lo esencial entre los diferentes tipos de orientación sexual, la realidad es que la acción de “salir del closet”, es decir, el hecho de que una persona se declare abiertamente gay, lesbiana o bisexual ante su familia, amigos heterosexuales, compañeros de trabajo, jefes y demás personas, es realizado a veces por el deseo de que su orientación sea aceptada por éstas. En ese momento, los familiares y amigos cuentan con tres opciones básicas que se pueden tomar en referencia al tema de la orientación sexual del ser querido: la aceptación, la preparación para asumirlo y el rechazo. Si se da este último, puede llegar a generar depresión, malestar y en general, una vida muy difícil de llevar.

El planteamiento de Guardarrama & Alfonso (2012. pp. 160) dice que tomar la decisión de aceptar la orientación sexual diferente a la heterosexual no tiene un tiempo específico. Esto puede darse en las diferentes etapas del desarrollo. Muchas personas pueden comenzar en una etapa temprana como la adolescencia, otros pueden enfrentar el proceso en la adultez joven, otros en la adultez media y hasta puede llegar a suceder en la etapa de la adultez tardía. Hay quienes pasan

la vida entera en el clóset, tratando de ocultar su orientación sexual. Hay quienes piensan que nadie conoce que tienen una orientación sexual diferente a la heterosexual, aunque todas las personas de su entorno están seguras de que sí la tienen. En un sentido amplio, todos tenemos un armario, entendido como un espacio de privacidad, intimidad o secreto que no deseamos compartir con nadie o solo con las personas de confianza. El clóset para muchos homosexuales es un mecanismo de protección para aquello que la sociedad cataloga como una conducta pecaminosa y anormal. El proceso de salir del clóset conlleva a que el sujeto se enfrente a aquellos estigmas y prejuicios existentes. En un gran número de casos, esta situación produce conflictos psicológicos, depresión, malestar y es una vida muy difícil de llevar. Es por eso que muchas personas, generación tras generación, decidieron mantenerse en el clóset, viviendo su vida en secreto. El salir del clóset y aceptar la orientación sexual diferente en cualquier lugar del mundo, posibilita enfrentar todos los prejuicios creados hacia esta población.

Las personas con orientación sexual diferente a la heterosexual tienen que entrar en un proceso que a los heterosexuales su orientación sexual no les exige, por ser la norma establecida por la sociedad. El salir del clóset y aceptar la orientación sexual homosexual en cualquier parte del mundo, conlleva enfrentar todos los prejuicios creados hacia esta población.

ANTECEDENTES

Puesto que la civilización griega es considerada como la cultura que sirvió de base a la civilización occidental, señalamos que Palau (2016, pp. 32) expresa que la sociedad griega durante la época antigua, las relaciones homosexuales eran uno de los aspectos característicos, entre muchos otros. La conducta más conocida es la denominada *paiderastia*, que consiste en la relación que mantenía un maestro con su discípulo, relación que tenía unas características especiales, pues se establecía entre ambos un vínculo afectivo, de tipo espiritual, intelectual y pedagógico que, en ocasiones podía ser sexual, aunque con ciertas limitaciones. Pero

la importancia de las relaciones homosexuales en la sociedad griega ha sido discutida por la doctrina.

Es preciso señalar que en este periodo de la historia la homosexualidad femenina está menos documentada, aunque existen algunas manifestaciones que constatan su existencia, como la obra poética de Safo, poetisa de la isla de Lesbos, de donde provienen los términos safismo y lesbianismo para referirse a la homosexualidad femenina.

Respecto a esto, hay opiniones encontradas, tales como la de Boswell (1993. pp. 78) quien sostuvo que el amor homosexual ocupaba un lugar preferente en la sociedad griega. Sin embargo, para Licht (1976, pp. 372) esto estaba matizado por un carácter elitista y era exaltado por los grandes filósofos griego. Finalmente, Cantarella (1991. pp. 271) afirmó que lo habitual era la existencia de bisexualidad en la sociedad griega, dado que los varones debían contraer matrimonio para salvaguardar la continuación de la estirpe.

También en el mundo antiguo romano, Palau (2016, pp. 36), dice que existían indicios de homosexualidad, tanto masculina como femenina. Sin embargo, en la sociedad romana las prácticas homosexuales se limitaban a que el varón asumiera el papel de sujeto activo, y nunca el pasivo. Esta conducta, así como la paiderastia, eran sancionadas en la Lex Scantinia con una pena pecuniaria.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, Sigmund Freud desarrolló una teoría de la sexualidad basada en el análisis de sus clientes. Por lo que Freud (1920, pp. 1172), expresa:

...para explicar las necesidades sexuales del hombre y del animal plantea la existencia de un instinto sexual, del mismo modo que supone para explicar el hambre de un instinto de nutrición. Pero el lenguaje popular carece de un término que corresponda al de hambre en lo relativo a lo sexual. La ciencia usa en este sentido la palabra libido.

La opinión popular posee una bien definida idea de la naturaleza y caracteres de este instinto sexual. Se cree firmemente que se exterioriza en los fenómenos de irresistible atracción que un sexo ejerce sobre el otro, y que su fin está constituido por la cópula sexual

o a lo menos por aquellos actos que a ella conducen.

Antes de entrar en su discusión fijaremos el sentido de los términos que en la misma hemos de emplear. La persona de la cual parte la atracción sexual la denominaremos objeto sexual, y el acto hacia el cual impulsa el instinto, fin sexual.

La experiencia científica nos muestra que tanto respecto al objeto como al fin existen múltiples desviaciones, y que es necesaria una penetrante investigación para establecer las relaciones que dichas anomalías guardan con lo considerado como normal.

A la teoría popular del instinto sexual corresponde la poética fábula de la división del ser humano en dos mitades -hombre y mujer-, que tienden a reunirse en el amor. Causa, pues, una gran extrañeza oír que existen hombres y mujeres cuyo objeto sexual no es una persona de sexo contrario, sino otra de su mismo sexo. A estas personas se las denomina homosexuales; o mejor, invertidas, y el hecho mismo, inversión. Los invertidos se conducen muy diferentemente unos de otros como se explica a continuación:

a) Son invertidos absolutos; esto es, su objeto sexual tiene necesariamente que ser de su mismo sexo, no siendo nunca el sexo opuesto objeto de su deseo sexual. b) Son invertidos anfígenos (hermafroditas psicosexuales); esto es, su objeto sexual puede pertenecer indistintamente a uno u otro sexo. La inversión carece, pues, aquí de exclusividad. c) Son invertidos ocasionales, o sea que bajo determinadas condiciones exteriores de las cuales ocupan el primer lugar la carencia de objeto sexual normal y la imitación pueden adoptar como objeto sexual a una persona de su mismo sexo y hallar satisfacción en el acto sexual con ella realizado.

Resultados de encuestas modernas

- **Noruega, 1988:** El equipo de investigación de Sundet, J. M., et al. (pp. 53-60), reportaron en una muestra aleatoria de 6.300 noruegos, que un 3,5% de los hombres y un 3% de las mujeres informaron que habían tenido experiencias homosexuales en algún momento de su vida.

- **Canadá, 1988:** King et al. realizaron un estudio (pp. 88) con 5.514 estudiantes de institutos universitarios menores de 25 años encontró que un 1% de los estudiantes era homosexual y un 4% era bisexual.
- **Dinamarca, 1992:** Un estudio conducido por Melbye & Biggar (pp. 593-602)) con una muestra aleatoria, se concluyó que un 2,7% de los 1.373 varones tuvieron experiencias homosexuales a lo largo de su vida.
- **Canadá, 1998:** Bagley and Tremblay (pp. 1-18) realizaron un estudio basado en un diseño muestral estratificado con 750 hombres entre 18 y 27 años en Calgary, Canadá, incluyó preguntas sobre actividades y orientación sexual. 15,3% de los hombres indicó que era "*homosexual en algún grado*" basado en la medida de tres, a veces solapando, medidas de homosexualidad: (1) voluntaria, contacto con personas del mismo género con edad entre 12 y 27 años: 14,0%; (2) solapando identificarse a sí mismo con homosexualidad (5,9%) y/o bisexualidad (6,1%): 11,1%; (3) exclusivamente (4,3%) y no exclusivamente (4,9%) relaciones con personas del mismo sexo durante los últimos 6 meses: 9,2%.
- **Estados Unidos, 1990-1992:** El Instituto Nacional de Salud (American National Health. pp. 204) realiza, de forma habitual, encuestas en hogares estadounidenses. El resultado de tres de estos estudios, realizados entre 1990-1991, y basados en unas 9.000 encuestas respondidas en cada estudio, encontró que entre un 2-3% de las personas encuestadas, dijeron sí a un conjunto de frases, las cuales incluían "*Tú eres un hombre quien ha tenido sexo con otro hombre desde 1977, al menos una vez*", (Dawson, D. & Hardy, A. M. *National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control, Advance Data*, 204, 1990-1992).
- **Estados Unidos, 1992:** El Instituto Nacional de Salud y de Investigación Social (Laumann, 1992) preguntó a 3.432 encuestados si habían tenido alguna experiencia homosexual. Se encontró que un 1,3% de las mujeres durante el pasado año, y un 4,1% en los últimos 18 años; para los hombres, 2,7% durante el pasado año, un 4,9% en los últimos 18 años.
- **Francia, 1992:** Un estudio entre 20.055 personas encontró que un 4,1% de los hombres y un 12,6% de las mujeres habían tenido al menos una experiencia a lo largo de su vida con personas de su mismo sexo.
- **Canadá, 2003:** Un estudio entre 135.000 canadienses encontró que un 1,0% de las personas se identificaban a sí mismos como homosexuales y un 0,7% se identificaban a sí mismos como bisexuales. Sin embargo, un 0,9% de las mujeres informaron que eran bisexuales, un porcentaje significativamente mayor que la proporción de 0,6% declarado por los hombres.
- **Australia, 2003:** El mayor informe y más complejo en Australia hasta la fecha fue realizado mediante encuesta telefónica con 19.307 encuestados, con edades comprendidas entre los 16 y los 59 años en los años 2001-2002. El estudio encontró que un 97,4% de los hombres se identificaban como heterosexuales, 1,6% como gays y un 0,9% como bisexuales. Relativo a las mujeres, un 97,7% se identificaron como heterosexuales, un 0,8% como gays y un 1,4% como bisexuales.

De acuerdo a Fernández y Vázquez (2013. pp. 2), explican que los significados culturales juegan un papel fundamental en la salud mental. Es sabido que se suele valorar de forma negativa la orientación sexual gay, lesbiana y bisexual, por lo cual existe prejuicio y opresión hacia las personas no heterosexuales y que la homofobia

internalizada se presenta cuando las personas gay, lesbianas y bisexuales incorporan en su auto concepto los significados negativos, los prejuicios y los estereotipos asociados con la homosexualidad y la transgresión de género, lo que provoca que tengan actitudes y reacciones negativas hacia su propia homosexualidad, así como también hacia la homosexualidad de otros, su transgresión de género y la de otros. Dado que hay un vínculo simbólico entre la homosexualidad y la transgresión de género, considera que este aspecto debe ser incorporado en la definición de homofobia internalizada. El temor a ser rechazado y discriminado está relacionado con el que muchas personas homosexuales opten por callar y ocultar su preferencia, haciendo particularmente retador para un individuo homosexual identificarse como tal. El proceso de desarrollo de la identidad sexual en la adolescencia puede ser uno complicado y difícil, más aún si el/la adolescente se encuentra cuestionando su identidad sexual. Los profesionales de la psicología están muy conscientes de que el estigma asociado con la salud mental tiene un impacto negativo, no sólo entre aquellos con problemas de salud mental, sino en toda la sociedad, pues desalienta el que las personas busquen ayuda para sus problemas emocionales.

De igual manera, Zúñiga (2012. pp. 242) aclara que esta amenaza hace despertar discriminación hacia las orientaciones sexuales, identidades o expresiones de género diferentes a la heterosexual. Así tenemos la homofobia, que es precisamente el rechazo y odio hacia las personas que se relacionan de forma erótica, sexual y amorosa con personas de su mismo sexo, es decir, gais y lesbianas; dicho en otras palabras, es la discriminación por orientación sexual. Cuando esa aversión se manifiesta contra homosexuales, bisexuales y transgéneros, se está frente a la homofobia, bifobia y transfobia.

Para trascender estas fobias que producen discriminación o rechazo hacia las orientaciones sexuales, identidades o expresiones de género diferentes a la heterosexual, debemos promover acciones encaminadas a la implementación de

programas de Educación Afectivo y Sexual con bases científicas.

Finalmente, Vargas, Aguilar, & Jiménez (2012. pp. 54 y ss.) explican que la educación en general y, dentro de esta, la educación sexual, llamada por algunos autores educación afectiva y sexual, fundamentada en un principio de respeto a los derechos humanos, en un conocimiento científico-profesional, acogida con una actitud pro-positiva de sexualidad y amparada en una ética relacional, es factor esencial para que una sociedad fortalezca sus principios democráticos, de paz, libertad, igualdad, tolerancia y solidaridad. Por este motivo, se necesitan conocimientos claros y precisos que la fortalezcan y permitan su potencialización de forma integral durante las diversas etapas evolutivas de las personas. Del desarrollo pleno de la dimensión sexual del hombre o la mujer (como derecho universal) deriva la satisfacción de sus necesidades básicas humanas, como pueden ser el conocimiento de sí mismo(a), la salud, la intimidad, el gusto y deseo de contacto, la comunicación afectiva, la seguridad emocional, la expresión del afecto, la ternura y el amor. La educación constituye un factor necesario para que el ser humano logre un conocimiento y construcción de su propia sexualidad (y por ende de su yo sexual), le proporciona las bases donde afianzará de forma positiva las relaciones de interacción entre los sujetos y su medio social, para lo cual genera una especie de blindaje que mantenga al individuo atento en proyectos relativos a su formación como persona. La educación se constituye en un factor necesario para que el ser humano logre un conocimiento y construcción de su propia sexualidad (y por ende de su yo sexual), le proporciona las bases donde afianzará de forma positiva las relaciones de interacción entre los sujetos y su medio social, para lo cual genera una especie de blindaje que mantenga al individuo atento en proyectos relativos a su formación como persona. Para esto es preciso contar con un sistema de enseñanza y aprendizaje que reconozca y afiance la educación sexual como un proceso dinámico en todo el ciclo vital.

A lo largo de los últimos tiempos han sido muchos los grupos y sectores que han

reivindicado la educación sexual tanto en nuestro país, como a nivel internacional; desde diferentes planteamientos ideológicos, traducidos en definiciones y modelos para asumir esta tarea. Frente a modelos moralistas que han pretendido y pretenden regular moralmente la vida sexual de las personas; o frente a aquellos otros que lo único que persiguen es que la sexualidad no sea motivo de enfermedad, basados de este modo, en una concepción reduccionista de la salud.

MÉTODO

Debido a que el objetivo fue analizar y dar a conocer los significados y los sentimientos asociados a la bisexualidad femenina, de mujeres bisexuales, a partir de sus testimonios, se consideró que el método más adecuado para realizar esta investigación fue el método cualitativo con enfoque fenomenológico, puesto que según Juárez et al. (2012. pp. 934), este enfoque explica que la existencia implica que los comportamientos humanos se contextualizan por las relaciones con los objetos, las personas, los sucesos y las situaciones. También Sampieri y cols. (2014. pp. 493) establecen que lo que implica que el diseño fenomenológico se enfoca en la esencia de la experiencia compartida, ya que su propósito principal es explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias.

PARTICIPANTES

Las doce (12) participantes seleccionadas, por conveniencia, para el estudio son pacientes registradas del Instituto de Sexualidad Humana, Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana y cumplieron cabalmente los criterios de que se establecieron.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO.

La recolección de datos, grabados en formato de audio, se llevó a cabo mediante entrevistas a profundidad con una guía de preguntas en función a once (11) categorías temáticas con un total de setenta y siete preguntas (77). Inicialmente se diseñó una guía de preguntas que respondía cuatro (4)

categorías con un total de 37 preguntas, luego, este instrumento fue revisado por seis (6) expertos que incluyeron más categorías y más preguntas. Finalmente, se les pidió a cinco (5) mujeres bisexuales que no pertenecen a la muestra seleccionada, después de explicarles el propósito de la investigación, que lo revisaran y a la vez lo socializaran con otras mujeres bisexuales y finalmente quedó el siguiente instrumento, el cual duraba entre una y dos horas en su aplicación. Para las mujeres que participaron en el estudio, esta guía de preguntas no les impidió hablar de otros temas relacionados que no fueron contemplados en la misma.

Antes de la aplicación definitiva de las entrevistas a profundidad, se hizo una prueba piloto con dos mujeres bisexuales y tres heterosexuales. Esta prueba piloto dio como resultado que las entrevistas fluían muy bien, no causaron incomodidad y todas las preguntas se entendieron perfectamente.

También se aplicó la Planilla de Orientación Sexual de Klein que es una escala autoaplicada para describir la orientación sexual de una persona, de una manera más detallada e informativa que métodos anteriores, como la escala de Kinsey, y fue introducido por el Dr. Fritz Klein en su libro de 1978, *La opción bisexual*. Para cada persona, establece siete variables componentes de orientación sexual. Estas variables se evalúan en tres períodos de tiempo diferentes: el pasado de la persona, su presente, y su futuro ideal. La persona recibe una calificación de 1 a 7 para cada uno de las 21 combinaciones resultantes. Algunas consideraciones importantes sobre el uso de la Planilla de Orientación Sexual de Klein en las propias palabras del Dr. Klein:

“...continuo es la palabra clave aquí. No hay poblaciones discretas de heterosexuales, bisexuales y homosexuales. Con esto en mente, todavía es útilísimo el clasificar a las personas de acuerdo con sus experiencias y/o respuestas. La atracción sexual no es sinónimo de conducta sexual. Una persona puede ser atraída por uno de los géneros (Atracción sexual) y aun así tener relaciones sexuales con el otro (Conducta sexual) ... Hay individuos capaces de fantasear que están

teniendo relaciones sexuales con uno o ambos sexos (Fantasías sexuales)”. (Klein, 1993)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todas las mujeres accedieron a participar voluntariamente en esta investigación, por lo que se tomaron en cuenta los lineamientos internacionales de los protocolos éticos aplicados a las investigaciones con seres humanos, los cuales fueron explicados a cada participante antes de ser entrevistada. Estos protocolos, incluyendo el consentimiento informado, enfatizan el respeto y cuidado de la dignidad humana de las participantes, la confidencialidad de su identidad y de las informaciones que provean, cómo esta investigación la puede ayudar o como consecuencia de su participación puede ayudar a otras mujeres con su situación, comunicarles los posibles riesgos que puedan tener al participar en esta investigación, que su implicación en la misma es voluntaria, por lo que puede retirarse de ella en el momento que lo desee si así lo considera, los costos y/o beneficios que se puedan desprender de la misma y cualquier compensación que se haya contemplado por su participación. Al finalizar estas explicaciones se les solicitó que leyeran el consentimiento informado y, si estaban de acuerdo, que llenaran y firmaran un formulario de consentimiento informado que resalta todos estos puntos y qué con su firma, indican que entendieron todas estas consideraciones y que dieron su aprobación para participar de manera voluntaria en esta investigación.

RESULTADOS

“Para expresar mi atracción hacia las personas, lo hago sólo si es una chica porque es más fácil ya que te le puedes acercar con la excusa de ser amigas. Con ellos no soy tan abierta, además no me gusta porque regularmente los varones son muy vanidosos cuando una chica se les declara”

Las edades de las mujeres entrevistadas oscilan entre 18 y 37 años y promedian los 26 años. En cuanto a relaciones de pareja heterosexuales, tres de ellas están casadas, de las cuales dos tienen hijos y dos están en unión libre y una tiene una hija, tres en una relación

de noviazgo y cuatro están solteras. De las que están en una relación de noviazgo y las solteras, una vive sola, cuatro viven con su familia nuclear y las dos restantes viven con sus madres en un hogar monoparental. De las cinco que tienen convivencia marital formal, una tiene una pareja homosexual paralela, el esposo de una de ellas no está muy de acuerdo, pero lo tolera.

“Además de enamorarme, lo que me hizo formar pareja y salir de la casa de mis padres era la independencia para poder tener relaciones sexuales con otras mujeres ¡y que las mujeres no embarazan!”

Acerca del nivel académico, una de las participantes tiene grado PhD, es investigadora y docente universitaria, cinco tienen grado universitario, dos tienen puestos gerenciales y tres de asistentes; tres están cursando estudios universitarios y acaban de insertarse al mercado laboral, una como recepcionista y las otras dos en un Centro de llamadas (Call Center).

“él me dice que en nuestra cama puede haber todas las arepas (mujeres-vaginas) que yo quiera pero que el único salami (pene) es el suyo, que él tiene salami para repartir”

Para siete de ellas, sus parejas o familias saben de su orientación, mientras que cinco de ellas no. Las mujeres entrevistadas reportan una edad de primera atracción homosexual a los 7 años y la más tardía a los 29, siendo la edad promedio 13 años y la edad más temprana que se reportó haber iniciado su vida sexual con el sexo opuesto es de 11 años, siendo 21 años la edad más tardía y la edad promedio es de 15 años. Respecto a haber iniciado su vida sexual con el mismo sexo, 10 años es la edad más temprana y 23 años es la edad más tardía y la edad promedio es de 16 años.

“Mi mayor preocupación es cómo reaccionarán mis padres, pero que no obstante, eso no sería obstáculo para ser bisexual”

Nueve de ellas afirman reconocer a simple vista a otra mujer bisexual, a veces por sus gestos, por su forma de vestir, algunas poses y

la forma como abordan a las mujeres en sentido general, en otras palabras, consideran que hay un estereotipo de la mujer bisexual.

“Según yo, lo común es nuestra manera de estar, casi siempre en coqueteo, tendemos a ser alegres y querer el contacto con las personas, la integración. Nunca había pensado en esto, pero no sé, tan sólo me doy cuenta, es extraño”.

Diez de ellas rechaza la idea de participar en una orgía y, de hecho, no han participado, mientras que dos reportaron haberlo hecho y motivaron a su pareja del sexo opuesto a participar también de la misma orgía. Este hallazgo se contrapone a la creencia común de que las bisexuales, en general, son personas promiscuas. Ocho de ellas han participado en tríos. En la mayoría de los casos, promueven e involucran a su pareja del sexo opuesto con la pareja que tienen de su mismo sexo en una relación de tríos.

A propósito de Estigma y Discriminación, cinco de ellas han sido agredidas por ser bisexuales.

“Por causa de mi atracción por mi mismo sexo he sido insultada un millón de veces. Desde “rastrera” a “engendro del demonio” y muchas más. “Vagabunda” y “sin moral” o “sinvergüenza” son las más comunes. Usualmente esto pasa cuando les doy afecto a mis parejas de mi mismo sexo en lugares públicos”.

En cuanto a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), dos de ellas han tenido alguna. Tres tienen contacto sexual con mujeres desconociendo su estatus serológico. En relación con su pareja, a excepción de una, que conoce por el momento, el status serológico de su actual pareja, el resto del grupo no, por lo que cada una de ellas está en riesgo de contraer una ITS si su pareja heterosexual no practica la fidelidad, no usa protección con otras parejas o usa drogas endovenosas.

“Sí, actualmente y creo que es VPH, ya fui al ginecólogo, me recomendó un producto y como estaba menstruando, me recomendó regresar con ese producto varios días después de que me pasara la menstruación. Mi pareja actual, mi novio, me lo transmitió y él lo sabe

y ya ha recibido tratamiento con un primo que es médico”.

Respecto a hábitos tóxicos, tres de ellas son usuarias de narcóticos en algunos eventos sociales ocasionales, ocho de ellas son bebedoras sociales y tres fuman cigarrillos.

En relación a lo que consideran que es ser bisexual, todas coinciden en que se trata de la capacidad de sentir atracción y poder enamorarse de una persona de su mismo sexo y/o del sexo opuesto. Nueve dicen que se sienten cómodas y tres que se sienten orgullosas de lo que son.

“Para mi ser bisexual es una mujer o un hombre que pueda sentir, tanto amor como atracción física a una persona del sexo opuesto o de su mismo sexo, no hace distinción entre uno y otro y me siento cómoda con lo que soy, ya que para mí lo importante es la persona”

DATOS DE LA PLANILLA DE ORIENTACIÓN SEXUAL DE KLEIN

Se han escogido las variables: **Comportamiento Sexual, Preferencia Emocional y Auto Identificación**, puesto que consideramos que son éstas las que mejor evidencian la multidensión de la sexualidad. Como lo refieren las mujeres entrevistadas, quienes comentaron que aunque anteriormente *“se sentían atraídas por otra muchacha”*, consideraban que no *“debían dar paso”* a esa atracción porque tenían la creencia de que era algo *“que no era correcto”* y que por mucho tiempo vivieron con *“sentimientos de culpa y de que estaban haciendo algo mal”* y que por eso podrían *“decepcionar a sus familias”* y que no se esperaba *“algo así de ellas”*, por lo que se reprimieron por un tiempo hasta que se decidieron a vivir su convicción interna *“de sentir atracción por alguien de su mismo sexo, sin dejar de sentir atracción por alguien del sexo opuesto”*.

Los números entre paréntesis que aparecen en las siguientes tablas, hacen referencia a la cantidad de respuestas dadas por las mujeres bisexuales entrevistadas.

Comportamiento Sexual

Las respuestas en este coinciden con los diversos estudios. Existe una gran variedad que se considera puede corresponderse con las circunstancias de las mujeres entrevistadas. El énfasis en la actividad sexual genital, en lugar de otros aspectos del afecto, crea confusión al enfocar la bisexualidad. Genitalidad no es toda la sexualidad. Es probable que la sexualidad, que incluye a la bisexualidad, se relaciona al afecto, a la afiliación, como a la conducta genital.

A esto se puede agregar: su disponibilidad, intereses, disponibilidad de las parejas, vínculos que se han creado o se pueden crear. No son sus relaciones sexuales con mujeres y hombres necesariamente iguales en número como podría implicar el prefijo bi. De hecho, los tipos 50:50 se creen que son bastantes raros. Las mujeres bisexuales pueden inclinarse a uno u otro sexo en una relación 60:40 o 30:70. Y por esto, cual puede que tengan preferencia por su mismo o el otro sexo, pero continúan erotizando a ambos o permanecen abiertos a una relación sexual.

Preferencia Emocional

De todas dimensiones, ésta es la que más variabilidad presenta en los tres tiempos. Las mujeres de la muestra tienen, al momento de sus entrevistas, relaciones afectivas con masculinos que coincide con la variedad de proporción de otros estudios.

Auto-Identificación Sexual

El uso de la escala solo tiene como momentos fijos, como fotografías en un álbum, las situaciones pasadas y el presente. Lo del futuro (donde parecen agruparse los ideales) es una visión que puede modificarse en función de las experiencias, eventos que las rodeen, de las oportunidades y de sus intereses pues *“Varios sujetos han alterado su conducta sexual durante su vida tanto para incluir o excluir la actividad bisexual”* (Dixon, 1984).

Para esta variable, el estado de invisibilidad de la bisexualidad persiste en una parte importante de las personas de su entorno y agregamos que esa invisibilidad era variable a lo largo del tiempo. Más de la mitad de las mujeres entrevistadas tenían una auto identificación bisexual en los tres tiempos, y

ninguna se autoidentificó como heterosexual exclusiva ni homosexual exclusiva.

DISCUSIÓN

Encontramos que las mujeres bisexuales tenían, en su mayoría, una edad comprendida entre los 18 a 37, promediando los 26 años; la edad promedio de la primera atracción homosexual fue a los 7 años y la más tardía a los 29 años; la edad menor que se reportó haber iniciado su vida sexual con el sexo opuesto es de 11 años y 21 años la más tardía; respecto a haber iniciado su vida sexual con el mismo sexo fue de 10 años y la edad más tardía es de 23 años. Acerca de que sus familiares conocían de su preferencia y/o prácticas sexuales, más de la mitad de las entrevistadas respondieron que sí; en cuanto a si lo sabe su cónyuge, la mitad reportó que sí; en relación a participar en algún evento de trío, la mitad respondió afirmativamente.

En cuanto a relaciones de pareja heterosexuales, más de la mitad tienen relaciones formales comprendidas por cónyuges y novios, la minoría está soltera. De las que están en una relación de noviazgo y las solteras, una vive sola, cuatro viven con su familia nuclear y las dos restantes viven con sus madres en un hogar monoparental. De las cinco que tienen convivencia marital formal, una tiene una pareja homosexual paralela, el esposo de una de ellas no está muy de acuerdo, pero lo tolera. Estos hallazgos tienen semejanzas con las Weinberg; Williams; Pryor (1995), quienes encontraron que las mujeres bisexuales tenían, en su mayoría, una edad comprendida entre los 25 a 44 años. En cuanto a relaciones de pareja, una cuarta parte no estaba en relación con hombres; la mitad tenía una relación; una cuarta parte tenía más de una; y, Klein (1978), en una muestra de 27 mujeres bisexuales tenían una edad promedio de 28 años; en cuanto a relaciones de pareja, muy pocas estaban casadas, y un algunas convivían con una pareja masculina.

Las mujeres entrevistadas ya han alcanzado un nivel universitario, una posee un PhD, viven con sus familias, excepto una, que vive sola, la mayoría tiene un empleo y están en una relación de pareja conyugal o de noviazgo y pocas tienen hijos.

Más de la mitad ha informado a sus familias y parejas su orientación, pero no necesariamente lo ha hecho de conocimiento público, lo que coincide con los hallazgos de Weinberg; Williams; Pryor (1995), que un poco más de la mitad dijo que sus familiares conocían de su preferencia y/o prácticas sexuales y cerca de la mitad de sus cónyuges también. No obstante, es muy diferente a lo reportado por Klein (1978), que solo una minoría dijo que sus familiares conocían de su preferencia y/o prácticas sexuales y en relación a si lo sabe su cónyuge, muy pocas lo afirmaron.

“Sueño en lo físico. Soy muy abierta porque me gusta vestir y actuar como mi sexo y en lo sexual me gusta hacer sentir como si yo fuera el opuesto”.

Que no se registre un mayor porcentaje de mujeres bisexuales puede atribuirse al temor de la reacción de la familia o la pareja al enterarse. Aquí se agrega, el problema que deriva para una mujer la posibilidad de la pérdida de una relación importante, familiar, amistad o de pareja:

... “las parejas están, típicamente, muy traumatizadas para darse cuenta de cómo la revelación (de la conducta, orientación o preferencia) de su cónyuge puede afectarlos. Algunos dejan el matrimonio de inmediato o se lo piden a la pareja. Otros permanecen, inseguros de lo que va a pasar y esperan a que el matrimonio pueda funcionar... Cual sea la acción que se tome, los cónyuges lentamente se percatan de enfrentar a siete grandes cuestiones: daño a su sexualidad, negación de su concepto de matrimonio, conflictos en los roles de cónyuge y padre, destrucción de su auto-concepto, ruptura de su confianza e integridad, un posible rompimiento familiar y desintegración de su sistema de creencias”.

“He tenido relaciones con personas de mi mismo sexo durante esta unión. Actualmente tengo una amante del mismo sexo y mi esposo no lo sabe. Yo quiero a mi esposo pero no puedo dejar de estar con las mujeres, y es que todos los días quiero más, al extremo que he estado con dos mujeres y un

hombre que no es mi esposo. Es que no puedo dejar de hacerlo. No me gusta engañar a mi pareja, pero no sé cómo lo tomaría si yo le digo todo lo que he hecho a sus espaldas”.

“He tenido relaciones con otra compañera que tenía, mi esposo se dio cuenta porque nos encontró besándonos y se puso como una fiera, me dio golpes y me botó de la casa, en tono de pleito se lo dijo a mi mamá y ella no le creyó, pero después me pidió perdón y nos arreglamos”.

En el planteamiento de Cohen & Tannenbaum, (2001), se plantea que la mayoría de las mujeres bisexuales afirman poder reconocer a simple vista a otra mujer bisexual, a veces por sus gestos, por su forma de vestir, algunas poses y la forma como abordan a las mujeres en sentido general, en otras palabras, consideran que hay un estereotipo de la mujer bisexual. Al parecer las bisexuales y lesbianas muestran atracción a las formas de cuerpo que se parecen a las suyas, ya que parecen presentar menos internalización de los estándares sociales de lo que es atractivo en comparación con las heterosexuales”. La muestra de nuestro estudio parece favorecer además de la forma de cuerpos parecidos a ellas, otros aspectos como tamaño y forma de los senos, color de pelo, fantasías en torno a la variedad de contacto genital que podrían realizar.

Se reporta la primera atracción homosexual a los 7 años y la más tardía a los 29, siendo la edad promedio 13 años. Estos hallazgos difieren enormemente de los reportados por Weinberg; Williams; Pryor (1995), quien encontró que la edad promedio de la primera atracción homosexual es de 16.9 años y para Klein (1978), la edad promedio de la primera atracción homosexual es de 17 años. Consideramos que esta diferencia puede obedecer a un factor cultural, debido a que en República Dominicana los niños tienen muchas oportunidades de socializar con los primos y los niños del vecindario, lo que puede facilitar oportunidades de poder curiosear respecto al cuerpo, a la desnudez, la

sexualidad y, probablemente, el inicio temprano de las relaciones sexuales.

La edad más temprana que se reportó haber iniciado su vida sexual con el sexo opuesto es de 7 años, 21 años la edad más tardía y la edad promedio es de 15 años, lo que coincide con lo reportado por Weinberg; Williams; Pryor (1995), la edad promedio en la que su vida sexual con el sexo opuesto es de 14.7 años, mientras que los resultados de Klein (1978), dicen que es de 15.5 años

Respecto a haber iniciado su vida sexual con el mismo sexo la edad más temprana es 10 años y 23 años es la edad más tardía y la edad promedio es de 16 años, lo que difiere con lo encontrado por Weinberg; Williams; Pryor (1995), que reporta 21.4 años como edad promedio y Klein (1978), reporta 23 años como edad promedio. Consideramos que estas diferencias se deben a las razones culturales mencionadas anteriormente.

En las mujeres entrevistadas encontramos que, al momento de elegir una pareja, no es el sexo de la pareja más importante en la selección del compañero/a romántico/a y sexual, puesto que consideran otros elementos que tienen que ver cómo se van sintiendo el acoplamiento en el proceso de irse convirtiendo en parejas.

Más de la mitad han participado en tríos. En la mayoría de los casos, promueven e involucran a su pareja del sexo opuesto con la pareja que tienen de su mismo sexo en una relación de tríos. Esto coincide con lo reportado por Weinberg; Williams; Pryor (1995), Un poco más de la mitad ha participado en algún evento de trío.

“Participar en tríos es una experiencia que nos une y fortalece más con mi pareja del sexo opuesto, ya que él no se siente amenazado por la idea de que le están pegando los cuernos, por el contrario, como si fuera un ticket de lotería que hubiera jugado y ganado, él sale ganador porque le llevo a mi pareja de mi mismo sexo como una especie de ofrenda para disfrutarnos los tres”.

“Experimentar la intensidad de un trío es una experiencia que todas las personas deberían vivir, al menos una sola vez en la

vida, porque esta experiencia nos ayudaría a ser mejores y más sensibles seres humanos”.

Estos testimonios coinciden con: *“Quizás los más profundos cambios ocurridos a estas personas luego de iniciar la actividad sexual con múltiples mujeres fueron los cambios de actitudes hacia las mujeres y sus relaciones con las mismas. Estos cambios fueron, en algunas, bastante dramáticos, y fueron reportados por todas y en todas ellas de manera positiva. Otro hallazgo importante en la muestra, luego de iniciar la actividad bisexual, fue que ninguna tuvo que lidiar con el tema de la monogamia, ni de mayores renegociaciones de su acuerdo marital”.* (Dixon, 1984).

Casi todas rechazan la idea de participar en una orgía porque consideran que eso es promiscuidad y también que se exponen a contraer una infección o “que se me pegue lo que no se me ha perdido”.

Un poco menos de la mitad han sido agredidas por ser bisexuales, en momentos de manifestación romántica con su pareja homosexual en algún lugar público. Algunas han sido amenazadas de golpizas en lugares públicos. Otra fue arrestada en las inmediaciones de una plaza porque la vieron *acaramelada* (en actitud muy romántica y apasionada) con su pareja del mismo sexo y que tuvo que repartir dinero para que no la dejaran amanecer en detención. A otra, saliendo de un centro de diversión nocturno se despedía de su pareja del mismo sexo con un beso en los labios, en el parqueo del lugar y varios hombres las vieron, se les acercaron y la intimidaron, amenazándola con violarlas a las dos porque *“lo que necesitaban era que le dieran G... (Haciendo alusión al pene)”* para que se dejaran de vagabunderías y probaran lo que era tener un *“hombre adentro”*. Tuvieron que gritar y armar un escándalo para lograr llamar la atención del vigilante del parqueo, quien tuvo que intervenir y así ellas pudieron salir del lugar. En palabras de Faderman (1992) *A pesar de los cambios de la modernidad y ciertos avances en materia de derechos humanos aún persiste la intolerancia traducida a toda forma de violencia contra la variedad de la expresión*

sexual. La heterosexualidad es la norma por defecto y aún la noción del sexo entre mujeres era muy chocante, alejándose de la vieja imagen de feminidad para ser tolerada.

Las mujeres bisexuales también reciben discriminación y rechazo por parte de mujeres lesbianas porque las consideran indefinidas en cuanto a su identidad sexual.

Muy pocas han tenido alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS), lo que difiere enormemente de lo hallado por Weinberg; Williams; Pryor (1995), que un más de la mitad reportó entre 1 o más eventos, probablemente porque las muestras no sean homogéneas. No obstante, las mujeres de esta investigación se exponen a contraer una ITS por tener conductas de riesgo ya que algunas de ellas tienen contacto sexual sin protección con mujeres, desconociendo su estatus serológico y respecto a sus parejas heterosexuales, si no son fieles o usuarios de drogas endovenosas pueden contraer una ITS y a su vez, transmitirla. Casi ninguna se ha preocupado nunca por conocer la situación serológica de sus parejas heterosexuales. Varias han tenido alguna ITS por lo menos una vez en la vida.

La muestra en este trabajo reporta uso de preservativos solo con las parejas heterosexuales casuales, no con las fijas. De las entrevistadas la mayoría solo había realizado la prueba de detección de VIH como requisito para procedimientos obstétricos, ginecológicos y odontológicos. No reportaron el uso de protección en sus contactos sexuales con parejas femeninas. Aunque los reportes de ITS en mujeres que tienen sexo con mujeres informan que el riesgo es bajo, aun así, el riesgo existe. Nuestras entrevistadas no están contando en su percepción de riesgos para obtener una ITS.

Un hallazgo significativo fue la percepción de riesgo para infecciones de transmisión sexual en cuanto a sus prácticas sexuales. Éstas parecen seguir las líneas siguientes: 1) El riesgo de infección no se percibe con la pareja de confianza y 2) La creencia de que las infecciones de transmisión sexual entre mujeres son inexistentes.

Contrario a la creencia general de que la bisexualidad es sinónimo de promiscuidad, la

mayoría de la muestra mantiene relaciones estables con sus parejas masculinas y/o femeninas. Cuando incluyen a otra mujer, como es el caso de los tríos, por lo general, sus parejas heterosexuales participan del mismo, reportando un solo caso donde ha habido relaciones multiparejas (hombres y/o mujeres) simultáneas. Siendo este último evento, rechazado por casi todas las entrevistadas.

Pocas son usuarias de narcóticos en algunos eventos sociales ocasionales, la mayoría son bebedoras sociales y tres fuman cigarrillos. Los hábitos de consumo de alcohol, cigarrillo y narcóticos no apuntan a una relación directa con su conducta sexual, parece más asociada a su círculo social y a su ambiente.

En relación a lo que consideran que es ser bisexual, todas coinciden en que se trata de la capacidad de sentir atracción y poder enamorarse de una persona de su mismo sexo o del sexo opuesto. Casi todas dicen que se sienten cómodas y el resto expresa que se sienten orgullosas de lo que son.

“Amo lo que soy, lo disfruto al máximo, me encanta la diversidad sin límites, el ser humano es una criatura preciosa”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association (APA). Definition of terms: Sex, Gender, Gender Identity, Sexual Orientation [Internet]. Washington, DC: APA; 2011. Recuperado el 15 de agosto de 2015 en: <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/sexuality-definitions.pdf>

ANRS: Agence Nationale de Recherches sur le Sida investigators, (1992). AIDS and sexual behavior in France. *Nature*, 360(3), Dec. 3, 1992, 407-409). Recuperado el 22-noviembre-2016 de: <https://www.nature.com/articles/360407a0>

Australian Research Centre in Sex, Health and Society. (2003). Sex in Australia: The Australian study of health and relationships, Published as the Australian and New Zealand Journal of Public Health vol 27 no 2. Recuperado el 12-junio-2016 de: <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/17536405/27/2>.

Bagley, C. and Tremblay P. (1998). On the prevalence of homosexuality and bisexuality

in a random community survey of 750 men aged 18 to 27, *The Journal of Homosexuality*, Vol. 36, No. 2, , p. 1-18. Abstract. Recuperado el 7 de agosto de 2016 en: https://doi.org/10.1300/J082v36n02_01

Barker M., Richards C., Jones R., Bowes-Catton H., & Plowman, T. (2012). El informe sobre Bisexualidad: Inclusión bisexual en igualdad y diversidad del LGBT. Open Univ., CCIG. Consultado el 15 de abril de 2018 en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DtHCFm19tpwJ:www.felgtb.org/rs/2051/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/8b0/fd/1/filename/informe-bisexualidad-2012-uklambda.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=c1>

Borrillo, Daniel. (2011). Por una Teoría Queer del Derecho de las personas y las familias *REVISTA DIREITO, ESTADO E SOCIEDADE* n.39. Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Brasil.

Boswell, John. (1993). Cristianismo, tolerancia social y homosexualidad: los gays en Europa Occidental desde el comienzo de la era cristiana hasta el siglo XIV, *El Aleph*, Barcelona, España.

Cantarella, Eva. (1991). Según natura. La bisexualidad en el mundo antiguo, Editorial Akal, Madrid, España.

Chegrani Silva, Sonia. (2013). La sexualidad de los géneros. Cuerpos andróginos buscan sexualidad polimorfa (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Almería. España

Cohen, A. B; Tannenbaum, I. J. Aug. 2001. Lesbian and Bisexual Women's Judgment of the attractiveness of different body types. *Journal of Sex Research*.

Dixon, J.K. 1984. "Sexuality and Relationships Changes in Married Females Following the Commencement of Bisexual Activity. *Bisexualities. Two Lives to Lead*.

Faderman, L. 1992. *Odd girls and Twilight lovers. A History of lesbian life in the twentieth century America*. Penguin Books. New York.

Fernández Rodríguez, María del C. F., y Vázquez Calle, Fernando. (2013). En torno al rechazo, la salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays,

lesbianas y bisexuales. *Revista Griot*, 6(1). Universidad de Puerto Rico. Recuperada el 11-octubre-2018 de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318519/pdf/nihms-606259.pdf>

Freud, S. (1986. pp. 1170 y ss.). *Obras Completas: Tres ensayos para una teoría sexual*. Editorial: AMORRORTU, Argentina.

Got Questions Ministries. (© Copyright 2002-2017), ¿Qué dice la biblia acerca de la bisexualidad? ¿Es un pecado el ser bisexual? Consultado el 15 de septiembre del 2017 en: <https://www.gotquestions.org/Espanol/bisexualidad.html>

Guardarrama, José González, & Alfonso, José Toro. (2012). El Significado de la Experiencia de la Aceptación de la Orientación Sexual Homosexual desde la Memoria de un Grupo de Hombres Adultos Puertorriqueños. *Eureka en Línea*, 9(2), Asunción. Paraguay. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2220-90262012000200004&script=sci_arttext&tln g=en

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill/Interamericana editores, 6ta edición.

Juárez Mendoza; Mayra Janeth; Díaz Barrera Williams Jesús; Vázquez Peraza, Ulises Hernán; García Flores, Víctor Manuel; Kantún López, Leidy Argelia y Couoh Lope, Cinthya Lorena. (2012). Percepción sobre personas con diferente orientación sexual de tres grupos etarios heterosexuales de Progreso, Yucatán, México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 16, (3), 2013. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/41866>

Klein, F. 1978. *The Bisexual Option*. (2nd Ed.) Harrington Park Press. New York.

King, A. J. (1988). *Canada Youth & AIDS Study*. Federal Centre for AIDS, Health Protection Branch, Health and Welfare Canada, 301 Elgin St., Ottawa, Ontario K1A 0L2. Recuperado de: <https://eric.ed.gov/?id=ED323434>

Laumann, Edward; Michaels, Robert T.; Gagnon, John H.; & Michaels, Stuart. (1992). The sex survey. National Health and Social Life Survey. Recuperado el 20-septiembre-2017 de:

<https://doi.org/10.3886/ICPSR06647.v2>

Licht, Hans: (1976). Vida sexual de la antigua Grecia, Ediciones Felmar, Madrid, España.

Melbye, M. & Biggar, R.J. (1992). Interactions between persons at risk for AIDS and the general population in Denmark. American Journal of Epidemiology. Recuperado de:

<https://europepmc.org/abstract/med/1580235>

Olvera Muñoz, Omar Alejandro. (2014). Propiedades Psicométricas de la Escala de Actitudes hacia la Bisesexualidad. Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Nuevas Tecnologías 3(2), Estado de México, México. Recuperado de:

<http://www.citeach.org/web/revista/3/ART.3.PSICO.BISEX.VOL.3.NO.2.pdf>

Palau Altarriba, X. (2016). Identidad sexual y libre desarrollo de la personalidad. Tesis Doctoral, Universitat de Lleida. Departament de Dret Privat. España. Consultada el 15-marzo-2018 en:

<https://www.tdx.cat/handle/10803/386390>

Rivera-Ledesma, Armando, Caballero Suárez, Nancy Patricia, Pérez Sánchez, Ivonne Nalliely & Montero-López Lena, María. (2013). SCL-90 R: Distrés psicológico, género y conductas de riesgo. Revista Universitas Psychologica, 12(1), Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia.

Sundet, J.M., et al. (1988). Prevalence of risk-prone sexual behavior in the general population of Norway. In: Global Impact of AIDS, edited by Alan F. Fleming et al. New York: Alan R. Liss. Recuperado el 20-febrero-2016 en:

<https://www.popline.org/node/360088>

Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, Cycle 2.1. off-site links: Main survey page. Recuperado el 18-marz-2018 de: http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/3226_Q1_V2-eng.pdf).

Weinberg, M; Williams, C.J; Pryor, D.W. 1995. Dual Attraction: understanding Bisexuality. Oxford University Press. New York- Oxford.

Zúñiga Ortega, Alejandra Verónica. (2012). Revista legislativa de estudios sociales y de opinión pública, Vol. 5, N°. 9. México, D. F.

TABLAS

Comportamiento Sexual

En el pasado	En el presente	En el futuro/Ideal
• (8) tuvo relaciones sexuales con hombres y mujeres por igual. • (2) tuvo relaciones sexuales algo más con hombres que con mujeres. • tuvo relaciones sexuales solamente con hombres. • tuvo relaciones sexuales más con hombres que con mujeres. • (2) tuvo relaciones sexuales algo más con mujeres que con hombres.	• (7) tiene relaciones sexuales con hombres y mujeres por igual. • tiene relaciones sexuales más con hombres que con mujeres. • (3) tiene relaciones sexuales solamente con hombres. • tiene relaciones sexuales algo más con hombres. • (1) tiene relaciones sexuales más con mujeres que con hombres. • (1) tiene más relaciones sexuales solamente con mujeres.	• (10) tener relaciones sexuales con hombres y mujeres por igual. • tener relaciones sexuales solamente con hombres. • tener relaciones sexuales más con hombres. • (1) tener relaciones sexuales algo más con hombres que con mujeres. • (1) tener relaciones sexuales solamente con mujeres.

Preferencia Emocional

En el pasado	En el presente	En el futuro/Ideal
• (4) tenía preferencia emocional algo más con mujeres que con hombres. • (2) tenía preferencia emocional solamente con hombres. • (2) tenía preferencia emocional mayormente con mujeres. • (2) tenía preferencia emocional más con hombres que con mujeres. • (1) tenía preferencia emocional algo más con hombres que con mujeres. • (1) tenía preferencia emocional solo con mujeres.	• (6) tiene preferencia emocional por hombres y mujeres por igual. • (2) tiene preferencia emocional solamente por mujeres. • (1) tiene preferencia emocional solamente por hombres. • (1) tiene preferencia emocional más por hombres que por mujeres. • (1) tiene preferencia emocional algo más por hombres que por mujeres. • (1) tiene preferencia emocional algo más por mujeres que por hombres.	• (7) encauzaría su preferencia emocional con hombres y mujeres por igual. • (0) encauzaría su preferencia emocional más con hombres que con mujeres. • (2) encauzaría su preferencia emocional solamente con mujeres. • (0) encauzaría su preferencia emocional solamente con hombres. • (3) encauzaría su preferencia emocional algo más con mujeres que con hombres.

Auto-Identificación Sexual

En el pasado	En el presente	En el futuro/Ideal
• (6) se auto identificaron como personas heterosexuales - homosexuales por igual. • (4) se auto identificó más como personas heterosexuales. • (0) solamente como personas heterosexuales. • (2) como algo más homosexual.	• (10) se auto identifica como personas heterosexuales y homosexuales por igual, • (0) se auto identifica más como personas heterosexuales. • (2) se auto identifica como personas algo más heterosexuales.	• (12) se auto identifica como personas heterosexuales y homosexuales por igual.

ANEXOS

Anexo I. Tópicos para la guía de Preguntas para la Entrevista a Profundidad de Bisexualidad Femenina

- Datos Sociodemográficos
- Área de Pareja
- Fidelidad
- Significado propio de ser bisexual
- Religión
- Estigma y Discriminación
- Violencia intrafamiliar
- Abuso Sexual
- Expresiones Sexuales
- Percepción de Riesgo
- Fantasías Sexuales

Anexo II - Planilla de Orientación Sexual de Klein

Código:

Fecha:

 / /

Marque con un “X” la casilla correspondiente a: Pasado, Presente o Ideal, a la derecha de cada uno de los enunciados que mejor le describa.

		Pasado (Su vida hasta hace 12 meses)	Presente (Los últimos 12 meses)	Ideal (¿Qué crees que eventualmente te podría gustar?)
A	Atracción sexual			
B	Comportamiento sexual			
C	Fantasías sexuales			
D	Preferencia emocional			
E	Preferencia social			
F	Estilo de Vida Heterosexual/Homosexual			
G	Auto-identificación			

Para las variables de A hasta E:

- 1 = Sólo el otro sexo
- 2 = Más el otro sexo
- 3 = Algo más el otro sexo
- 4 = Ambos sexos por igual
- 5 = Algo más el mismo sexo
- 6 = Mayormente el mismo sexo
- 7 = Sólo el mismo sexo

Para las variables F y G:

- 1 = Sólo heterosexual
- 2 = Más heterosexual
- 3 = Algo más el otro sexo
- 4 = Ambos sexos por igual
- 5 = Algo más homosexual
- 6 = Mayormente homosexual
- 7 = Sólo homosexual

El reinicio de la actividad sexual en las mujeres puérperas según los cambios bio-psico-sociales

The resumption of sexual activity in postpartum women, according to physical and psycho-social changes

Polanco Reyes L¹, Monge Diaz J², Canto Cetina T³, Ballote Zapata M⁴

1- Médico Cirujano. Especialista en Sexología Educativa. Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán. Departamento de Biología de la Reproducción.

2- Médico Cirujano. Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán. Departamento de Biología de la Reproducción.

3- Médico Cirujano. Doctora en Ciencias de la Salud. Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán. Departamento de Biología de la Reproducción.

4- Química Fármaco-Bióloga. Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán. Departamento de Biología de la Reproducción.

Correspondencia

Lucila Polanco Reyes

Universidad Autónoma de Yucatán

Calle 122 # 280

CP 97238. Mérida, Yucatán. México

Teléfono: 044 9999 47 40 54

Dirección electrónica: polareyes@live.com.mx

Fecha de recepción: 28 de junio de 2019. **Fecha de aceptación:** 29 de octubre de 2019

Resumen

Objetivo. Identificar la influencia de los cambios físicos, psicológicos y sociales de la mujer puérpera en el retorno de la actividad sexual en pareja. **Diseño.** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. **Emplazamiento.** Llevado a cabo en mujeres que acudieron a consulta médica al Centro de Salud Rural de la comunidad de Xaya, Yucatán, México. **Participantes.** Participaron 48 mujeres, todas ellas residentes de la comunidad y que durante el período de noviembre de 2017 a mayo de 2018 habían cursado con puerperio y lactancia. **Mediciones principales.** A través de un cuestionario elaborado ex profeso, se entrevistó a las puérperas para determinar el estatus de su puerperio, resolución del embarazo, complicaciones del parto, reinicio de relaciones sexuales, toma de decisión de reinicio y la vivencia actual de su respuesta sexual. **Resultados.** El tiempo promedio para el reinicio de las relaciones sexuales fue de 60.48 ± 19.63 días, con un valor máximo de 100 días y un mínimo de 14. El factor determinante del reinicio con mayor frecuencia fue el “deseo propio” referido por el 60.4% de las pacientes, seguido del factor “complacer a la pareja”, con el 20.8%. Cerca de tres cuartas partes disfrutó los primeros contactos sexuales, a pesar de que casi todas refirieron cierta dispareunia. El deseo, excitación y orgasmo estuvieron presentes en un promedio del 70 % de las mujeres y el mismo porcentaje refirió cambios mamarios que dificultaron un tanto su apertura franca al disfrute de la relación. **Conclusiones.** Las mujeres reinician el contacto

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

Palabras clave: Reinicio de actividad sexual. Puerperio. Factores. Respuesta sexual.

Abstract

Objective. To describe the influence of the physical, psychological and social changes of puerperal women in their return to sexual activity as a couple. **Design.** Descriptive, transversal, retrospective study. **Setting.** Carried out on women who attended a medical consultation at the Rural Health Center of the community of Xaya, Yucatan, Mexico. **Participants.** 48 women who had undergone postpartum and breastfeeding during the period from November 2017 to May 2018, all of them residents of the community. **Main measurements.** By means of a questionnaire expressly elaborated for puerperal women who were interviewed to determine the status of their puerperium, type of birth, complications, resumption of sexual intercourse, decision-making of resumption and current experience of their sexual response. **Results.** The average time for the resumption of sexual intercourse was 60.48 ± 19.63 days, with a maximum value of 100 and a minimum of 14. The determining factor for the resumption most frequently was "own desire" referred by 60.4% of the patients, followed by the factor "to please the partner", with 20.8%. Nearly three-quarters enjoyed their first sexual contacts, although almost all reported some dyspareunia. Desire, excitement and orgasm were present in an average of 70% of the women; and the same percentage reported breast changes that made it somewhat difficult for them to freely enjoy the sexual experience. **Conclusions.** Women resume sexual contact with their partner out of their own conviction and desire. There is a deteriorated body image in 50% of them, because of shame and insecurity due to their image and breastfeeding, but it did not completely prevent the eroticism and sexual satisfaction of the encounters, even when the penetration was painful because of perineal changes.

Keywords: Resumption of sexual activity. Puerperium. Factors. Sexual response.

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

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es de los rasgos más íntimos del ser humano. Es inherente a éste desde su nacimiento hasta su muerte. Una de las etapas en la que la sexualidad sufre modificaciones es el puerperio, el cual es un período comprendido desde que termina el alumbramiento hasta el retorno del organismo femenino a su estado normal pre gravídico (1-2). Estos cambios dificultan la normalización en el reinicio de las relaciones sexuales, muchas veces implicando una reestructuración en la vida de la pareja (3-4).

Por otro lado, la sexualidad entendida como fuente de afecto, ternura, contacto, placer, no cambia por el hecho de haber tenido un parto y sólo las relaciones coitales deben

posponerse durante unas semanas, hasta la recuperación del periné y que y que se tenga deseo de iniciarlas (5). Es importante tener presente que la forma, el momento y las condiciones en que se reinicia la vida sexual es variable de una pareja a otra. La vida sexual se reinicia después de un período de abstinencia durante el embarazo y el puerperio, (normalmente entre 15 y 30 días), para asegurar la adecuada recuperación de los órganos reproductivos y prevenir infecciones. Después de este tiempo, la mayoría de los hombres, y también algunas mujeres, quieren reiniciar tempranamente las relaciones sexuales. Sin embargo, existen muchas que están en una situación diferente y quieren postergar la actividad sexual (6).

No parece haber relación entre el tipo de parto (vaginal o cesárea) y la función sexual, incluyendo en ésta, la respuesta sexual (7) Sin embargo, la presencia de la episiotomía hace que la normalización de las relaciones sexuales se retrase (8).

Kettle C et al y Morano S et al, refieren qué ante una lesión perineal, la técnica utilizada, así como el material que se utiliza para ésta, no influye para la recuperación a los 3 meses del parto, sin embargo, sí existen diferencias significativas a los 10 días del parto, en las mujeres suturadas con una técnica continua hay menos dolor (8-9).

En nuestro país, al igual que en España, lugar de origen de los autores del artículo previo, aún es incipiente el estudio de daño al periné y su relación con el reinicio de actividad sexual en la puerpera (10).

En cuanto a la lactancia como elemento disruptor del deseo sexual en la mujer posparto, Márquez y Rico asocian la disminución del deseo sexual que presentan las lactantes, con niveles menores de testosterona, situación menos frecuente en la mujer que no lacta (11).

A esto se añade que las glándulas mamarias pueden perder su significado erótico al asociarlo al alimento del bebé y durante la relación puede darse eyección láctea, lo cual puede suponer a la puerpera cierta incomodidad, alterando la imagen corporal satisfactoria de la mujer (12).

Existen estudios que concluyen que los aspectos psicosociales influyen en el reinicio de las relaciones coitales tras el parto y son tan influyentes como pueden serlo los factores físicos (13).

La autopercepción materna también varía en estos momentos. Los cambios físicos sufridos durante el embarazo pueden provocar baja autoestima que está directamente relacionada con una disminución de la libido y por tanto dificultad para llevarlas a cabo (14).

En ocasiones a la mujer le preocupa mucho lo que su pareja opine y sienta. La pareja, a su vez, puede tener miedo de acercarse a la mujer o sufrir sentimientos de culpa por la posibilidad de lastimarla o miedo al dolor y a la penetración.

La media de tiempo para que más de la mitad de las parejas reanuden sus relaciones sexuales es de cinco semanas después del parto (15).

Von 24 encontró que el 40% de las mujeres tienen problemas en su primera relación sexual después de dar a luz y que, en la mayoría de los casos, lo que motiva a las mujeres a reanudar su vida sexual después del parto es la necesidad de satisfacer a su pareja (16).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo que incluyó una muestra no probabilística de 52 mujeres como universo determinado a partir del censo nominal de mujeres en puerperio y período de lactancia del Centro de Salud Rural de la comunidad de Xaya, Yucatán, incluyendo finalmente 48 a través de criterios de inclusión como el ser residentes de esa comunidad, que hubieran tenido un parto de noviembre en los 6 meses previos y que se encontraran amamantando.

Se aplicó a todas estas mujeres un cuestionario que denominamos “Factores que Influyen en el reinicio de la actividad sexual durante el puerperio” que consta de 30 ítems divididos en siete apartados para recabar datos sociodemográficos, datos relacionados con el parto, el reinicio de las relaciones sexuales posparto, vivencia de la reanudación de las relaciones sexuales posparto, cambios físicos que dificultan el reinicio de las relaciones y cambios psicosociales y miedos que dificultan el reinicio del contacto.

Para el apartado “vivencia de la reanudación de las relaciones sexuales posparto” se utilizaron las variables que contempla el cuestionario “Índice de Función Sexual Femenina”, que mide la función sexual en mujeres y que fue desarrollado con el propósito específico de la evaluación de los dominios de la función sexual (Respuesta sexual)satisfacción, insatisfacción, dispareunia y grados de cada uno de los parámetros.(11) Se utilizó para el análisis de los datos una hoja de cálculo en el programa Microsoft Excel 2010. Para análisis estadístico se empleó el programa IBM SPSS Statistics 24.

RESULTADOS

Se estudiaron 48 mujeres en posparto, de las cuales el 41.7% (n = 20) reiniciaron la actividad sexual durante los primeros 60 días y el 58.3% (n=28) reanudó actividad sexual posterior a los 60 días.

Los resultados sobre los factores determinantes del reinicio de las relaciones sexuales se presentan en la tabla A.

En cuanto a la vivencia de la mujer en su primer coito tras dar a luz se encontró lo siguiente:

El 79.2% de las pacientes refirió sentir deseo durante la primera relación sexual posparto. El 70.8% excitación, sin embargo, un 66.7% refirió presentar lubricación escasa, mientras que el 6.3% refirió no presentarla en lo absoluto.

El 81.3% alcanzó el orgasmo y en general el 72.9% de las pacientes la refirió como satisfactoria. El 83.3% de las participantes refirió dispareunia, sin embargo, ninguna paciente presentó dolor intenso.

Respecto a cambios en los senos, el 70.8% de las pacientes refirió presentar cambios que dificultaron el reinicio de las relaciones.

Un factor que dificulta psicológicamente la entrega de la mujer al ejercicio de su sexualidad es el pendiente con su recién nacido, lo cual se presentó en el 45.8% de las participantes. La tabla B muestra una gama de cambios fisiológicos de la puerpera y su actividad sexual los primeros 60 días posparto.

DISCUSIÓN

Significado y aplicación práctica de los resultados.

Es bien sabido que durante el puerperio se presentan diversos cambios físicos, psíquicos y sociales en la mujer, que repercuten de manera negativa en el reinicio de las relaciones sexuales y esto puede a su vez incidir directamente en su calidad de vida. Dicha situación pudiera no ser diferente en una comunidad tradicional como la estudiada, en la cual se piensa que reinician el sexo por exigencia de la pareja o por evitar la infidelidad del mismo, sin embargo, pudimos constatar que las mujeres reinician la relación sexual por convicción y deseo propio, lo cual no lleva necesariamente implícita la búsqueda

de placer, si no la búsqueda de restablecer la intimidad con su pareja, ya que solo el 4.2 de ellas menciona el objetivo erótico.

Sin embargo, nuestras mujeres valoraron estos cambios positivamente valorando el aumento de volumen para con su nueva imagen, particularmente por las nociones de estética corporal en Yucatán, donde se asocia un cuerpo rozagante y “llenito”, al buen estado de salud y la belleza, se dice de un cuerpo capaz de procrear hijos sanos; la belleza física delgada comúnmente mostrada en los medios de comunicación pasa a un segundo plano.

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

Una de las principales limitantes es el tema en sí mismo, considerado íntimo, tabú y sobre todo en un medio rural en el que las costumbres sexuales son cuestiones que difícilmente se consultan o confiesan con cualquier persona.

Tomando esto en consideración y para que las mujeres puerperas asintieran a llenar con sus datos nuestra entrevista, nos valimos de un equipo con la imagen del médico como autoridad profesional y una mujer Psicóloga que fungiera con su género como medio de infundir confianza y libertad de abrir sus emociones y sentimientos hacia la sexualidad, de manera que, una vez logrado este ambiente seguro, consideramos que sus respuestas fueron dadas con sinceridad.

Relación con publicaciones científicas

Existen publicaciones como la de Viana et al, que concluyen que el dolor interfiere de forma negativa en la sexualidad femenina posparto, causando insatisfacción; sin embargo, esto no fue un impedimento para reiniciar el sexo y disfrutarlo en la población yucateca estudiada (17).

Asimismo, la mayoría de los estudios concluyen que las mamas pierden su significado erótico al asociarlo al alimento del recién nacido y a que durante la relación puede darse eyeción láctea, (18,19-20)

Estos cambios, aunque fueron vividos por muchas de las mujeres aquí estudiadas, es rebasado por el sentimiento que refiere otro

autor, donde se menciona la posibilidad de que la mujer valore positivamente el aumento del volumen mamario, reflejándose en un aumento de erotismo, particularmente por las nociones de estética corporal en Yucatán, donde se asocia un cuerpo rozagante y “llenito”, al buen estado de salud y la belleza, se dice de un cuerpo capaz de procrear hijos sanos; la belleza física delgada comúnmente mostrada en los medios de comunicación pasa a un segundo plano.

PUNTOS BASICOS

Lo que sabemos del tema

Numerosos estudios reportan que la presencia de lesión perineal hace que la normalización de las relaciones sexuales se retrase; (8-9) que el factor lactancia (11-12) y la presencia de loquios son otros elementos disruptores del deseo y que aquellas madres que lactan a las ocho semanas tienen hasta tres veces menos interés sexual, todo esto explicado por cambios hormonales, sequedad vaginal, relajación de la musculatura de la vagina, secreción láctea durante la excitación sexual y orgasmo (21).

Lo que aporta este estudio

Nuestros resultados muestran a pesar de presentar varios de los efectos colaterales del parto que se mencionan en la literatura, un buen porcentaje de mujeres, aun con los cambios fisiológicos mencionados experimentan relaciones sexuales satisfactorias en el puerperio y experimentan con cierto grado todos los elementos de la respuesta sexual durante las mismas.

Por otro lado, está publicado que la “demanda marital o exigencia de la pareja” (22) son por lo general factores determinantes para el reinicio de relaciones sexuales y en este estudio fue la decisión propia de la mujer que propició que retomara la pareja dicha actividad.

BIBLIOGRAFIA

1.-Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de

Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10

2.-Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones. Guía de práctica clínica de enfermería. México: Secretaria de Salud, CENETEC, 2015. [acceso: 28/11/17]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogo/MaestroGPC.html>

3.-Rejane N, Rosa DM. La sexualidad en el puerperio: la experiencia de un grupo de mujeres. Rev Esc enferm USP.2010; 44(4): 888-95

4.-Enderle CF, Kerber NPC, Lunardi VL, Nobre CMG, Mattos L, Rodríguez EF. Condicionantes y/o determinantes del retorno a la actividad sexual en el puerperio. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Mayo - jun. 2013 [acceso: 22 /10/17]; 21 (3). Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0719.pdf

5.- Hernández et al. Preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. Gobierno de Canarias. 2009: 89-98.

6.- Sanchez S, Casado ME. Vida sexual en el posparto. “Salud Reproductiva en el Período Post-parto: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud”. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), 1996.

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

8.- Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomized controlled trial. The Lancet 2002; 359:2217-2223.

9.- Morano S, Mistrangelo E, Pastorino D, Lijoi D, Constantini S, Ragni N. A randomized comparison of suturing techniques for episiotomy and laceration repair

after spontaneous vaginal birth. *J Minim Invasive Gynecol.* 2006;13(5):457-62.

10.- Martínez JM. Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en puerperas. *NURE Inv. (Revista en Internet)* 2009 Nov-Dic. [acceso: 25/11/17]; 6 (43) Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyepiversudes43.pdf

11.- Márquez-Carrasco AM, Rico M. Influencia de los cambios psicosociales en la sexualidad posparto. *Rev Enf Doc.* 2016; 107:26-31.

12.- Correa LD, Sepúlveda DC. Factores biopsicosociales que influyen en el retorno a la actividad sexual de mujeres en el período postparto pertenecientes al cesfam castro alto, durante el segundo semestre del 2013. *Valdiavia Chile* 2013; 1-87. Publicación electrónica. Disponible en: cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2013/fmc824f/doc/fmc824f.pdf.

13.- González R, García L. Depresión posparto y factores asociados en población derechohabiente del ISSSTE en Yucatán. *Revista de Investigación. Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán* 2013; 262:33-45

14.- Salim NR, Araujo NM, Gualda DMR. Body and sexuality: puerperas' experiences. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2010; 18(4): 732-9.

15.- Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16(4):263

16.- Von-Sydow K. Sexual enjoyment and orgasm postpartum: sex differences and perceptual accuracy concerning partner's sexual experience. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2002; 23(3):147-55

17.- Viana D, Barrêto A, Fonseca E, Costa C, Soares M. Vivencia de la sexualidad femenina en el período gestacional. *Cienc Cuid Saude* 2013; 12(1):088-095.

18.- Rejane N, Rosa DM. La sexualidad en el puerperio: la experiencia de un grupo de mujeres. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(4): 888-95).

19.- Brellis R. Taller: la sexualidad después del parto. En el libro de memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. 2011: 50-3.

20.-Fernández R, Lupión, Porras A, Avellaneda. Las relaciones afectivas y sexuales durante el puerperio y la lactancia: el papel de la matrona. *Matronas Hoy.* 1999; 2º etapa (12): 25-9.

21.- Márquez-Carrasco AM. Dificultades en el reinicio de las relaciones sexuales de la pareja en el periodo puerperal. *Biblioteca Las casas*, 2014; 10(3). Publicación electrónica. [Revisado en febrero 2018] Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0790.phpson>

22.-Odar E, Wandabwa J, Kiondo P. Sexual practices of women within six months of childbirth in Mulago hospital, Uganda. *Rev. African Health Sciences.* 2003; 3 (3): 117-123.

TABLAS

Tabla A. Factor determinante del reinicio de las relaciones sexuales.*

Factor	Frecuencia (porcentaje)
Deseo propio	29 (60.4)
Buscando el propio placer	2 (4.2)
Cumplir con la cuarentena	0 (0)
Complacer a la pareja	10 (20.8)
Exigencia de la pareja	5 (10.4)
Evitar pelea con la pareja	0 (0)
Evitar infidelidad	2 (4.2)

*n= 48.

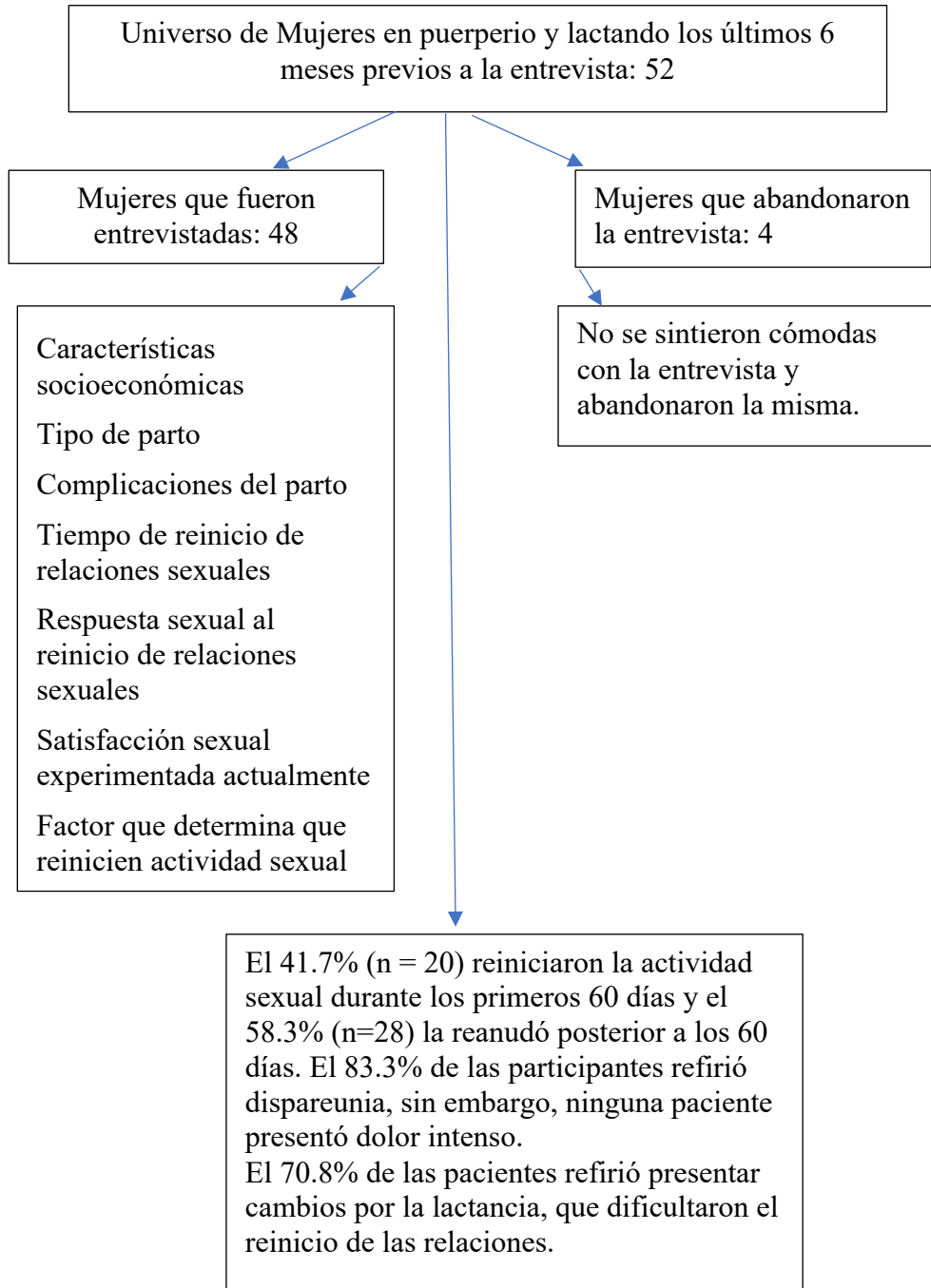
Tabla B. Distribución de variables nominales con base en el reinicio de la actividad sexual durante los primeros 60 días posparto.

		Reinicio durante los primeros 60 Días Posparto		
		Sí	No	Total†
Estado civil	Unión libre	8.3% (4)	10.4% (5)	18.8% (9)
	Casada	33.3% (16)	47.9% (23)	81.2% (39)
Tipo de parto	Cesárea	8.3% (4)	29.2% (14)	37.5% (18)
	Vaginal	33.3% (16)	29.2% (14)	62.5% (30)
Complicaciones del parto actual	No	25% (12)	52.1% (25)	77.1% (37)
	Sí	16.6% (8)	6.3% (3)	22.9% (11)
Problemas sexuales previos al parto	No	22.9% (11)	27.1% (13)	50.0% (24)
	Sí	18.7% (9)	31.3% (15)	50.0% (24)
Recibir información por profesional de la salud sobre relaciones posparto	No	8.3% (4)	6.3% (3)	14.6% (7)
	Sí	33.3% (16)	52.1% (25)	85.4% (41)
Satisfacción con la información recibida	No	35.4% (17)	47.9% (23)	83.3 (40)
	Sí	6.3% (3)	10.4% (5)	16.7 (8)
Necesidad de ayuda sobre sexualidad posparto	No	10.4% (5)	37.5% (18)	47.9 (23)
	Sí	31.3% (15)	20.8% (10)	52.1% (25)
Deseo‡	No	8.3% (4)	12.5% (6)	20.8% (10)
	Sí	33.3% (16)	45.8% (22)	79.2% (38)
Excitación‡	Ausente	10.4% (5)	18.8% (9)	29.2% (14)
	Presente	31.3% (15)	39.5% (19)	70.8% (34)
Orgasmo‡	No se alcanza	6.3% (3)	12.5% (6)	18.8% (9)
	Se alcanza	45.8% (22)	35.4% (17)	81.2% (39)
Cambios en vagina y vulva que dificultan el reinicio de las relaciones sexuales	No	41.7% (20)	58.3% (28)	100% (48)
	Sí	0.0%	0.0%	0.0%
Problemas en periné	No	39.6% (19)	54.1% (26)	93.7% (45)
	Sí	2.1% (1)	4.2% (2)	6.3% (3)
Cambios en mamas que dificultan el reinicio de las relaciones sexuales	No	14.6% (7)	14.6% (7)	29.2% (14)
	Sí	27.1% (13)	43.7% (21)	70.8% (34)
Autopercepción materna afectada	No	10.4% (5)	39.6% (19)	50.0% (24)
	Sí	31.2% (15)	18.8% (9)	50.0% (24)
Miedo a un nuevo embarazo	No	6.3% (3)	12.5% (6)	18.8% (9)
	Sí	35.4% (17)	45.8% (22)	81.2% (39)
Problemas por lactancia materna	No	29.15% (14)	29.15% (14)	58.3% (28)
	Sí	12.5% (6)	29.15% (14)	41.7% (20)
Incomodidad materna por despertar al recién nacido	No	18.8% (9)	35.4% (17)	54.2% (26)
	Sí	22.9% (11)	22.9% (11)	45.8% (22)
Fluctuaciones de humor	No	10.4% (5)	12.5% (6)	22.9% (11)
	Sí	31.3% (15)	45.8% (22)	77.1% (37)
Mal desempeño sexual	No	31.3% (15)	50.0% (24)	81.3% (39)
	Sí	10.4% (5)	8.3% (4)	18.7% (9)

†Los porcentajes provienen del total por variable.

‡Durante la primera relación sexual posparto.

Material y Métodos. Esquema global del estudio



Reacciones sexuales, físicas y emocionales de mujeres hysterectomizadas: Un estudio cualitativo de testimonios

Sexual, physical and emotional reactions of hysterectomized women: A qualitative testimony study

Simó Velázquez AV¹, Aranda Torres C², García Álvarez R¹, Almánzar-Montás RE¹, Aznar Díaz M¹, Alarcón Rodríguez R²

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

2- Universidad de Almería. España.

Correspondencia

Ana Virginia Simó Velázquez

Dirección electrónica: Anasimo@hotmail.com, anasimo@centrovidayfamilia.com

Fecha de recepción: 13 de agosto de 2019. **Fecha de aceptación:** 16 de noviembre de 2019

“Lo que le vamos a hacerle es un “vaciado”, lo vamos a sacar todo”. Palabras de un médico a la paciente”.

“Esa mujer ya no sirve, es como un salón sin muebles, como una televisión sin pantalla, o un anafe de carbón sin parrilla”. (Expresiones del hombre dominicano sobre la mujer hysterectomizada).

Resumen

Introducción: La hysterectomía ocupa el segundo lugar después de las cesáreas en nuestro país. Esta situación motivó la presente investigación cualitativa, de corte narrativo, fenomenológico, y teoría emergente, para conocer el impacto y los cambios tanto físicos como emocionales y sexuales de dicha intervención. **Resultados:** De una muestra de 62 mujeres sometidas a hysterectomía en un hospital de la ciudad de Santo Domingo, se escogieron 10 para entrevistas, sobre razones de la cirugía y secuelas tales como: dolor pélvico o al coito, depresión duelo, y cambios en la respuesta sexual. Las entrevistadas tenían entre 5 a 36 meses de la cirugía. Nueve operadas por vía abdominal y una vaginal. Las razones: Dolor, sangrado, miomas y dispareunia fueron las razones principales. Todas se sentían satisfechas con las relaciones sexuales post cirugía, excepto dos. Ocho tenían deseo, casi todas lubricaban. Todas tenían orgasmos. Una refirió dispareunia. Algunas reiniciaron su vida sexual a las seis semanas. Cuatro reportaron irritabilidad, 5 dijeron sentirse bien, dos mostraron enojo y dos lloraron la pérdida de su útero. Todas aceptaron la pérdida del útero aunque 4 dijeron que fue una pérdida dolorosa. Dos entraron en la menopausia. **Conclusiones:** Nueve mujeres operadas por vía abdominal, una vaginal. El procedimiento produce cambios físicos y emocionales, tales como dolores en el área pélvica, depresión, irritabilidad y duelo. Podemos decir que la sexualidad post quirúrgica fue satisfactoria para la mayoría de estas mujeres.

Palabras clave: Hysterectomía. Cirugía abdominal. Laparoscopia. Sexualidad. Dolor. Orgasmos.

Abstract

Introduction: Hysterectomy ranks second after caesarean sections in our country. This situation motivated the present qualitative research, narrative, phenomenological, and emerging theory, to know the impact and the physical, emotional and sexual changes of this intervention. **Results:** From a sample of 62 women undergoing hysterectomy in a hospital in the city of Santo Domingo, 10 women were chosen for an interview to know the reasons for the surgery and the possible sequelae such as: pelvic pain, dyspareunia, grieving depression, and changes in sexual response. Nine had abdominal surgery and one vaginally. Reasons: Abdominal pain, bleeding, fibroids and dyspareunia were the main complain. Almost all were satisfied with their sexual life. Eight had desire and enjoyed sex. Almost all reported having adequate lubrication. All reported having orgasms. One referred dyspareunia. Some restarted their sex life at six weeks. Four reported post-surgical irritability, 5 said they felt good, two showed anger and two mourned the loss of their uterus. All accepted the loss of their uterus although 4 said it was a painful loss. Two entered menopause. **Conclusions:** Nine had abdominal surgery, one abdominal. Physical and emotional changes reported were pain in the pelvic area, depression, irritability and grief. Post-surgical sexuality was satisfactory for most of these women.

Keywords: Hysterectomy. Abdominal surgery. Laparoscopy. Sexuality. Pain. Orgasms.

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

INTRODUCCIÓN

La motivación principal de este estudio es conocer las reacciones físicas, emocionales, estado de ánimo pre y post quirúrgico y temores, de un grupo de mujeres sometidas a histerectomía; procedimiento ampliamente practicado en la Republica Dominicana donde ocupa al igual que en otros países el segundo lugar después de las cesáreas (Chou, et al. 2011). La mujer que va a ser histerectomizada va al médico y al quirófano llena de miedos, mitos y falsas concepciones de lo que pasará. Sbroggio, Osis y Bedone, (2005), investigaron en mujeres que serían histerectomizada mitos y el significado de la pérdida del útero. El mito más recurrente fue la perdida de la feminidad, frigidez, no volver a ser la misma, posibilidad de un cambio en la imagen corporal (estar vacía, tener un hoyo, hueca), interferencia con la vida sexual y afectiva, y la percepción del compañero de estas situaciones.

Casi la totalidad de las mujeres que van a ser operadas no son adecuadamente orientadas por el médico u otros miembros del equipo de salud. No se incluye a la pareja la cual es el soporte más importante para estas mujeres Chou, et al, (2011), criterios similares fueron expuestos por Askew & Zam, (2013) y

tampoco se habla de los problemas post quirúrgico como el manejo del dolor donde la enfermera debe jugar un rol importante.

LA HISTERECTOMÍA

La histerectomía no es una cirugía de la actualidad, se ha mencionado desde tiempos muy antiguos como refiere Lorenzo Balaguero Lladó (1973) y que hoy día es de muy bajo riesgo como dicen (Sparić, Hudelist, Berisavac, et al., 2011). Después de la cesárea, la histerectomía es el procedimiento quirúrgico más realizado en las mujeres (Chou, Lee, Sun, Lin, Chen, 2011), solo en los Estados Unidos se realizan más 500,000 histerectomías cada año, (Departamento de Salud y Servicios Humanos, de los Estados Unidos, 2014). Poetgen (1993) considera que la explosión de las histerectomías en las últimas décadas no se corresponde con aumento de patologías y agrega que aunque la mujer haya terminado su fase reproductiva, la pérdida producirá alteraciones de la regulación del yo que pueden ser irreparables en los casos agravados. Vomvolaki, Kalmantis, Kioses, & Antsaklis (2006), consideran que las mujeres, excepto en los casos de canceres deben valorar someterse a

esta cirugía debido a las consecuencias emocionales de la misma. Preocupaciones similares ha sido manifestada por Askew (2009). *Cerda, Pino y Urrutia (2006)*, reportan que en Chile, la histerectomía afecta a un 20% de la población femenina las cuales están en edad (35-49 años). Dicen que la cirugía poner fin a la vida reproductiva de la mujer y amenaza su sentido de feminidad, altera la autoestima y la relación de pareja.

Mwaba y Letloenyane, (1994), estudiaron conocimientos y actitudes sobre la histerectomía en 30 mujeres entre 18-50 años y encontraron que cerca de un 60% no tenía conocimiento del procedimiento y que muchas manifestaron temores acerca de la cirugía. El estudio de 146 histerectomizada realizado por Neefus y Taylor (1982), encontraron que El 92% quería saber sobre los efectos físicos de la cirugía, pero en mujeres entre 31 y 40 años, el interés del 94% era la sexualidad, y el 20% dijo que no recibió información previa a la cirugía.

Por qué se realiza la Histerectomía

Existen muchas razones para someterse a este procedimiento el Departamento de Salud y Servicios Humanos, de los Estados Unidos, (Medline Plus, 2019), menciona como las principales razones las siguientes: Fibromas uterinos, Sangrado vaginal profuso o inusual, Prolapso uterino, Endometriosis, Adenomiosis (engrosamiento de las paredes del útero que causan sangrado), Cáncer (o pre-cáncer) de útero, ovarios, cuello uterino o endometrio.

Como se realiza la Histerectomía

La histerectomía es la cirugía para extirpar el útero (matriz), puede incluir las trompas y los ovarios de una mujer. El procedimiento se hace Abdominal, por laparoscopia o por vía vaginal, (Medlineplus, enciclopedia médica, actualizada en julio, 2019).

Consecuencias y cambios ocasionados por la Histerectomía

Las enfermedades ginecológicas en general no son una amenaza a la vida, pero pueden alterar la calidad de la misma, sin embargo, la histerectomía aporta beneficios a la paciente y a su relación de pareja (Rannestad, 2005). La histerectomía puede producir cambios físicos y emocionales Chou, Lee, Sun, Lin y Chen

(2011), sin embargo, Carlson, (1997), refiere que la histerectomía ha sido reconocida como un procedimiento que puede afectar varios aspectos de la salud de la mujer y que el pronóstico depende mucho de las motivaciones de las mujeres y de los problemas que resuelva la cirugía.

La histerectomía no es un procedimiento libre de efectos secundarios o iatrogénicos pero después de la misma se pueden presentar dificultades como las descritas a continuación:

Menopausia. Ya no tendrás períodos menstruales. Si se extirpan los ovarios. Cabness (2008), llama la atención a los aspectos psicosociales de la menopausia quirúrgica debido a la cual pueden aparecer cambios físicos, afectivos, sociales, espirituales, sexuales y los efectos a largo plazo sobre la calidad de vida. De acuerdo con Carlson, (1997), se estima que el 90% de las histerectomías son por problemas no malignos y que los mismos podrían ser abordadas por otros métodos.

Cambio en la sensibilidad sexual. Estos incluyen sequedad vaginal, menos interés en el sexo, especialmente, si se extirpan los ovarios. Faria, et al. (2015) en un hospital en Venezuela estudiaron la función sexual de 100 mujeres histerectomizada aplicando el Índice de funcionamiento sexual, antes de la cirugía y 3 y 6 meses después. Reportan mejoría en el dolor y la función sexual no se vio afectada. Maas, ter Kuile, Laan, et al. (2004), estudiaron la excitación sexual en 3 grupos de histerectomizadas, doce con histerectomía radical, 12 con abdominal simple y 17 controles. La radical parece producir mayores daños que las otras intervenciones.

Sensación de pérdida. La angustia, depresión y duelo por la pérdida de la fertilidad o los cambios en su cuerpo, está presente en estas mujeres. Además, puede haber desesperanza, pérdida de energía, tristeza, insomnio, llanto, pérdida del interés por la vida, ideas suicidas o de muerte. Long (1998), investigo “sobre el proceso de sanación, y el camino a la recuperación y salud mental positiva”. El autor habla de que enfrentar el dolor físico y emocional de una histerectomía, produce en la mujer una crisis

de identidad con todas las consecuencias de esta situación.

El duelo. En *Duelo y Melancolía* Freud (1917) refiere que el duelo es una reacción frente a la pérdida de un ser querido, la patria, la libertad, los ideales o una relación, o una parte del cuerpo. El duelo tiene consecuencias como dolor psíquico intenso, pérdida de interés por el mundo exterior, una inhibición de toda productividad que no tenga que ver o que gire alrededor de la memoria de la pérdida.

La depresión. De acuerdo al DSM 5 (2014), la depresión cursa con sentimientos de tristeza, pérdida del interés en las comidas o las cosas que se solían disfrutar o pérdida de energía, ideas suicidas, insomnio, falta de concentración, llanto fácil entre otros. Puede durar pocas semanas después de la cirugía, pero pueden aparecer antes de la misma. Cabness (2010), refiere que las mujeres más jóvenes sufren mayor riesgo de depresión después de la histerectomía. Hartmann, Katherine, Ma, Lamvu, (2004) en su estudio de 1,249 histerectomizada que padecían dolor pre-quirúrgico y depresión, fueron entrevistadas a los 6 y 24 meses post cirugía, que dividió en tres grupos: Mujeres con dolor pélvico, solo con depresión y con ambas condiciones, dolor y depresión o ninguno de los dos. A los 24 meses, las que padecían dolor y depresión representaban el 96.7% y se redujo a 19.4%. Resultados: Cambios positivos se presentaron en alteraciones mentales, dolor pélvico y la dispareunia que mejoró en todos los grupos. Se encontró peor funcionamiento en las que padecían dolor y depresión.

Calidad de Vida. Los avances recientes sobre alternativas terapéuticas para las mujeres que debido a sangrado son histerectomizada, ha llevado a estudiar el impacto que sobre la calidad de vida produce esta cirugía. La calidad de vida, es uno de los aspectos menos estudiado a pesar del impacto sobre la vida de la histerectomizada, la familia y la pareja. Esta se define como "percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones",

(OMS, 1994). Concepto esencial para entender, asesorar y apoyar a las pacientes. Rannestad, Eikeland, Helland, & Qvarnström, (2001), refieren que existen diferencias significativas en cuanto a la calidad de vida de las mujeres evaluadas pre y post histerectomía las cuales mejoraron después de la cirugía. Concluyen que la histerectomía mejora la calidad de vida de estas mujeres. Yeoum y Park, (2005), estudiaron en un hospital de Seúl, la adaptación post quirúrgica de 89 histerectomizada menores de 50 años. Concluyen que el 60.7% reinició su vida sexual entre 6 semanas y tres meses después de la cirugía. El 68% refirió baja lubricación, el 59.8% dolor abdominal y pélvico, pero dos terceras partes no cambio su frecuencia de coitos y orgasmos.

En la mayoría de los estudios revisados por Farrell y Kieser, (2000), muestran que la calidad de vida mejoro pero no hubo cambios o mejoría en la sexualidad. Garry, Fountain, et al. (2004), en un estudio metacéntrico con 43 cirujanos de 28 centros del Reino Unido y África del Sur, reclutaron 1,380 pacientes de las cuales 876 recibieron histerectomía abdominal, 504 histerectomía vaginal. En el grupo Vaginal 584 fueron intervenidas por laparoscopia y 292 por procedimiento estándar. En el grupo de histerectomía vaginal, 336 fue por laparoscopia y 168 procedimiento estándar. Todas fueron seguidas un año después. Reportan los autores que la laparoscopia abdominal presento más complicaciones, menos dolor postoperatorio, menor estadía hospitalaria, pero el procedimiento tomó más tiempo, aunque es menos costosa. La laparoscópica abdominal resulto en mejor imagen corporal, y aumento de la frecuencia de coitos que la abdominal. No hubo diferencias significativas entre la laparoscopia abdominal y la vaginal. Con relación a la calidad de vida, diferentes autores han valorado la incidencia de la histerectomía sobre el contexto general de la vida de la paciente, en tal sentido Thakar, Ayers, Georgakapolou, et al. (2004), refieren que dicha cirugía mejora la calidad de vida de las pacientes. Estudiaron 279 histerectomizada por patologías benignas, 146 histerectomía total y 133 histerectomía subtotal. Al ingreso,

la calidad de vida y síntomas psicológicos fueron muy similares. Después de la cirugía, la calidad de vida mejoró y no hubo diferencia significativa entre ambos grupos en presencia de ansiedad, depresión, síntomas somáticos, o disfunción social al inicio y al seguimiento.

Warren, Ladapo, Borah, et al., (2009), reportan un estudio retrospectivo con resultados similares en cuanto al procedimiento mínimamente invasivo evaluando logros, complicaciones, duración y costos. Reportan mayores tasas de infección, en histerectomías abiertas en comparación con las laparoscópicas las cuales tienen menores costos. Estudios similares fueron reportados por Nieboer, Hendriks, Bongers, Vierhout, et al. (2012), quienes compararon 59 mujeres en seguimiento por más de cuatro años de las cuales veintisiete sometidas a histerectomía laparoscópica y 32 histerectomía abdominal. El grupo de laparoscopia reportó mejor calidad de vida que las sometidas a cirugía abdominal. Kluivers, Hendriks, Mol, Bongers, et al. (2007), en su estudio con 59 mujeres concluyen que la mujer histerectomizada por laparoscópica (27) reportaron mayor vitalidad que las sometidas a histerectomía abdominal (32). Las intervenidas por laparoscopia reportaron mayor vitalidad post cirugía en comparación con las intervenidas abdominalmente.

La sexualidad es vista como un indicador efectivo de la calidad de vida, Fram, Kamil Mosa, Saleh, Shawqi, Sumrein, Issa, (2013), estos autores estudiaron 124 histerectomizada por causas benignas, y reportan que 75% mejoró su funcionamiento sexual, pero el 11.3% sufrió un desenlace peor. Sugieren que las mujeres deben ser informadas sobre posibles cambios en su sexualidad. Por otro lado, Lee, Choi, Hong, et al. (2011), en su estudio sobre la incidencia de dos abordajes quirúrgicos sobre la función sexual. La laparoscopia, tradicional y otra por vía de un solo puerto. Reclutaron 95 mujeres, divididas en dos grupos. Los resultados indican que ambos procedimientos son seguros y no alteran la función sexual. Resultados similares han sido reportados por Ellström, Aström, Möller, Olsson y Hahlin, (2003), quienes entrevistaron 74 mujeres referidas

para histerectomía que no eran candidatas para cirugía vaginal. Dividieron la población en dos grupos: Intervención abdominal (n=38) y (n=36) a laparoscópica. Un año después fueron re-evaluadas y comparadas con relación a cambios psicológicos, bienestar general y sexualidad no encontrándose diferencias significativas entre los dos grupos. Los problemas de humor de acuerdo a, Khastgir, Studd & Catalan (2000), son peores antes de la histerectomía debido a condiciones psiquiátricas, de personalidad y problemas psicosociales como resultados de la respuesta a los síntomas ginecológicos. Las cifras de histerectomías siguen siendo una preocupación, Cabness (2010) reporta además que las mujeres histerectomizadas en los Estados Unidos son sometidas a una histerectomía y menopausia quirúrgica y que los trabajadores de la salud deben estar conscientes del efecto de la cirugía sobre la vida de estas mujeres.

La sexualidad es para toda la vida y mejora la calidad de vida razón por la cual la OMS dice que la **salud sexual** es definida como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la **sexualidad**; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad, (portal de la Organización Mundial de la Salud (2019). Dada la importancia que tiene la sexualidad no solo para la mujer, sino también para su pareja y su bienestar general, es importante que los profesionales presten atención a este aspecto de vital importancia para la pareja. Sobre este aspecto, Nathorst-Böös y von Schoultz (1992) estudiaron 678 histerectomizada para determinar las reacciones psicológicas y su ajuste sexual después de la cirugía con o sin ooforectomía. Las no ooforectomizadas, mostraron una actitud más positiva hacia la cirugía, mientras que aquellas a las cuales se les extirparon los ovarios experimentaron un deterioro de su vida sexual por lo que este hallazgo debe ser discutido con las pacientes antes de la cirugía.

Otro estudio sobre el impacto de la ooforectomía es el de Urrutia, Araya y Padilla (2011), quienes compararon histerectomías con y sin ooforectomía. La ooforectomía bilateral, se ha convertido en la extirpación

más frecuente de un órgano sano, alcanzando el 40-55% de las histerectomías. En su estudio sobre 67 mujeres, 35 histerectomizada y 32 histerectomizada con ooforectomía estudiadas tres días después de la cirugía y a los seis meses. Hubo diferencias significativas entre ambos grupos indicando que las ooforectomizadas presentaban mayor prevalencia de dispareunia, dificultades de orgasmos y menor, frecuencia de relaciones sexuales y menor grado de excitación sexual. Urrutia, Araya, Flores, et al. (2013), ratifican los hallazgos antes citado y refieren además que el 50% de las histerectomizada también son ooforectomizadas y que esta intervención contribuye a un deterioro de la salud y de la sexualidad. *Martínez, Bustos, Ayala, Leroy, Morales, Watty, Briones, (2010)*, evaluaron la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supra-cervical por laparoscopia. Concluyen los autores que la función sexual de estas mujeres no se vio afectada antes ni después del procedimiento por laparoscopia.

El diagnóstico de cáncer genera una gran preocupación en la mujer y su pareja Greenwald y McCorkle (2010), estudiaron la función sexual en un grupo de 179 mujeres entre 29-69 años, sobrevivientes de cáncer cervical con seguimiento entre 6-29 años después del diagnóstico. El 81.1% refirió ser sexualmente activa y el 81.4% mantenía deseo y el 90.9% disfrutaba la actividad sexual. Ni la edad ni el tiempo parecieron afectar la función sexual. Las que fueron sometidas a ooforectomía tenían mayor riesgo de no disfrutar el sexo. Farrel (2000), analizó 18 estudios prospectivos y retrospectivos acerca de la sexualidad de mujeres histerectomizada encontró que la mayoría de estos estudios no mostraron cambios o mejorías en la sexualidad de mujeres sometidas a una histerectomía. Pero, el autor pone dudas sobre estos trabajos al referir que la mayoría fueron pobremente diseñados.

METODOLOGIA

Tipo de estudio

Para esta investigación se escogió el abordaje cualitativo, debido al auge que ha tomado dicho método en el campo de la salud.

La investigación cualitativa permite conocer desde la perspectiva de los usuarios las creencias, valores, actitudes, percepciones, opiniones y modos de vivir y actuar respecto de la condición que presentan o de los servicios de salud que se les ofrecen. La investigación cualitativa en los servicios clínicos es cada vez más frecuente (Bedregal, Besoain, Reinoso, Zubarew, 2017). Los testimonios individuales tienen un valor sin precedente en lo que se refiere a la creación de políticas que tienden a mejorar la calidad de los servicios de salud, como evidencia para proveer una oportunidad de analizar situaciones complejas y aportar soluciones (Tolman, Hirschman, & Impett, 2005). Este tipo de herramienta combina el poder de la historias con el rigor metodológico de la investigación cualitativa, mostrando información importante sobre situaciones complejas, sugiriendo posibles soluciones.

Población y muestra

De una población de 62 mujeres que habían pasado por una histerectomía, se seleccionaron 10 que llenaban los siguientes criterios de inclusión: Aun menstruaban regularmente, tenían pareja, llevaban una vida sexual activa y cuyas edades oscilaban entre 39 y 49 años. Todas accedieron voluntariamente a participar en el estudio, previa lectura, aprobación y firma de un consentimiento informado.

Instrumento de medida

Para la recolección de los datos se utilizó una guía de preguntas abiertas y cerradas, la cual se utilizó para las entrevistas llevadas a cabo de manera individual con cada una de las participantes. El instrumento fue sometido a un juicio de expertos conocedores del tema en estudio, el cual estaba estructurado de la siguiente manera: 1) Información demográfica, 2) Antecedentes de la cirugía, razones, síntomas, ciclos menstruales, lubricación, dolor entre otros. 3) En la consulta pre quirúrgica: Información sobre el diagnóstico y la cirugía, consecuencias, entre otros. 4) Sobre la cirugía: Temores, Preocupaciones, Tristeza, Duelo, Depresión, miedos, entre otros. 5) Manifestaciones post-quirúrgicas: Síntomas físicos y estado

emocional, dificultades, dolor al coito, sexualidad, disfrute.

Análisis de los datos

Las entrevistas que se realizaron fueron audio-grabadas y transcritas. Con las transcripciones se procedió a realizar un análisis de contenido, etiquetando, codificando y categorizando los datos que fueron emergiendo de los testimonios.

Aspectos éticos

El estudio fue sometido para evaluación al Comité de Ética del Instituto de Sexualidad Humana de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, el cual aprobó el procedimiento descrito en el anteproyecto de investigación. 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. 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

Datos descriptivos de las participantes del estudio

10 mujeres; edades entre 39 y 49 años. Cuatro tenían estudios primarios; cuatro estudios secundarios, dos estudios universitarios. En su historia de embarazos habían tenido entre 2 a 6 embarazos. De estos embarazos, al momento del estudio tenían entre uno y cuatro hijos.

El tiempo que tenían presentando molestias previas a la histerectomía era de 36 meses a 2 meses, y un caso que tenía 17 años. Con relación al tiempo que había transcurrido entre la histerectomía y el momento de la entrevista oscilaba entre los 36 meses a 5 meses. A nueve de los casos se le había practicado una histerectomía abdominal y a una de tipo vaginal.

Síntomas previos a la histerectomía

Dentro de la historia clínica previa de las mujeres que fueron entrevistadas, se propuso

explorar los síntomas previos a la histerectomía. Aquí se pueden observar tres categorías relacionadas con esa antesala a la operación: **1) Signos vivenciales físicos; 2) Signos vivenciales emocionales; 3) Diagnóstico.**

La primera categoría hace referencia a la sintomatología subjetiva que la mujer estuvo vivenciando respecto a lo que implicaba el cuadro que conllevó a la cirugía; una vivencia que definitivamente es muy subjetiva, y sólo la paciente tiene capacidad de poder manifestar. En este mismo orden, se pudo apreciar una manifestación emocional también de tipo subjetivo en la segunda categoría, que sumado a las sensaciones físicas pueden dar al traste con el significado que para ellas tiene en su conjunto la vivencia de este dolor, que podría incluso estar anticipando la pérdida de su útero, potenciando aún más la sensación angustiosa. Por otro lado, tener que vivir este tipo de sintomatología, y sentir esa incertidumbre por pensar que quizá podría morir, conlleva una serie de pensamientos que pueden desencadenar en un cuadro que compromete el estado del ánimo.

Signos vivenciales físicos

“Sentía, especialmente, mucho dolor abdominal” María

“Me creció el vientre, tenía mucho sangrado” Estrella

“Me molestaba cuando tenía relaciones sexuales y sentía mucho dolor” Estrella

“Tenía un sangrado abundante, el cual me produjo anemia y sentía mucho dolor” Tania

“Estaba sintiendo calambres en las piernas, mucho dolor abdominal y en las caderas. Sufrí un dolor que me dejó inconsciente por cuatro horas” Ana

“Estaba preñada de miomas” Isabel

“Me molestaba hasta para caminar” Petra

“Fui sometida a una histerectomía vaginal por inflamación del vientre y dolores de espalda” Margarita

Signos vivenciales emocionales

"Me sentía muy deprimida en esa época, ya que no comprendía lo que me pasaba, y sentía que me podía morir" Isabel

Diagnóstico

"Tenía miomas" María
"Tenía cáncer de primer grado, mioma de 3.5 cm, y dolor pélvico crónico" Estrella
"Se decidió hacerme la histerectomía debido a miomas benignos, sangrado y dolor pélvico" Tania
"Sangrado excesivo y miomas benignos" Beatriz
"Mioma de 10 libras, dolor pélvico crónico" Carmen
"Dolor crónico y miomas" Ana
"Sangrado abundante y miomas benignos" Laura
"Miomas, mucho sangrado y anemia" Isabel
"Miomas, dolor pélvico crónico, displasia severa" Petra
"Miomas benignos, sangrado y dolor pélvico crónico" Margarita

Sexualidad post histerectomía

Algo muy interesante con la relación a la sexualidad de estas mujeres histerectomizadas es la vida sexual luego de la cirugía. Contrario a lo que se podría especular, la **satisfacción sexual** es una categoría que en esta muestra marca una pauta muy importante, ya que casi todas se sienten satisfechas con las relaciones sexuales post operatorias, independientemente de la frecuencia con que tengan relaciones sexuales. Sólo dos casos plantearon una **insatisfacción sexual**, que aunque no salió a relucir de manera marcada, es una categoría importante a tomar en consideración.

"Tengo relaciones cuatro veces al mes y me siento satisfecha con mi vida sexual" Estrella
"Me siento satisfecha con mi vida sexual, tengo relaciones sexuales dos veces al mes" Tania
"Estoy satisfecha con las relaciones sexuales y las tengo tres veces al mes" Tania
"Estoy satisfecha con mi vida sexual" Carmen

"Me siento satisfecha con el sexo actualmente" Ana

"Me siento satisfecha con las relaciones sexuales que tengo, tengo ocho relaciones sexuales al mes." Laura

"Estoy satisfecha con mi vida sexual" Isabel

"Puedo decir que estoy muy satisfecha con mis relaciones sexuales, a pesar de que son como cada dos semanas" Petra

"Estoy satisfecha con mis relaciones sexuales" Margarita

"No me siento satisfecha con mi vida sexual" María

"Tengo relaciones sexuales dos veces al mes y yo soy que las propongo" María

Con relación al **deseo sexual y la disposición para tener actividades sexuales**, se puede observar en estas dos categorías, es un elemento a tomar en cuenta y ser evaluado con mayor profundidad. El discurso de las participantes del estudio no necesariamente apunta ni a una mejoría del deseo, pero tampoco se evidencia un empeoramiento. La iniciativa para tener relaciones sexuales en algunos casos la toman ellas y en otros casos sus parejas. Lo que no sale a relucir es un signo puntual de aumento sustancial de deseo, pero tampoco una disminución preocupante. En otros casos la sensación es que el deseo se mantiene igual que antes de la operación.

"Mi deseo sexual sigue siendo el mismo de antes de ser operada" María

"Nunca soy yo que inicia las relaciones, sino mi pareja" Tania

"En ocasiones inicio yo las relaciones sexuales y en otras mi pareja" Estrella

"Mi deseo sexual sigue siendo el mismo que antes" Tania

"A veces comienzo yo y a veces mi pareja. No siento que mi deseo sexual sea el mismo que tenía antes de la histerectomía, ni tampoco es muy diferente" Beatriz

"Nunca tomo yo la iniciativa de tener relaciones sexuales. Mi deseo sexual"

no es el mismo que tenía antes de ser operada” Carmen

“Mantengo relaciones sexuales dos veces al mes, a veces las inicia mi pareja y a veces yo. Mi deseo sexual es incluso mejor ahora que antes, ya que antes me daba dolor y ahora puedo sentir el deseo en su plenitud” Ana

“Nunca soy la que inicia las relaciones sexuales. Mi deseo sexual no es el mismo que tenía antes de ser operada” Isabel

“Casi siempre tomo la iniciativa, pero mi pareja también las inicia” Petra

“Mi deseo sexual no ha cambiado después de la cirugía. Tengo relaciones sexuales dos veces a la semana, a veces inicio yo y a veces mi pareja” Margarita

La categoría relacionada con la **Excitación** muestra un dato satisfactorio. Casi todas las mujeres tiene una lubricación adecuada, independientemente de que esto puede ser algo muy subjetivo, y que varía de una mujer a otra, el hecho de que digan que sienten que su lubricación es suficiente, buena, que sienten más placer, es un signo de que la capacidad de excitación sigue vigente luego de la histerectomía. Unos cuantos casos plantean que su lubricación ha cambiado, y esto podría deberse a varios factores que se tendría que evaluar de manera interdisciplinaria.

“Durante el sexo mi lubricación es suficiente” María

“Lubrico bien durante mis relaciones íntimas” Estrella

“La lubricación es suficiente y buena durante mis relaciones”. Tania

“Mi lubricación ha cambiado desde la intervención y no es suficiente” Beatriz

“Mi lubricación en las relaciones sexuales es buena” Carmen

“Lubrico lo suficiente en el sexo” Ana

“Mi lubricación es buena, incluso ahora siento más placer” Laura

“Mi lubricación durante el sexo ya no es la misma que antes” Isabel

“No tengo problemas con la lubricación” Petra

“Lubrico bien” Margarita

En cuanto a la categoría relacionada con el **orgasmo** es muy interesante poder observar como todas las mujeres de este estudio pueden tener orgasmos en todas o en la mayoría de sus relaciones sexuales. Este aspecto, que incluso en la población general de las mujeres que asiste a terapia sexual, resulta a veces uno de los problemas más relevantes, en estas mujeres entrevistadas no resultó ser un tema que llamara la atención en términos negativos.

“Llego al orgasmo cada vez que tengo relaciones sexuales” María

“De las veces que tengo relaciones sexuales siempre tengo orgasmos” Estrella

“En todas las relaciones alcanzo el orgasmo”. Tania

“En las tres relaciones que tengo al mes logro el orgasmo” Beatriz

“Tengo relaciones sexuales una vez al mes y no alcanzo el orgasmo” Carmen

“Casi siempre logro tener un orgasmo” Ana

“En las ocho relaciones que tengo en un mes llego al orgasmo en todas” Laura

“Tardo más en llegar al orgasmo, y a veces no llego” Isabel

“Siempre logro llegar al orgasmo” Petra

Otra de las categorías que impresionantemente muestra un contenido gratificante es la del **dolor en el coito**. Casi todas las mujeres dicen que no sienten ningún tipo de dolos cuando están teniendo relaciones sexuales con penetración, y sólo pudo observarse un caso donde si ocurría.

“No tengo ningún dolor vaginal mientras tengo relaciones sexuales” María

“No tengo dolor durante la penetración” Estrella

“No tengo dolor vaginal en la penetración”. Tania

“Mis relaciones sexuales son dolorosas ya que me duele la vagina cuando me penetran” Beatriz

“No tengo dolor vaginal cuando tengo sexo” Carmen

"No tengo dolor cuando tengo relaciones" Ana

"No siento dolor vaginal en la penetración" Laura

"No presento dolor vaginal cuando tengo sexo" Isabel

"No me da dolor la penetración" Petra

"No tengo dolor en la penetración" Margarita

Impacto físico luego de la histerectomía

Las molestias físicas luego de la histerectomía generalmente han durado alrededor de un año. Estas molestias están relacionadas con categorías como *dolores de espalda, problemas del sueño, sangrados, sensaciones térmicas elevadas en el cuerpo (calores), dolores abdominales*. Al parecer son molestias postquirúrgicas naturales al mismo proceso, ya que luego de varios meses o al cabo de un año pues todas las molestias desaparecían.

"Después de ser operada, me dolía mucho la espalda y dure un año con ese malestar" María

"Dormía bien luego de la operación" María

"A veces me costaba trabajo dormir" Estrella

"Tuve durante nueve meses sangrado en dos o tres ocasiones luego de tener relaciones sexuales y sentía calores" Estrella

"Tras la intervención quirúrgica sentí calores durante dos meses" Tania

"No podía dormir bien" Tania

"Siento calores excesivos y dolores abdominales" Beatriz

"La mayoría de las noches me costaba trabajo dormir" Beatriz

"Por diez meses sentía mucho dolor en la espalda y cuello. Líquido en los pulmones, calores, gases estomacales, dolor en las piernas y presión arterial alta" Carmen

"Tenía problemas para dormir la mayor parte del tiempo" Carmen

"Tuve pérdida del olfato y calores que me duraron diez meses" Ana

"Dolor de espalda o columna que me duraron cuatro meses" Laura

"Después de la cirugía tuve dolor de espalda y calores por casi dos años" Isabel

"Aunque la operación fue bien, seguía teniendo molestias y dolores hasta dos meses después" Petra

"Tenía dificultades para dormir" Margarita

Impacto emocional postquirúrgico

Respecto a este acápite surge una categoría muy importante que son los **signos de dolor emocional**. A través de las narraciones de las entrevistadas se pudo evidenciar que presentaban signos relacionados con *irritabilidad, melancolía, ira*. Aunque de igual modo, en otros de los casos se puede observar todo lo contrario. En este sentido, podría decirse que los signos de dolor emocional pueden ser cambiantes y que no hay un elemento que defina de forma específica la manera en que reaccionan emocionalmente ante la pérdida del útero.

"Después de la cirugía estaba más irritable de lo normal" María

"Me sentía más irritable de lo normal en muchas ocasiones" Estrella

"No me sentía melancólica a causa de no tener ya mi útero" María

"No me sentía furiosa por no tener mi útero" Tania

"En general me siento feliz sin el útero y no me hace falta en lo absoluto" Tania

"Estaba más irritable de lo normal. Sentía algo de enojo porque me había quedado sin útero" Beatriz

"Ya no tengo ganas de llorar cuando pienso en mi útero, no me pongo triste" Beatriz

"Estaba más irritable de lo normal" Carmen

"No sentía incomodidad por haberme quedado sin mi útero" Carmen

"Es raro cuando me pongo triste cuando pienso en mi útero, apenas me resulta doloroso pensar en la cirugía" Carmen

"Me sentía tranquila luego de la operación y dormía adecuadamente" Ana

“No estaba enojada por haberme quedado sin mi útero, especialmente porque estaba tranquila de que ya tenía mis dos hijos” Laura

“No estaba irritable luego de la operación y podía concentrarme en mis actividades habituales. Mi sueño no se alteró. No tuve ganas de llorar, no me puse triste.” Petra

Dentro del impacto emocional hay una categoría que hace referencia a una **esfera subjetiva**, que muestra los pensamientos y creencias relacionados con el proceso que tuvieron que vivir las mujeres en esta investigación. En este apartado emergen subcategorías como la *aceptación*, *pensamientos de dolor*, *ganas de llorar*, *sensaciones de vacío*, *sentimientos de incapacidad*, *evocaciones mentales que causan dolor emocional*. Al parecer esto juega un papel muy importante en la manera en que las mujeres se recuperan luego de la histerectomía.

“No tuve problemas en aceptarlo todo tal cual sucedió” María

“Después de la operación me resultaba doloroso pensar en la cirugía. A veces lloraba a escondidas cuando pensaba en mi útero” Estrella

“No sentía ganas de llorar cuando pensaba en mi útero”. María

“Siento que nada podrá ocupara jamás el lugar que ha dejado en mi vida la pérdida de mi útero. Me invade la necesidad de tenerlo otra vez” Estrella

“En los primeros tres meses luego de la cirugía me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales” Estrella

“A veces me resulta doloroso recordar la cirugía” Tania

“Me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales” Beatriz

“Todavía me resulta doloroso traer a la memoria la cirugía” Beatriz

“Puedo aceptar que ya no tengo el útero y no lo extraño” Beatriz

“Me sentía limitada en los tres primeros meses” Carmen

“He pensado constantemente en mi útero. Hay personas de mi entorno que todavía me hacen recordarlo” Carmen

“No me invade la necesidad de tener mi útero otra vez” Carmen

“A veces pienso que nada podrá ocupar el lugar que ha dejado en mi vida mi útero. Acepto que ya no lo tengo, y no me resulta doloroso traer a la memoria la cirugía, porque comprendo que ha sido necesario que me lo extraigan” Ana

“Creo que era necesario sacármelo para poder salir de todos los esos problemas, y la posibilidad de desarrollar un cáncer en la matriz” Petra

“En los primeros tres meses de la cirugía me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales” Laura

“Me siento aliviada porque ya todo está bien y no tengo esos sangrados abundantes que limitaban mi vida” Laura

“Sentí como que me llegó la menopausia luego de la operación, porque tenía calores e irritación, y que quitarme el útero había dejado una especie de vacío en mí, pero acepté que ya no lo tenía” Petra

“Sentía la necesidad de tener mi útero otra vez. Siento un vacío e intensas ganas de llorar cuando pienso en mi útero. Creo que nada podrá sustituirlo, siento la necesidad de tenerlo otra vez, pero es un deseo y nada más.” Margarita

“Después de la cirugía pensaba en las sensaciones que tenía cuando mi útero estaba ahí, y a veces me sentía más irritable después de la cirugía” Petra

Dentro del impacto emocional hay una categoría que tiene que ver con las **relaciones interpersonales**. Esto denota como el proceso postquirúrgico de la histerectomía, con todo lo que implica en términos emocionales y esfera cognitiva a través de los pensamientos y creencias, afectan el ánimo de las entrevistadas y por consiguiente, de algún modo, sus diferentes relaciones

interpersonales: *Trabajo, familia, amistades, y actividades sociales.*

Trabajo

"No me desconcentraba en el trabajo"

María

"Me constaba enfocarme en las cosas de mi trabajo"

"Me concentraba bien en el trabajo"

Tania

"Tenía problemas para concentrarme en las actividades de mi trabajo"

Beatriz

"No me podía enfocar en el trabajo"

Carmen

"En el trabajo todo fluyó de manera adecuada"

"Me costaba concentrarme en el trabajo tras la operación"

Isabel

Familia

"No perdí el interés en mis familiares y amigos"

María

"Seguía socializando con mi familia"

Tania

"Perdía bastante el interés en socializar con mi familia"

Beatriz

"No sentía deseos de estar con mi familia"

Carmen

"Tras la cirugía no perdí el interés de relacionarme con mis familiares"

Ana

"Mi compañero siempre me ha brindado apoyo en todo este proceso y tenemos buena relación"

Laura

"He seguido relacionándome con mi familia igual que antes"

Petra

"Sentí que tras la cirugía me costaba relacionarme con algunas personas"

Estrella

"Compartía con mis amigos fuera de casa"

Tania

"Tenía problemas para relacionarme con amistades"

Beatriz

"No quería compartir con amigos"

Carmen

"No me costaba relacionarme socialmente"

María

"Realizaba actividades fuera de la casa"

María

"Después de la cirugía tenía algunas dificultades para relacionarme socialmente con las personas"

Tania

"Tenía problemas para relacionarme socialmente"

Beatriz

"Me costaba relacionarme y socializar con algunas personas"

Ana

"No me ha costado relacionarme con personas luego de la operación"

Laura

"No he tenido problemas para relacionarme con las personas en general"

Isabel

"Mis relaciones sociales luego de la cirugía han seguido normales"

Petra

"Tuve algunas dificultades para relacionarme socialmente con las personas. Me aislaba mucho"

Margarita

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La histerectomía es una intervención que no solo va en aumento en nuestro país, sino también a nivel mundial, aunque de acuerdo a (Poetgen, 1993), esta cirugía termina con la fase reproductiva y altera la regulación del yo y que el aumento del procedimiento no se corresponde con un aumento de patologías. Similares resultados fueron reportados por Vomvolaki, Kalmantis, Kioses, & Antsaklis (2006), Askew (2009).

No hay dudas de que la cirugía tiene aportes positivos pero también tiene un impacto en la vida física y emocional de las que pasan por ese proceso, Chou, Lee, Sun, Lin y Chen, (2011) analizaron las repercusiones físicas y emocionales de la cirugía. En este estudio las reacciones post cirugía quedan muy evidenciado en las palabras de las participantes, donde se pudo observar en una línea histórica todo el proceso pre y postquirúrgico en términos de sintomatología que llevan a la decisión de practicar la histerectomía, como la vivencia de las mujeres desde la valoración de su propia situación antes y después de la operación. Cerda, Pino y Urrutia (2006) estudiaron el impacto sobre la feminidad la cual esta íntimamente ligada a la sexualidad, refieren que esta cirugía atenta contra ambas cualidades de la calidad de vida.

Es importante resaltar, por ejemplo, el aspecto de la sexualidad, por ser una intervención quirúrgica directamente relacionada con órganos que tienen funciones sexuales y reproductivas. La sexualidad ha sido ampliamente estudiada con resultados positivos y en algunos casos negativos, Farrell y Kieser, (2000), en la mayoría de estudios revisados indican que la calidad de vida mejora pero no hubo cambios o mejoría en la sexualidad. Sin embargo, Fram, Kamil Mosa, Saleh, Shawqi, Sumrein, Issa, (2013), en su estudio de 124 histerectomizada, encontraron que el 75% mejora su funcionamiento sexual, pero el 11.3% sufrió un desenlace peor. En presente estudio la mayoría refirió tener una sexualidad satisfactoria antes y después de la histerectomía. Los efectos de la cirugía fueron investigados por Neefus y Taylor (1982), reportan los autores que el 92% de las pacientes mostraron interés en conocer el impacto de la histerectomía sobre la sexualidad. Como resultado de esta investigación se puede decir que cada mujer vive de manera muy personal su proceso, sin embargo, se observaron elementos característicos del grupo estudiado. Todas las mujeres dijeron que había re-iniciado su vida sexual y que su deseo, lubricación y orgasmos se habían recuperado. Solo dos se quejaron de dificultades sin embargo todas reportaron ser orgásmicas en casi todas las oportunidades.

Todas las creencias relacionadas con lo que se ha aprendido a nivel social, tienen un papel fundamental en cómo estas mujeres asumen el proceso, y la manera en como lo integran. Independientemente de que sea algo muy desagradable, se puede ver la aceptación de que era necesaria la operación, y esto al parecer sirve como contrapeso al dolor de la pérdida, ya que ayuda a darle una connotación positiva de supervivencia y necesidad a la intervención. La resignación de estas mujeres, no necesariamente significaba una aceptación emocional ya que muchas presentaban signos y síntomas inequívocos de duelo expresado en malestar por la pérdida del órgano, por la ausencia de su útero, por la sensación de estar vacía y de depresión expresadas por sentimientos de tristeza, ira, melancolía, insomnio, llanto, deseos de no hacer nada y

perdida del interés en la familia, el trabajo, las actividades sociales, entre otros. La depresión no es una variable que las pacientes mencionaban espontáneamente, sino que se obtuvieron por medio de las entrevistas. Hartmann, Katherine, Ma, Lamvu, (2004) y Long, (1998) hacen referencia a la situación de la depresión en las histerectomizadas.

En el DSM-V los síntomas se describen en el DSM-V, (1994) para clasificar los estados depresivos. Estas manifestaciones no son ajenas a la histerectomía como lo menciona Long (1998) en su investigación “sobre el proceso de sanación, y el camino a la recuperación y salud mental positiva.

La OMS (2019) ha dado gran importancia a la calidad de vida de todos los individuos y especialmente a las mujeres por los múltiples roles que juegan en la sociedad. Farrell y Kieser, (2000), hacen referencia a este aspecto que había sido muy descuidado y que recién ahora se retoma y se ha encontrado que después de la histerectomía hay mejoría en la calidad de vida de las mujeres.

El dato de que las mujeres se sientan satisfechas sexualmente posterior a la cirugía, apunta a que contrario a lo que se podría pensar, al parecer, el hecho de que se le practique la histerectomía le quita un problema de salud, aumentando los niveles de calidad de vida. Este aspecto resulta de mucho valor, ya que esta satisfacción se puede ver reflejada en el deseo sexual, la iniciativa y disposición que tienen para tener relaciones sexuales, en las cuales logran el orgasmo y el nivel de lubricación adecuado en la mayoría de las veces

Algo que contrasta es que, aunque no tienen relaciones sexuales con mucha frecuencia, esto no plantea un problema de insatisfacción sexual, lo que suscita interrogantes relacionadas con el hecho de que probablemente en esta etapa de la vida, y luego de la pérdida del útero, valorar cualquier momento de disfrute sexual es muy importante y de gran relevancia. Ya no es la cantidad, sino poder vivir la experiencia sexual en el momento en que se vive.

En cuanto a las secuelas físicas, se podría decir que es gratificante poder observar que no duran más de un año las molestias

postquirúrgicas, y es lo que dentro del cuadro se esperaría. De igual modo, la manera en que las mujeres del estudio lo han asumido como algo completamente aceptable y no de manera trágica.

El impacto emocional luego de la intervención se ve caracterizado, principalmente, por irritabilidad, melancolía, e ira. En este apartado, sin embargo, se puede ver el contraste de que en algunos casos estos signos no están presentes, lo que se podría interpretar como un tema muy subjetivo de cada mujer. Aquí entra la parte de la subjetividad vinculada a las creencias, pensamientos automáticos, y la manera en que cada una afronta cognitivamente toda esta información, que como producto se ven encausadas hacia la aceptación que permite seguir viviendo una vida de manera satisfactoria en todos los sentidos.

Un aspecto estudiado, pero sobre el cual no hubo respuesta fue el tipo de cirugía practicado y la extensión de la misma. Ninguna de las mujeres fue informada por su médico o personal de salud sobre el tipo de cirugía que se realizó, no sabían si se extirparon, los ovarios, las trompas y el cuello, si la histerectomía fue total o parcial. De las 10 pacientes entrevistadas solo una fue intervenida vaginalmente, las otras por el abdomen. Sobre esta desinformación se ha escrito mucho por la falta de educación. Cuando se pregunta a las mujeres si quieren información sobre los efectos de la cirugía. Neefus y Taylor (1982), en su investigación encontraron que el 92% quería saber sobre los problemas físicos y el 94% sobre la sexualidad.

Se podría concluir, tomando en cuenta todas las características que surgieron del estudio, que la histerectomía, aparte de ser un proceso doloroso, también es vivido como una necesidad de supervivencia y perpetuación de la salud de la mujer. Al parecer, el hecho de que ellas puedan integrar este aspecto, las ayuda a sobrepasar el dolor de la pérdida, y cualquier creencia negativa que tengan con relación a la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

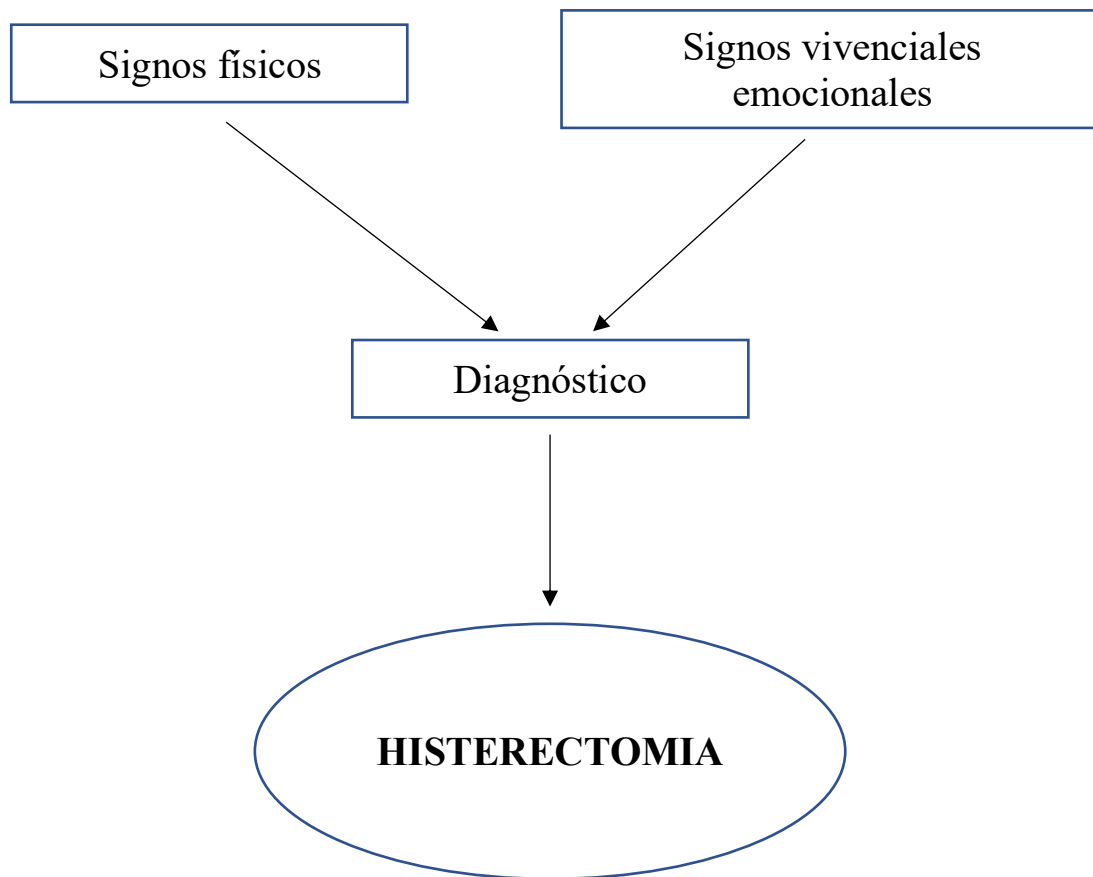
1. Agu, B. (2017). Patients and Nurses Attitudes to Hysterectomy and Postoperative Pain Management. Doctoral Dissertation, Walden University, 2012 BSN, Brenau University, 2000
2. Askew, J. C., & Zam, M. (2013). In sickness and in health: The effects of hysterectomy on women's partners and intimate relationships. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 12(1), 58-72.
3. Balaguero Lladó, Lorenzo, (1973), Medicina & Historia Revista de Estudios Históricos informativos de la Medicina. Secretaría de Redacción Centro de Documentación de Historia de la Medicina de J. URIACH & Cía. S. A. Barcelona.
4. Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A., & Zubarew, T. (2017). La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Revista médica de Chile*, 145(3), 373-379.
5. Cabness, J. (2010). The psychosocial dimensions of hysterectomy: private places and the inner spaces of women at midlife. *Social work in health care*, 49(3), 211-226.
6. Carlson, K. J. (1997). Outcomes of hysterectomy. *Clinical obstetrics and gynecology*, 40(4), 939-946.
7. Cerda, P., Pino Ch, P., & Urrutia, M. T. (2006). Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(3), 216-221.
8. Chou, C. C., Lee, T. Y., Sun, C. C., Lin, S. S., & Chen, L. F. (2006). Husbands' experiences before wives' hysterectomy. *The journal of nursing research: JNR*, 14(2), 113-122.
9. DSM-V, (2014), Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, American Psychiatric Association, Panamericana.
10. Ellström, M. A., Åström, M., Möller, A. N. D. E. R. S., Olsson, J. H., & Hahlin, M. (2003). A randomized trial

- comparing changes in psychological well-being and sexuality after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 82(9), 871-875.
11. Faría, F., Ferrarotto, M., & González Blanco, M. (2015). Función sexual en pacientes histerectomizada. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(1), 030-040.
 12. Farrell, S. A., & Kieser, K. (2000). Sexuality after hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 95(6), 1045-1051.
 13. Fram, K. M., Saleh, S. S., & Sumrein, I. A. (2013). Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience. *Archives of gynecology and obstetrics*, 287(4), 703-708.
 14. Freud, S. (1917). Mourning and melancholia SE 14 [→].
 15. Garry, R., Fountain, J., Brown, J., Manca, A., Mason, S., Sculpher, M., ... & Lilford, R. (2004). EVALUATE hysterectomy trial: a multicentre randomised trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 8(26), 1-154.
 16. Greenwald, H. P., & McCorkle, R. (2008). Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer. *Journal of women's health*, 17(6), 955-963.
 17. Hartmann, K. E., Ma, C., Lamvu, G. M., Langenberg, P. W., Steege, J. F., & Kjerulff, K. H. (2004). Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstetrics & Gynecology*, 104(4), 701-709.
 18. Khastgir, G., Studd, J. W. W., & Catalan, J. (2000). The psychological outcome of hysterectomy. *Gynecological endocrinology*, 14(2), 132-141.
 19. Kluivers, K. B., Hendriks, J. C., Mol, B. W., Bongers, M. Y., Bremer, G. L., de Vet, H. C., ... & Brolmann, H. A. (2007). Quality of life and surgical outcome after total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for benign disease: a randomized, controlled trial. *Journal of minimally invasive gynecology*, 14(2), 145-152.
 20. Lee, J. H., Choi, J. S., Hong, J. H., Joo, K. J., & Kim, B. Y. (2011). Does conventional or single port laparoscopically assisted vaginal hysterectomy affect female sexual function?. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 90(12), 1410-1415.
 21. Long, A. (1998). The healing process, the road to recovery and positive mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(6), 535-543.
 22. Maas, C. P., Ter Kuile, M. M., Laan, E., Tuijnman, C. C., Weijenborg, P. T. M., Trimbos, J. B., & Kenter, G. G. (2004). Objective assessment of sexual arousal in women with a history of hysterectomy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(5), 456-462.
 23. Martínez, M., Bustos, H., Ayala, R., Leroy, L., Morales, F., Watty, A., & Briones, C. (2010). Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(4), 247-252.
 24. Medlineplus, Histerectomía, (2019). Enciclopedia médica, actualizada junio
 25. Mwaba, K., & Letloenyane, E. B. (1994). Attitudes and knowledge about hysterectomy: a study of women in Mmabtho. *Curationis*, 17(3), 2-3.
 26. Nathorst-Böös, J., & von Schoultz, B. (1992). Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. *Gynecologic*

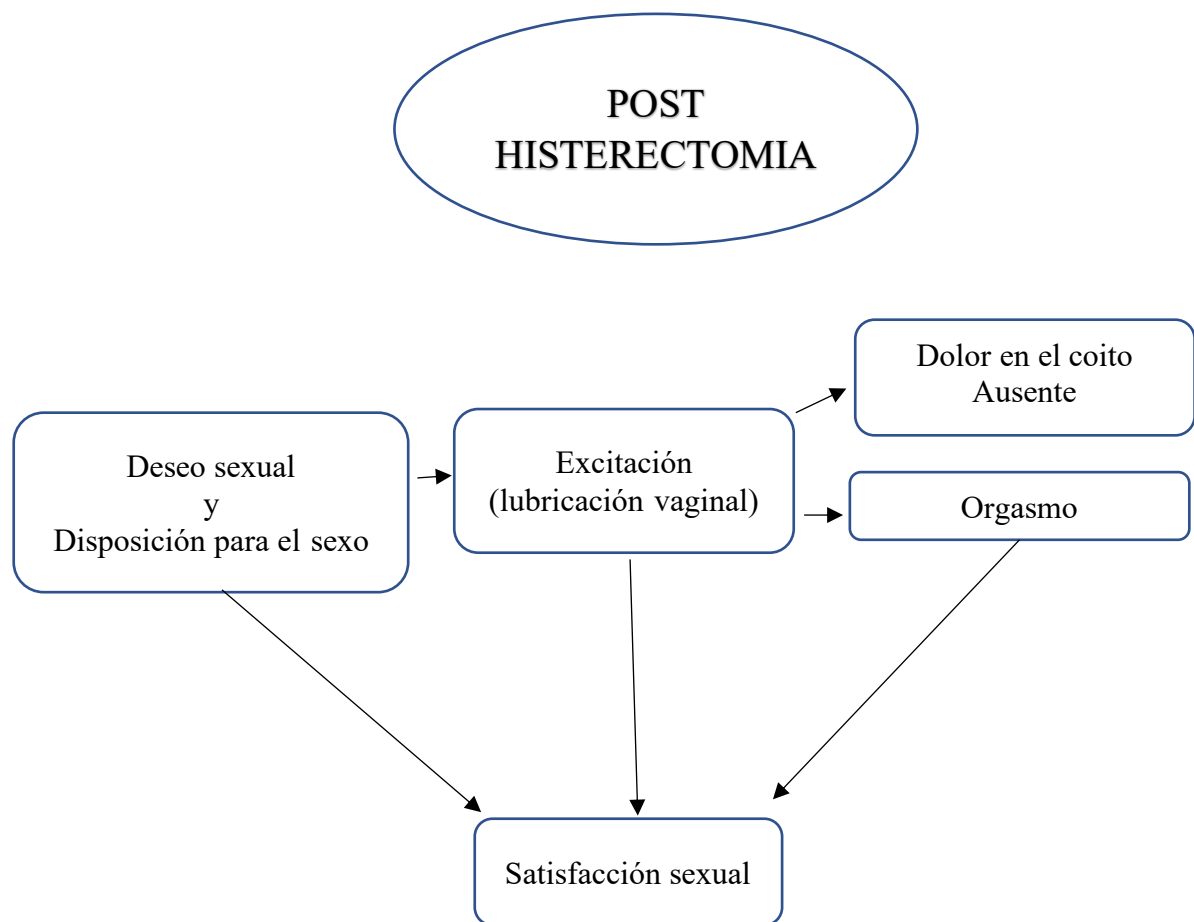
- and obstetric investigation, 34(2), 97-101.
27. Neefus, M. S., & Taylor, M. E. (1982). Educational needs of hysterectomy patients. *Patient counselling and health education*, 3(4), 150-155.
 28. Nieboer, T. E., Hendriks, J. C., Bongers, M. Y., Vierhout, M. E., & Kluivers, K. B. (2012). Quality of life after laparoscopic and abdominal hysterectomy: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 119(1), 85-91.
 29. Oficina para la Salud de la Mujer, Departamento de Salud y Servicios Humanos, de los Estados Unidos, 2014, <https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/hysterectomy>
 30. OMS (portal, 2019) Definición de Salud Sexual.
 31. Poettgen, H. (1993). Clinical contribution to female identity crisis after loss of the uterus. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 43(12), 428-431.
 32. Rannestad, T. (2005). Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 19(3), 419-430.
 33. Rannestad, T., Eikeland, O. J., Helland, H., & Qvarnström, U. (2001). The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy: absolute and relative differences between pre-and postoperative measures. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 80(1), 46-46.
 34. Sbroggio, A. M. R., Osis, M. J. M. D., & Bedone, A. J. (2005). O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. *Revista da Associação Médica Brasileira*
 35. Sparić, R., Hudelist, G., Berisavac, M., Gudović, A., & Buzadžić, S. (2011). Hysterectomy throughout history. *Acta chirurgica Iugoslavica*, 58(4).
 36. Temkin, Sarah, M., Kho, Kimberly, Oficina para la Salud de la Mujer en el Departamento de Salud y Servicios Humanos, de los Estados Unidos. 4 de diciembre de 2014.
 37. Thakar, R., Ayers, S., Georgakapolou, A., Clarkson, P., Stanton, S., & Manyonda, I. (2004). Hysterectomy improves quality of life and decreases psychiatric symptoms: a prospective and randomised comparison of total versus subtotal hysterectomy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(10), 1115-1120.
 38. Tolman, D. L., Hirschman, C., & Impett, E. A. (2005). There is more to the story: The place of qualitative research on female adolescent sexuality in policy making. *Sexuality Research & Social Policy*, 2(4), 4-17.
 39. Urrutia, M. T., Araya, A., & Padilla, O. (2011). Sexualidad e histerectomía: diferencias entre un grupo de mujeres con y sin ooforectomía. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(3), 138-146.
 40. Urrutia, M. T., Araya, A., Flores, C., Jara, D., Silva, S., & Lira, M. J. (2013). Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(4), 262-268.
 41. Urrutia, S., Teresa, M., Araya, G., & Viñales, A. (2004). Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(4), 301-306.
 42. Vomvolaki, E., Kalmantis, K., Kioses, E., & Antsaklis, A. (2006). The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *The European Journal of contraception & Reproductive health care*. 11(1).23-27
 43. Warren, L., Ladapo, J. A., Borah, B. J., & Gunnarsson, C. L. (2009). Open abdominal versus laparoscopic and vaginal hysterectomy: analysis of a

- large United States payer measuring quality and cost of care. *Journal of minimally invasive gynecology*, 16(5), 581-588.
44. World Health Organization, (1994), *Quality of life assessment: International Perspectives*. Berlin Springer-Verlag.
45. Yeoum, S. G., & Park, C. S. (2005). Adjustment after a hysterectomy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(6), 1174-1182.

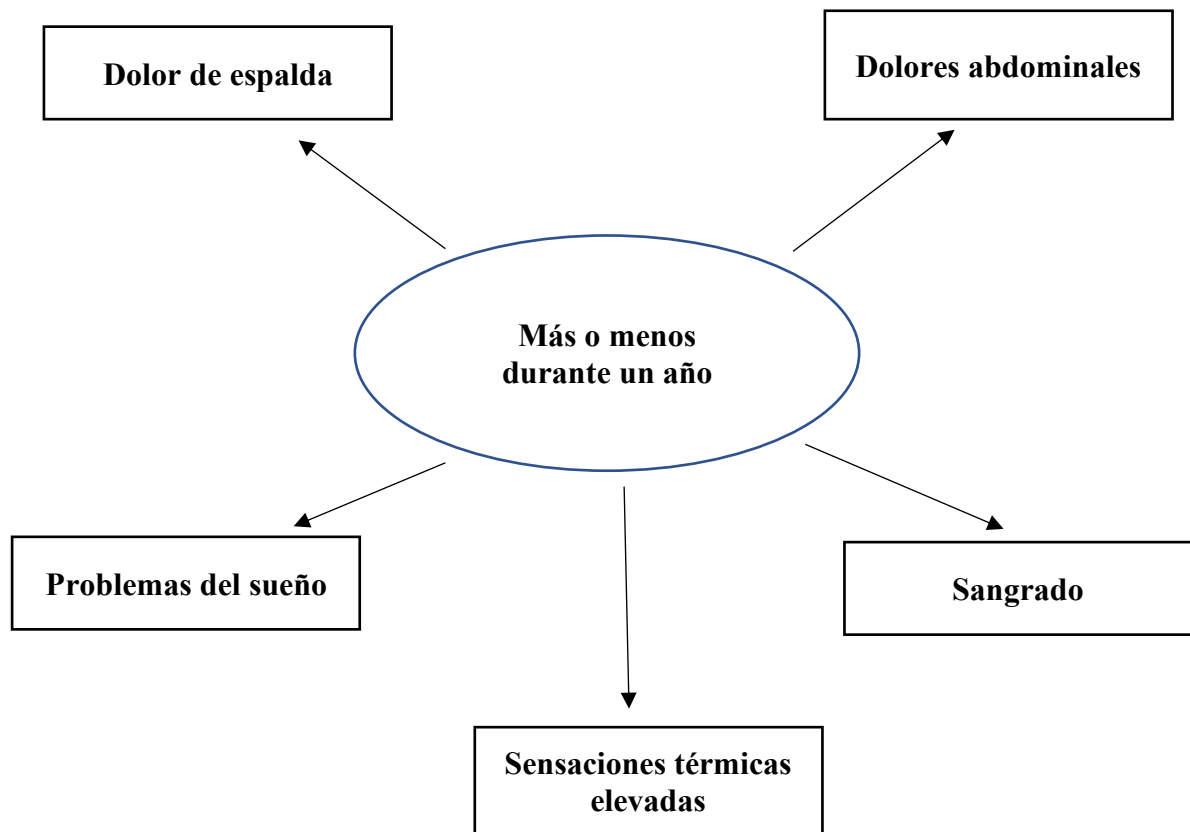
Esquema 1 Síntomas previos a la histerectomía



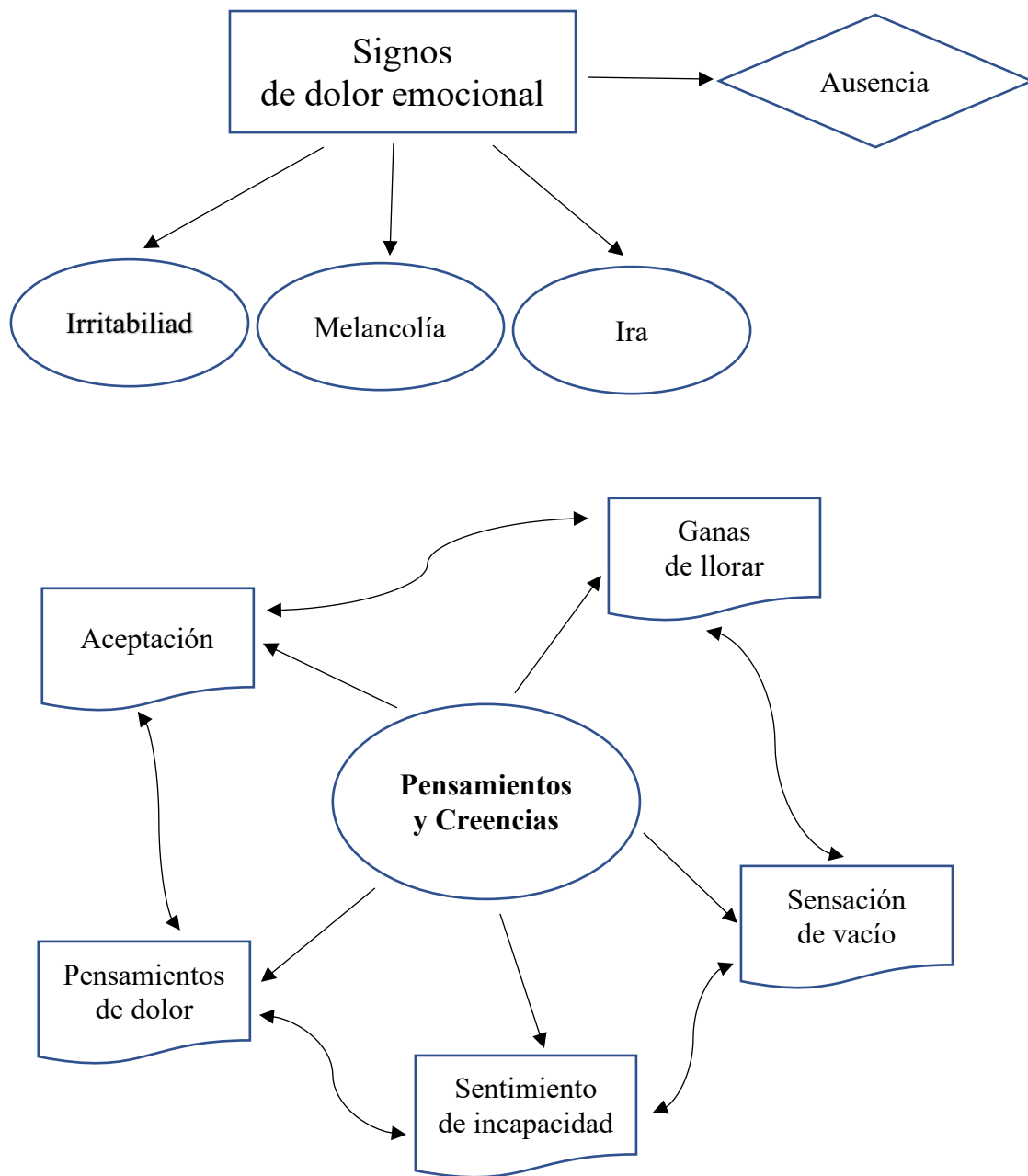
Esquema 2 Sexualidad Post Histerectomía



Esquema 3 Impacto físico luego de la histerectomía



Esquema 4 Impacto emocional luego de la histerectomía



Relación entre los antecedentes de crianza, el abuso en la niñez y la orientación sexual

Relationship between the history of parenting, childhood abuse and sexual orientation

Álvarez N¹, Aranda Torres C², Fernández C², Alarcón R²

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

2-Universidad de Almería. España.

Correspondencia

Nancy Álvarez

Dirección electrónica: nancyalvarez@gmail.com

Fecha de recepción: 20 de agosto de 2019. **Fecha de aceptación:** 12 de noviembre de 2019

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo relacionar las experiencias de abuso en la niñez y los estilos de crianza parentales con la orientación sexual.

Metodología: El presente es un estudio con un enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, no experimental y de tipo transversal. Se hizo en una universidad pública de Santo Domingo, República Dominicana. Se escogió una muestra intencional de 482 estudiantes con edades entre 18 y 29 años de edad, 377 eran mujeres y 105 varones. Los siguientes instrumentos fueron utilizados en el estudio: La orientación sexual fue evaluada con el Inventario Epstein de la Orientación Sexual (ESOI-sp.); La crianza recibida por sus padres/tutores, se evaluó con la versión corta del Cuestionario Memorias de mi Crianza (EMBU *Egna Minnen Beträffande Uppfostran*; Arrindel et al. 1999). Para el abuso durante la niñez y la adolescencia se utilizó la Escala de Abuso y Trauma Infantil (*Child Abuse and Trauma Scale*) que mide el abuso en 4 escalas: ambiente negativo en el hogar/negligencia, castigo, abuso emocional y abuso sexual (CATS; Kent & Waller, 1998; Sanders & Becker-Lausen, 1995).

Resultados y Conclusiones: Respecto a la interacción de personas con su mismo sexo, se encontró una correlación positiva con la sobreprotección materna, la calidez emocional de los padres, el rechazo de los padres, el ambiente negativo por negligencia en el hogar, el abuso físico, el abuso emocional y el abuso sexual. No se encontró una correlación positiva con la sobreprotección paterna.

Palabras clave: Orientación sexual. Homosexualidad. Antecedentes de crianza. Abuso en la niñez. Vínculos y familia.

Abstract

The present research aimed to relate the experiences of abuse in childhood and parental rearing styles with sexual orientation.

Methodology: This is a study with a quantitative approach, correlational, not experimental range and transversal type. It was conducted in a public University in Santo Domingo, Dominican Republic. It was chosen an intentional sample of 482 students aged between 18 and 29 years of age, 377 were women and 105 men. The following instruments were used in the study: The Sexual orientation was assessed with the Epstein Sexual Orientation Inventory (ESOI); the parenting

received by their parents/guardians, was evaluated with the short version of the Egn Minnen Beträffande Uppfostran [memories of my upbringing] (EMBU; Arrindel et al. 1999). The Child Abuse and Trauma Scale was used to assess the abuse during childhood and adolescence which measures the abuse in 4 scales: negative atmosphere in the home/neglect, punishment, sexual abuse and emotional abuse (CATS; Kent & Waller, 1998; Sanders & Becker-Lausen, 1995).

Results and conclusions: With respect to the interaction of people with their same sex, positively correlated with maternal overprotection, was found, the emotional warmth of parents, refusal of parents, the negative environment for negligence at home, physical abuse, emotional abuse and sexual abuse. A positive correlation with parental over-protection was not found.

Keywords: Sexual orientation. Homosexuality. A history of breeding. Abuse in childhood. Links and family.

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

INTRODUCCIÓN

Orientación Sexual

La Asociación Psicológica Americana - APA- (2012) define la orientación sexual como un patrón perdurable de atracciones emocionales, románticas y/o sexuales hacia hombres, mujeres o ambos sexos. La orientación sexual también se refiere al sentido de identidad de cada persona basada en dichas atracciones, las conductas relacionadas y la pertenencia a una comunidad de otros que comparten esas atracciones.

No hay un consenso entre los científicos sobre las razones exactas por las que las personas desarrollan una orientación heterosexual, bisexual, gay o lesbiana. Aunque se ha investigado mucho con respecto sobre las posibles influencias genéticas, hormonales, de desarrollo, sociales y culturales sobre la orientación sexual, no han surgido descubrimientos que permitan a los científicos concluir que un factor o una combinación particular de factores determinan la orientación sexual.

Muchas personas creen que tanto la naturaleza como la crianza cumplen roles complejos; la mayoría de las personas sienten muy poca o ninguna sensación de opción con respecto a su orientación sexual. La orientación sexual se diferencia de los demás componentes del sexo y del género, incluidos el sexo biológico (las características anatómicas, fisiológicas y genéticas asociadas con ser de sexo masculino o femenino), la identidad de género (la sensación psicológica

de ser de sexo femenino o masculino) y el rol social de género (las normas culturales que definen la conducta femenina y masculina). Al hablar de orientación sexual, es común referirse a ella como si solamente fuera una característica de un individuo, como el sexo biológico, la identidad de género o la edad.

Esta perspectiva es incompleta porque la orientación sexual se define en términos de las relaciones con los demás. Las personas expresan su orientación sexual mediante conductas con otros, incluidas acciones tan sencillas como tomarse de la mano o besarse. Por lo tanto, la orientación sexual está estrechamente ligada a las relaciones personales íntimas que satisfacen nuestra profunda necesidad de amor, apego e intimidad. Además de las conductas sexuales, estos vínculos incluyen la atracción física no sexual entre compañeros, metas y valores compartidos, apoyo mutuo y compromiso continuo. Por lo tanto, la orientación sexual no es solamente una característica personal de un individuo. Más bien, la orientación sexual define al grupo en el que una persona probablemente pueda establecer las relaciones románticas satisfactorias y plenas que son un componente esencial de la identidad personal para muchas personas.

Respecto al proceso de la adquisición del rol y la identidad sexual, encontramos en López (1984) que si bien hasta los años cincuenta sólo la corriente psicoanalítica se había ocupado de estos temas, durante las décadas posteriores se han multiplicado los

trabajos dedicados al estudio del desarrollo de la identidad de género y el rol sexual. Este proceso podría resumirse así: 1. El niño hace un juicio simple y básico de su identidad sexual: «SOY niño» o «SOY una niña»; 2. Organiza sus actitudes sexuales a partir de ese juicio: tiende a dar valor positivo a lo referido a su propio sexo y, 3. Así se generaría también la identificación. Soy como mi «padre» o mi «madre».

Aunque este juicio cognitivo lo hace el niño en el segundo o tercer año de vida, la conservación de la identidad de género no tendría lugar hasta los 6 o 7 años (cuando adquiere el resto de las conservaciones). Por lo que el juicio cognitivo es un factor decisivo en el proceso: tal juicio es tan importante que una vez que el niño llega a él, podrá sentirse más o menos satisfecho con la propia identidad sexual y el propio rol, pero no puede. Pero este juicio afecta menos al rol y no garantiza la identificación con el progenitor del mismo sexo, a no ser que la reduzcamos a mero Juicio cognitivo: «SOY de tu mismo sexo». La identificación no es un mero juicio cognitivo, sino una asimilación que implica una relación positiva en la que interviene el «deseo D «quiero ser como tú». En este sentido el juicio cognitivo ayuda a inclinarse por unas u otras figuras de identificación, pero no garantiza que ésta tenga lugar. Incluso pueden darse identificaciones contrarias a la identidad sexual y adopciones del rol inverso.

También Gómez Zapiain, (2012), sostiene que respecto a la adquisición de la misma se han presentado diferentes hipótesis a lo largo del tiempo, sin embargo, las distintas corrientes teóricas en psicología no han sido capaces de explicar el origen de la orientación del deseo con suficiente apoyo empírico.

La familia es el agente esencial en el proceso de adquisición del rol y la identidad sexual. Si los modelos de identificación (en el psicoanálisis), los refuerzos y los modelos de imitación (en las teorías del aprendizaje social), o en menor grado, los modelos en los que reconoce Su propia identidad (orientación cognitiva), no son adecuados, el proceso de adquisición puede estar amenazado y las

consecuencias sobre la conducta sexual pueden ser graves.

Efectivamente, la familia no es solo el agente esencial, sino también el modelo de referencia para una buena aceptación de la identidad y rol que le ha tocado vivir.

En un estudio realizado por Bailey, Vasey, Diamond, Breedloved, Vilain y Epprecht, (2016), se reportó que existen muchas controversias políticas sobre la orientación sexual, últimamente se ha agudizado más, pero estas controversias políticas giran en torno a la aceptación o el rechazo de la homosexualidad, en Occidente se han logrado avances al respecto, las personas homosexuales pueden expresarse más libremente y sus derechos empiezan a respetarse. En contraste en gran parte de África, el Medio Oriente, el Caribe, Oceanía y en algunas partes de Asia, el comportamiento homosexual sigue siendo ilegal y severamente castigado, y algunos países (mencionar algunos) conservan la pena de muerte. Estas controversias a menudo se han solapado con controversias científicas.

Ardila (2007), manifiesta que en el 1975, la American Psychiatric Association dejó de considerar la homosexualidad como algo patológico por lo que fue sacada del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) y comenzó a ser considerada una conducta normal o no patológica. En lo reportado por Carrol e Itaborahy, (2015), diferentes países han legislado para tratar de controlar la discriminación contra los homosexuales y en junio de 2015 fue apoyado el matrimonio gay en todo EEUU, por el Tribunal Supremo de Justicia. A partir de mayo de 2015, 118 naciones no criminalizan los homosexuales. Actualmente en 75 países prohíben legalmente el comportamiento homosexual. En África, Asia y el Medio Oriente retienen la pena de muerte como posible sanción para los homosexuales.

Nichols (2014), considera que estos avances constituyen una victoria contra la discriminación basada en la orientación sexual. Tanto Moreno, (2010), como Di Bartolo (2018) afirman que en la conceptualización de la sexualidad se han dejado de lado importantes teorías que avalan

planteamientos diferentes sobre la orientación sexual y se cuestionan sus contribuciones al entendimiento de la sexualidad humana, ya que van a los orígenes de la creación del vínculo entre los seres humanos.

Se ha investigado mucho sobre las influencias familiares hacia las orientaciones sexuales no heterosexuales, como las llevadas a cabo por Dickson, Howes, Drakes, H (2006). También los estudios de Grabski, Muldner-Nieckowski, et al., (2019) sobre aspectos como la calidad de vida asociadas a determinadas orientaciones sexuales o la investigación de Roper, (2016), sobre las variables biológicas asociadas a las distintas orientaciones sexuales. Sin embargo, falta más investigación que ayude a comprender las relaciones entre orientación sexual y los estilos de crianza (dinámicas familiares) y el abuso en la niñez.

Patrones o estilos de crianza

Los patrones o estilos de crianza se refieren a los aprendizajes que los hijos reciben de los padres y que se transmiten a través de las diferentes generaciones. De estos aprendizajes se adquieren normas de conducta, aspectos positivos y nutritivos, aspectos negativos, valores, reglas y límites.

Arcos & Flores (2017), reportaron que la familia representa el agente más significativo en la vida de los niños, pues a través de ella desarrollan habilidades y capacidades esenciales que facilitan su integración al mundo.

Para Ramírez (2005), La crianza abarca el conjunto de actividades que los padres practican con los hijos, así como la administración de los recursos disponibles orientados a apoyar el proceso de desarrollo psicológico; cuando se relacionan con los hijos, ponen en práctica tácticas llamadas prácticas de crianza con el fin de influir, educar y orientar a los hijos para su integración social.

En el estudio de Solís-Cámara, Díaz y cols. (2005), hacen referencia como prácticas de crianza a los comportamientos específicos, dirigidos a una meta, a través de los cuales los padres desempeñan sus deberes maternos o paternos.

Tanto Maccoby y Martín (1983) y Ramírez (2005), propusieron modelos para identificar diferentes patrones de crianza, las prácticas más frecuentemente referidas en la investigación psicológica son una clasificación bidimensional de los patrones de crianza utilizando dos ejes ortogonales: el eje de control o disciplina y el eje afectivo-actitudinal. El eje de disciplina, se refiere a la exigencia de los padres hacia los hijos para el alcance de determinados objetivos, se entienden también como las estrategias y mecanismos que emplean los padres para regular la conducta e inculcar valores, actitudes y normas en los hijos, por medio de la aceptación y utilización de métodos de disciplina positiva o punitiva (castigos). Por otra parte, el eje afectivo, hace referencia al apoyo afectivo, emocional, sensibilidad y calidez de la respuesta parental ante las necesidades de sus hijos. De estos constructos se desprenden cuatro tipologías clasificando las prácticas parentales en: autoritativos (o democráticos), autoritarios, indulgentes (o permisivos) y negligentes. Aunque a veces no corresponda del todo en uno de los patrones, el comportamiento predominante de los padres se asemeja a uno u otro de estos estilos principales.

En los aportes de Merino y Arndt (2004); Ramírez, (2005); Gaxiola y cols. (2006); Santrock (2006); Bornstein y Bornstein (2010); y, Méndez, Andrade y Peñaloza (2013), especifican estas prácticas de la siguiente manera:

Padres autoritativos o democráticos: presentan niveles de control y receptividad igualmente altos, se caracterizan por ser exigentes con las normas a la vez que son afectuosos y sensibles a las peticiones de atención de sus hijos. Muestran un elevado nivel de interacción verbal. Los padres marcan límites y ofrecen orientaciones a sus hijos, están dispuestos a escuchar sus ideas y a llegar a acuerdos con ellos.

Padres autoritarios: se caracteriza por manifestar un alto grado de control y exigencia, a la vez que bajos niveles de receptividad, comunicación y afecto explícito, predomina la imposición de normas rígidas y alta exigencia de obediencia. Tienen tendencia

al uso de la fuerza física como coerción. Son altamente exigentes, demandantes y directivos. La comunicación entre cada uno de los progenitores y sus hijos es pobre.

Padres permisivos: también llamado indulgentes o no directivos: muestran bajos niveles de control y gran receptividad y afecto, permiten que los hijos regulen sus propias actividades con relativamente poca interferencia, utilizan el razonamiento, pero rechazan el poder y el control sobre sus hijos. Típicamente son padres cariñosos y afectuosos, explican las cosas usando la razón y la persuasión, tienden a evitar la confrontación y generalmente ceden a las demandas de los hijos, permiten la autorregulación del propio niño.

Padres negligentes o indiferentes: muestran escaso control y escasa receptividad, muestran poco o ningún compromiso con su rol de padres. No ponen límites a sus hijos por falta de verdadero interés por hacerlo. Al niño se le da tan poco como se le exige, expresan pocas respuestas afectivas o de control conductual en situaciones diarias y/o en aquellas en que son necesarias, siendo lo más destacable la escasa intensidad de los apegos y la relativa indiferencia respecto de las conductas de los niños.

En un paradigma epigenético, de acuerdo a Mazzone, Stelzer, Cervigni y Martino (2012), se considera al desarrollo cognitivo como el resultado de la permanente interacción entre lo genético y lo ambiental, entre naturaleza y crianza, tal como se ha comprobado en niños criados en ambientes de escasa estimulación, o bien cuando hay abuso o negligencia por parte de los padres.

Evans, (1969) a través de un cuestionario adaptado del usado por Beiber, estudió 43 homosexuales y 142 heterosexuales, todos hombres. Ninguno estaba en psicoterapia y los datos se recogieron por medio de informes retrospectivos de los sujetos que contestaron personalmente el cuestionario. El estudio exploró particularmente los temores y actividades durante la niñez y las relaciones entre los padres y de estos con el niño. Esta investigación dio resultados notablemente similares en el aspecto descriptivo a los de Beiber, y revelaron por consiguiente más

aspectos "negativos" en el pasado de los homosexuales.

En un estudio acerca de las relaciones con sus padres y las primeras experiencias sociales de los homosexuales Stephan (1973) hizo un estudio comparativo con heterosexuales. El grupo homosexual estaba compuesto por 88 hombres pertenecientes a una organización homofílica en Minnesota. Según las respuestas al cuestionario, los padres de los homosexuales fueron juzgados como más rígidos y estuvieron más ausentes que las madres. Las madres fueron más afectuosas que los padres y los respetaron más que sus padres. El padre de los homosexuales estuvo más ausente que el de los heterosexuales y fue menos insistente en actividades y conductas masculinas. También fue evaluado como más rígido, temeroso, e inseguro y menos afectuoso, agradable y dominante que el padre de los heterosexuales. Los homosexuales también se creyeron menos respetados por su padre que los heterosexuales. Hubo menos diferencias entre las madres de los dos grupos que entre los padres. Aunque las madres fueron percibidas como que estimulaban la conducta masculina en sus hijos, sin embargo, estimulaban más la conducta femenina que las madres de los heterosexuales. Así mismo los homosexuales juzgaron a su madre como más dominante y menos agradable que los heterosexuales; por otra parte, ellas tomaban más decisiones en la familia que las madres de los heterosexuales. Por último, los homosexuales se sintieron menos respetados por su madre que los heterosexuales.

Thompson y cols, (1978) estudiaron dos grupos de hombres y mujeres homosexuales comparándoles con grupos heterosexuales similares. Las lesbianas informaron sobre más relaciones negativas con el padre en la niñez que las mujeres heterosexuales. Tampoco estaban identificadas con el padre o la madre, pero tenían relaciones más distantes, tanto con sus padres como con otras personas, que las heterosexuales. Al mismo tiempo dieron un informe sobre una niñez más masculina. Los hombres homosexuales por su parte dieron información sobre madres más posesivas, íntimas y afectuosas y padres más hostiles y distantes que en el caso de los heterosexuales.

Los homosexuales no estaban identificados con su madre, pero al igual que las lesbianas eran más distantes de sus padres y otras personas que sus contrapartes heterosexuales.

En otra investigación realizada por Bell, Weinberg, y Hammersmith (1981) con más de 1000 hombres homosexuales y heterosexuales, encontraron que los homosexuales de raza blanca que estaban en terapia afirmaron haber tenido padres hostiles y distantes. Sin embargo, en aquellos que estaban en un proceso terapéutico no se observó una asociación significativa entre el tipo de relación con la madre o el padre y una orientación homosexual.

Skeen y Robinson (1984), encontraron evidencias negativas en los patrones parentales de crianza de 30 padres homosexuales, sin embargo, Milic y Crowne (1986) si encontraron en 20 jóvenes canadienses y 20 jóvenes homosexuales, padres que fueron más rechazados en comparación con jóvenes universitario heterosexuales.

Ross y Arrendell (1988), en su investigación con una población australiana de 86 homosexuales y 126 controles heterosexuales, se estudió la percepción de los patrones de crianza de hombres homosexuales y heterosexuales, entre los cuales no se encontraron diferencias significativas en los patrones de crianza de ambas muestras.

Bowen (1991). En su teoría, acerca de la distancia emocional, la fusión en las familias, la triangulación, diferenciación del *self* y las relaciones multigeneracionales, afirma que son aspectos importantes para entender la sexualidad y las relaciones significativas. Expresa el daño que la sobreprotección puede hacer al desarrollo de un ser humano.

El estudio de Disla (2002), reportó que una relación muy cercana, de sobreprotección (fusión) o muy distante (distancia emocional) con la madre es reportada por los hombres homosexuales, con una diferencia significativa en los heterosexuales, no importa si es sobreprotección o distancia, en ambos casos hay un patrón de relación negativa con la madre.

La comparación de otras variables ambientales, a Lomax-Bream y cols. (2007) y

Warren y Brady (2007), reportaron que ha sido poco explorado el efecto de las prácticas de crianza sobre distintos procesos cognitivos. Sin embargo, las investigaciones que han sido realizadas señalan que las prácticas de crianza sensibles (a los intereses y necesidades de los niños aunado a respuestas contingentes) están asociados con un desarrollo temprano más óptimo, proponen que la exposición acumulada a una crianza positiva estable y a una alta capacidad de respuesta durante la infancia es asociada con una variedad de beneficios para los niños en términos de lenguaje, cognitivos, emocionales y sociales. De la misma manera que la exposición a largo plazo de una crianza estricta, demasiado directiva y no respondiente, se asocia con resultados por debajo de lo esperado en los mismos dominios.

Moilanen, Rasmussen y Padilla-Walker (2014), señalaron que en adolescentes entre los 11 y 16 años, la práctica de crianza autoritaria adoptada por la madre de manera continua por al menos un año, interfiere con el desarrollo de autorregulación en comparación de los padres autoritativos y permisivo-indulgentes. Estos hallazgos sugieren que los altos niveles de control excesivo, dureza y una interacción hostil con los hijos limita el desarrollo de autorregulación; mientras que los elementos de responsividad y apoyo, comunes en las demás prácticas, permiten a los niños regular los sentimientos negativos y controlar su comportamiento.

Las investigaciones anteriores apoyan el hecho de que ciertos procesos cognoscitivos son más sensibles a las características de crianza como la receptividad, sensibilidad, directividad y el establecimiento de límites, elementos que definen las prácticas de crianza. Señalando que el entorno familiar y la calidad de la interacción que se dan dentro del grupo familiar impacta en el desempeño cognitivo, limitándolo o favoreciéndolo.

Maltrato Infantil

El Maltrato infantil es uno de los problemas más graves que afecta a niños y niñas en el planeta. La violencia contra los niños y niñas se da en todos los países del mundo, en distintas formas e intensidad y a menudo están

arraigadas en prácticas culturales, económicas y sociales.

En Tovar y cols. (2016), se encontró que el concepto de maltrato infantil es relativamente reciente, el primer término descrito fue el de “síndrome del niño golpeado”, realizado por Tardieu en 1868, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados y posteriormente Caffey en 1946 describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los pequeños. A partir de todo esto, Kempe y Silverman (1962), crearon la expresión síndrome del niño golpeado, definiéndola como “el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o parientes”, basándose en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado y, finalmente Fontana (1979) amplía el concepto, indicando que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocional o por negligencia, sustituyendo el término “golpeado” por el de maltratado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016), define el maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. El maltrato infantil es un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida. A pesar de las encuestas nacionales recientes en varios países de ingresos bajos y medianos, faltan todavía datos acerca de la situación actual en muchos países.

El maltrato infantil es complejo y su estudio resulta difícil. Las estimaciones actuales son muy variables, dependiendo del país y del método de investigación utilizado. Dichas estimaciones dependen de: las

definiciones de maltrato infantil utilizadas; el tipo de maltrato infantil estudiado; la cobertura y la calidad de las estadísticas oficiales y la cobertura y la calidad de las encuestas basadas en los informes de las propias víctimas, los padres o los cuidadores.

No obstante, los estudios internacionales revelan que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico, también llamado maltrato emocional y víctimas de desatención.

De acuerdo a Butchart y Phinney (2009), quienes afirman que todos los niños tienen derecho a una vida saludable y desprovista de violencia. Cada año, sin embargo, millones de niños en todo el mundo son víctimas y testigos de situaciones de violencia física, sexual y emocional. El maltrato del niño es un gravísimo problema mundial que afecta seriamente y de por vida a la salud física y mental, al bienestar y el desarrollo de sus víctimas y, por extensión, al conjunto de la sociedad.

El maltrato infantil es un problema complejo. Tanto su dinámica como los factores que lo fomentan, así como las estrategias eficaces para su prevención, difieren notablemente en función de la edad de la víctima, del entorno en que se produce el maltrato y de la relación entre la víctima y el perpetrador.

Otras investigaciones como las de Krause y cols. (2003) y las de Spertus y cols. (2003), sugieren que el abuso psicológico puede tener efectos perjudiciales tanto inmediatos como a largo plazo. Entre los niños, el abuso psicológico se ha asociado con depresión, delincuencia y problemas interpersonales. No obstante, estos efectos no se limitan a la infancia, los adultos con antecedentes de abuso psicológico durante la infancia también reportan problemas de depresión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, inhibición emocional, baja autoestima, conductas suicidas, quejas somáticas y síntomas de estrés postraumático.

En la investigación de Berlinerblau, (2008), se expone que el pequeño puede ser abusado sexualmente tanto por adultos como por niños. Si existe una diferencia de 5 años o más, hablamos de abuso sexual. Si no hay esa diferencia, nos referimos a juegos sexuales, considerados parte normal del desarrollo sexual en los niños.

La violencia infligida a los niños por adultos de su propia familia es una de las formas menos conspicuas de maltrato infantil, ya que en muchos casos se desarrolla en el ámbito privado del hogar, pese a ser un fenómeno prevalente en todas las sociedades. El maltrato de un niño por sus padres o cuidadores hace particularmente difícil planificar estrategias de prevención y servicios a las víctimas, ya que los perpetradores son, al mismo tiempo, quienes ejercen la mayor influencia en el niño.

Por lo que para Ronzón-Tirado; Yedra & González-Flores. (2017), la familia, más que representar un soporte para hacer frente a la violencia, puede significar un sostén de legitimación para la misma, por el rechazo posterior al externar su orientación sexual.

Diferentes estudios como los de Fontana (1979) y Perea-Martínez et al. (2005), coinciden en que hoy se vive en un mundo en el cual la violencia es algo muy cotidiano y que da la apariencia de haberse normalizado, donde las niñas y los niños son quienes padecen los estragos de esta situación, son reprimidos, castigados, insultados, golpeados, violados y asesinados; nadie los escucha y mucho menos los comprenden, en este contexto, la violencia dirigida a la niñez siempre ha estado justificada, desde creencias religiosas, medidas disciplinarias, mejoramiento de la raza, hasta el sentido de poder y pertenencia que los padres y las madres piensan que tienen sobre sus hijas e hijos.

Actualmente, para Miranda (2007), el maltrato y abuso a las niñas y niños ha pasado de ser una práctica cotidiana en los hogares a convertirse en un problema de salud pública a nivel mundial, ha crecido de forma alarmante, sin respetar color, raza, religión o clase social, resultando con graves consecuencias que repercuten duran toda la vida en sus víctimas;

lo que ha provocado que existan innumerables adultos con una historia de maltrato infantil y quienes corren mayor riesgo de repetir patrones de violencia de una generación a otra.

Wilson y Widom (2010), realizaron un estudio prospectivo de 30 años de duración, con niños y niñas que habían sufrido abusos o carencias entre 1961 y 1971 para determinar si los abusos físicos y sexuales y la desatención en la infancia aumentaban la probabilidad de tener relaciones con personas del mismo sexo en fases posteriores de la vida. Se cotejó una muestra original de 908 niños y niñas víctimas de abusos y/o desatenciones con un grupo de control libre de malos tratos formado por 667 individuos (agrupados por edad, sexo, grupo étnico y estratos socioeconómicos equiparables). La homosexualidad se operacionalizó en función de la convivencia con parejas románticas del mismo sexo o parejas sexuales del mismo sexo, y estaba presente en un 8% de la muestra. En ese 8%, la mayoría también declaraba haber tenido parejas del sexo opuesto, lo que apunta a mayores tasas de bisexualidad y flexibilidad en la atracción o conducta sexual. El estudio halló que los que declaraban casos de abuso sexual en la infancia tenían una probabilidad 2,8 veces mayor de indicar relaciones sexuales con personas del mismo sexo, aunque la “relación entre abuso sexual en la infancia y orientación sexual hacia personas del mismo sexo era solo significativa en el caso de los hombres.”

Los estudios de Alvy y cols, (2013), Eskin y cols. (2005), McLaughlin y cols. (2012) y Roberts y cols. (2010), han encontrado una relación en la negligencia, abuso físico con comportamientos homosexuales o con la identificación de una minoría sexual.

Estudios epidemiológicos de Roberts, Glymour & Koenen, (2013), han encontrado una asociación entre la sexualidad humana, el abuso físico, abuso sexual, negligencia y testimonios de violencia durante la infancia.

En un estudio de 2001, Tomeo y colegas, subrayaban que en la literatura previa se había encontrado que la población homosexual denunciaba unas tasas superiores de acoso sexual infantil, con cifras entre un 10% y un 46% de sujetos que declaraban abusos

sexuales en la infancia. Los autores descubrieron que el 46% de los hombres homosexuales y el 22% de las mujeres homosexuales declaraban haber sido acosados por una persona del mismo sexo, frente a un 7% de los hombres heterosexuales y un 1% de las mujeres heterosexuales. Asimismo, un 38% de las mujeres homosexuales entrevistadas no se identificaron como homosexuales hasta después del episodio de acoso, mientras que los autores reportan resultados contradictorios para el número de hombres que no se identificaron como homosexuales hasta después del episodio de acoso, un 68% en una parte del estudio (y por inferencia) un 32% en otra. En este estudio, la muestra era relativamente pequeña, con solo 267 individuos.

En un informe especial de sexualidad y género realizado por Mayer y McHugh (2016), reportaron que los abusos sexuales en la infancia, aparece con una frecuencia notablemente superior en las declaraciones de individuos que más tarde se identifican como homosexuales. Aunque existe una relación entre abuso sexual, especialmente en la infancia, y manifestaciones posteriores de atracción, conducta e identidad sexual, los resultados no son concluyentes en cuanto a que los abusos a menores incrementar la probabilidad de una orientación no heterosexual.

Fergusson & Horwood, (1998), nos dice que para explicar el papel que desempeñan las variables del abuso sexual infantil, los investigadores han comenzado a examinar los síntomas psicológicos desencadenantes. Durante los últimos años, se ha encontrado que el maltrato, incluyendo el abuso sexual, puede tener efectos sobre el estado de ánimo y el comportamiento; lo que puede aumentar la probabilidad de tener una orientación homosexual. Los malos tratos motivan a la víctima a buscar estímulos más fuertes para experimentar estados positivos, llevando al individuo a una búsqueda de novedad y de riesgo que a la vez han sido asociados con la sexualidad entre personas del mismo sexo.

De hecho, en varios estudios, como es el caso del que realizó Eskin et al. (2005), se ha encontrado casos de abuso sexual infantil que

luego han implicado un desarrollo de una orientación sexual homosexual. Otros estudios como el de Friedman et al., (2011) y el de Stoddard et al. (2009), sobre la relación entre el abuso sexual infantil y la orientación sexual mostraron que los casos que han experimentado abuso sexual durante la infancia eran más frecuentes en hombres gais, lesbianas y bisexuales que los heterosexuales.

En el ámbito internacional la OMS (2014), reporta que aproximadamente el 20% de las mujeres y de 5% a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia. La misma OMS señala que 23% de las personas de ambos sexos refieren maltratos físicos cuando eran niños, mientras que otros niños son objeto de maltrato psicológico o emocional y desatención; y calcula que cada año mueren por homicidio 34 000 menores de 15 años.

Por otra parte, Larraín y Bascuñán (2009) a través del boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio, reportan que “todos los años 275 millones de niños y niñas en el mundo son víctimas de violencia dentro de sus hogares (espacio que debiera ser de protección, de afecto y de resguardo de sus derechos) y unos 40 millones de menores de 15 años sufren violencia, abusos y abandono, fenómenos que se reportan en distintos ámbitos como la familia, la escuela, la comunidad, las calles y el trabajo”. En esta misma perspectiva (UNICEF, 2010), estima que entre 500 y 1 500 millones de niños en el mundo al año experimentan violencia, mientras que 275 millones de niños en el mundo son testigos de violencia doméstica.

HIPÓTESIS

Se espera que la sobreprotección, la negligencia y el rechazo parental, así como como el abuso sexual, físico y emocional se relacionan positivamente con la homosexualidad. También, una relación negativa entre la calidez, cercanía y seguridad emocional de los padres en la orientación homosexual.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Relacionar los antecedentes de crianza y abuso en la niñez con la orientación homosexual.

Objetivos Específicos

- Describir cómo la orientación homosexual está relacionada con los estilos de crianza de los padres o tutores.
- Determinar cómo la orientación homosexual está relacionada con las experiencias de abusos en la niñez.

MÉTODO

El presente estudio es de tipo cuantitativo, con un diseño no experimental y alcance correlacional.

Para, Hernández (2014), el estudio cuantitativo es aquél en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables, el diseño no experimental es el que se realiza sin manipular deliberadamente variables observando los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos y el alcance correlacional tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular.

PARTICIPANTES

En el presente estudio se escogió una muestra no probabilística que estuvo compuesta por 482 estudiantes, 377 mujeres (78.2%) y 105 hombres (21.8%), con edades comprendidas entre los 18 y 29 años ($M = 21.76$, $DT = 2.47$), de la universidad pública de la República Dominicana.

INSTRUMENTOS

Variables de orientación sexual. Para evaluar la orientación sexual se aplicó el Inventario Epstein de la Orientación Sexual (ESOI-sp.); Epstein, McKinney, Fox, & García, 2012). El ESOI mide la orientación sexual a partir de dos escalas de 9 ítems cada una, las cuales evalúan los aspectos de atracción, fantasía y comportamiento sexual con personas del sexo opuesto; –Escala de interacciones con el sexo opuesto (ISO) – y personas del mismo sexo –Escala de interacciones con el mismo sexo (IMS)–. Las preguntas de las escalas ISO e IMS son las

mismas, con la única variación siendo a quién se refiere la pregunta, si es alguien del sexo opuesto o del mismo sexo. Los ítems 1, 3, 4, 5, y 6 de cada escala se responden con la opción *sí o no*, el ítem 2 con las opciones *muy fuerte, moderadamente y nada*, el ítem 7 con las opciones *sí, quizás y no*, y los ítems 8 y 9 con las opciones *nunca los he tenido, rara vez o en ocasiones y frecuentes*. Los ítems 1 a 7 de cada escala eran inversos por lo que fueron recodificados de forma tal que una puntuación más alta indicara más interacciones. En el estudio de validación del ESOI se reportó un alfa de Cronbach de 0.87 para la escala ISO y 0.90 para la escala IMS. En el estudio actual, las fiabilidades fueron de 0.81 y 0.91 para las escalas ISO e IMS, respectivamente.

Además de aplicar el ESOI, la batería incluyó un ítem para que los participantes indicaran con cuál orientación sexual se identificaban. Este ítem, que decía *¿Cómo describirías tu orientación sexual?, tenía las opciones exclusivamente homosexual, mayormente homosexual, bisexual, mayormente heterosexual, exclusivamente heterosexual y otra*. En el caso de que el participante eligiera la opción *otra* se le pedía que especificara cuál.

Variables de crianza. La percepción de los adultos de la crianza recibida por parte de sus padres/tutores se evaluó a partir de la versión corta del Cuestionario Memorias de mi Crianza (*Egna Minnen Beträffande Uppfostran* - EMBUs; Arrindell et al. 1999). El EMBUs evalúa los recuerdos de la crianza a partir de 3 escalas: sobreprotección (9 ítems), calidez emocional (7 ítems) y rechazo (7 ítems), los cuales se responden por separado para la madre/tutora y el padre/tutor. Los ítems del EMBUs se respondieron a partir de una escala de 4 puntos: *no, nunca, ocasionalmente, sí, a menudo, y sí, la mayoría de las veces*. En el caso de la escala de sobreprotección uno de los ítems era inverso, por lo que sus puntuaciones se recodificaron. En la validación de Arrindell et al. (2005) se reportaron los siguientes valores de alfa de Cronbach para las escalas referidas a las madres/padres del EMBUs (los valores se presentan para España y Venezuela, respectivamente): 0.83/0.83 y 0.73/0.71 para

sobreprotección, 0.82/0.87 y 0.81/0.82 para calidez emocional, y, 0.79/0.75 y 0.78/0.75 para rechazo. En el estudio actual, las fiabilidades fueron de 0.72/0.73 para sobreprotección, 0.84/0.85 para calidez emocional y 0.79/0.78 para rechazo.

Variables de abuso. Para medir el abuso durante la niñez y la adolescencia se utilizó la Escala de Abuso y Trauma Infantil (*Child Abuse and Trauma Scale - CATS*); Kent & Waller, 1998; Sanders & Becker-Laussen, 1995). El CATS mide el abuso a partir de 4 escalas: ambiente negativo en el hogar/negligencia (14 ítems), castigo (6 ítems), abuso emocional (6 ítems) y abuso sexual (4 ítems).

Los ítems del CATS se respondieron mediante una escala de respuesta de 5 opciones: *nunca, rara vez, a veces, muy a menudo y siempre*. Tres de los ítems de la escala de ambiente negativo en el hogar/negligencia era inversos, por lo que fueron recodificados. En el estudio de validación original de Sanders y Becker-Laussen (1995) las escalas de ambiente negativo en el hogar/negligencia, castigo y abuso sexual alcanzaron valores de alfa de Cronbach de 0.86, 0.63 y 0.76, respectivamente. Asimismo, en el estudio de Kent y Waller (1998) la escala de abuso emocional alcanzó un alfa de Cronbach de 0.88. Con respecto al estudio actual, las fiabilidades de las escalas de ambiente negativo en el hogar/negligencia, castigo, abuso emocional y abuso sexual fueron de 0.88, 0.65, 0.90 y 0.78, respectivamente.

Además de la escala incluida en el CATS, el abuso sexual se evaluó a partir de la Escala Integral de Maltrato Infantil (*Comprehensive Child Maltreatment Scale – CCMS*), Higgins & McCabe, 2001). La escala de abuso sexual del CCMS está compuesta por 11 ítems (10 para las mujeres) los cuales se responden por separado para la madre, el padre y otro adulto o adolescente (por lo menos 5 años mayor). Los ítems se respondieron a partir de una escala de 6 puntos: *nunca, una vez, dos o más veces, 3-6 veces, 7-20 veces y de 20 veces*. Para puntuar los ítems, se calculó la media de las respuestas referidas a los 3 tipos de posibles perpetradores del abuso. En la

validación del se reportó un alfa de Cronbach de 0.88, un valor similar a la fiabilidad alcanzada en el estudio actual, que fue de 0.91.

PROCEDIMIENTO

Se realizó una prueba piloto con 15 estudiantes para verificar si los instrumentos se entendían y medir el tiempo de duración de la batería de instrumentos. A partir de la retroalimentación recibida, se hicieron las correcciones de lugar.

La recogida de datos se llevó a cabo durante los meses de marzo a mayo de 2017 en la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), República Dominicana. La administración de la batería se realizó en las aulas de clases en horario docente con la autorización de los profesores de las asignaturas e invitando a participar a todos los estudiantes de las mismas. Luego de la recogida y digitación de las respuestas a la batería se procedió a la depuración de la base de datos. En este sentido, fueron eliminados aquellos casos que sólo respondieron de manera correcta a menos de un 80% de las preguntas de control atencional.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (No. CEI-FCS 002-2017). Al inicio de la administración de la batería se le presentó a los estudiantes el consentimiento informado donde se describían en términos genéricos que los instrumentos evaluaban la orientación sexual, los recuerdos de la crianza, traumas infantiles y abuso sexual. Adicionalmente, en el consentimiento informado se les indicaba a los participantes que si así lo deseaban podían abandonar su participación del estudio en cualquier momento sin que esto tuviera ninguna consecuencia negativa y además se les proporcionaban los datos del Instituto de Psicología de la Universidad en caso de que sintieran la necesidad de comunicarse con algún psicólogo a raíz de responder a las preguntas de la batería. Los participantes no fueron remunerados, ni recibieron otros incentivos por participar en el estudio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis estadísticos restantes se realizaron usando el programa IBM SPSS

Statistics 20 (IBM Corporation, 2011). Las puntuaciones en las escalas fueron calculadas a partir de la media de los ítems que componían cada escala, logrando de esta forma que su rango de valores fuera igual al de los ítems y haciendo así más interpretables dichas puntuaciones.

Por otro lado, las hipótesis del estudio fueron contrastadas a partir del coeficiente de correlación de Pearson (r), siendo sus valores interpretados según la guía de Cohen (1992): correlaciones de 0.10, 0.30 y 0.50 se consideraron como pequeños, medianas y grandes, respectivamente.

Las magnitudes de las correlaciones entre mujeres y hombres fueron comparadas a partir de la transformación r a Z de Fisher para dos muestras independientes.

RESULTADOS

En el presente estudio se recogió una muestra no probabilística que estuvo compuesta por 482 estudiantes, de los cuales, el 78.2% (377) son mujeres y el 21.8% (105) son hombres, con edades comprendidas entre los 18 y 29 años, para una media de 21.76 años y una Desviación Típica de 2.47.

Respecto a la orientación sexual, de la totalidad de estudiantes, el 71.2% (343) se identificó exclusivamente heterosexual, un 13.3% (64) mayormente heterosexual, 5.2% (25) exclusivamente homosexuales, un 2.5% (12) como bisexuales, un 1.5% (7) mayormente homosexuales y, el 6.4% (31) no reportaron su orientación sexual.

Los estadísticos descriptivos de las escalas de orientación sexual, crianza y abuso en la niñez, así como sus respectivos tamaños muestrales, se presentan en la Tabla 4. Asimismo, en la Tabla 1 se presentan los resultados de las comparaciones de las puntuaciones medias entre mujeres y hombres a partir de la prueba T de Welch. Resulta llamativo que sólo en 2 de las 13 escalas se encontraron diferencias significativas, y en ambos casos, las mismas fueron de tamaño pequeño. Específicamente, los hombres reportaron mayor sobreprotección materna (SM) ($M = 2.71$, $DT = 0.56$) que las mujeres ($M = 2.51$, $DT = 0.55$, $t_{165.7} = 3.12$, $p = .002$, $d = 0.35$). De manera similar, los hombres reportaron mayor abuso por castigo (CATS-

C) ($M = 2.70$, $DT = 0.63$) que las mujeres ($M = 2.47$, $DT = 0.73$, $t_{189.5} = 3.12$, $p = .002$, $d = 0.32$).

Para comprender mejor la distribución de las respuestas en las escalas de orientación sexual, se presentan en la Figura 1 los histogramas correspondientes a las interacciones con el sexo opuesto y el mismo sexo, separados por género. Como se puede apreciar en dicha figura, la distribución de las respuestas en ambas escalas es asimétrica y muy parecida para mujeres y hombres. En el caso de la escala de interacciones con el sexo opuesto la distribución tiene una asimetría negativa (-1.48 y -1.53 para mujeres y hombres, respectivamente), teniéndose que la mayoría de las observaciones se agrupan en el polo alto de la escala, indicando así altos niveles de interacciones con el sexo opuesto. En el caso de la escala de interacciones con el mismo sexo la asimetría es positiva y de mayor magnitud (1.79 y 2.36 para mujeres y hombres respectivamente), lo que indica que las puntuaciones reflejan una cantidad reducida de interacciones con personas del mismo sexo. Sin embargo, ha de destacarse que, para ambas variables, y en ambos sexos, hay puntuaciones que se distribuyen a todo lo largo del rango de la escala, indicando que la muestra contiene personas con orientaciones sexuales heterogéneas.

Los resultados referentes a las hipótesis del estudio se muestran en la Tabla 2, la cual incluye las correlaciones de Pearson entre las escalas de orientación sexual, crianza y abuso en la niñez.

Tomando en cuenta la muestra total, los resultados apoyan las hipótesis planteadas en el estudio. Con respecto a las variables de crianza, la interacción con personas del mismo sexo se relacionó de manera positiva con la sobreprotección materna ($r = .14$, $p = .003$), el rechazo materno ($r = .23$, $p = .000$) y el rechazo paterno ($r = .11$, $p = .026$), y de manera negativa con la calidez emocional de la madre ($r = -.10$, $p = .033$) y del padre ($r = -.11$, $p = .024$). La excepción fue con la escala de sobreprotección paterna, donde la correlación no fue significativa ($r = .07$, $p = .175$).

Con respecto al abuso en la niñez, las correlaciones fueron más altas que con las variables de crianza y todas apoyaron las hipótesis del estudio. En orden de importancia, las interacciones con personas del mismo sexo correlacionó de manera positiva con el abuso sexual (instrumento CCMS) ($r = .30$, $p = .000$), el ambiente negativo en el hogar/negligencia ($r = .28$, $p = .000$), el abuso sexual (instrumento CATS) ($r = .19$, $p = .000$), el abuso emocional ($r = .18$, $p = .000$) y el abuso por castigo ($r = .13$, $p = .005$). Por el contrario, ninguna de las variables correlacionó de manera significativa con la escala de interacciones con personas del sexo opuesto.

En cuanto a las diferencias de género, los resultados se muestran en las tablas 3 y 4. Se encontró que la correlación entre interacciones con personas del mismo sexo y abuso sexual (instrumento CCMS) fue significativamente más alta para hombres ($r = .47$) que para mujeres ($r = .26$, $p = .029$). Tanto para mujeres como hombres las variables más relevantes respecto a las interacciones con personas del mismo sexo (que mostraron las correlaciones más altas) fueron el abuso sexual, el ambiente negativo en el hogar/negligencia y el rechazo materno. En el caso de los hombres también se ha de mencionar la correlación positiva con la sobreprotección materna ($r = .25$, $p = .009$). En general, las magnitudes de las correlaciones encontradas pueden catalogarse como pequeñas a medianas.

Es preciso destacar la baja relación entre las escalas de interacción con el sexo opuesto y el mismo sexo, que no fue significativa ni para la muestra total ($r = -.06$, $p = .226$), ni para muestra de mujeres ($r = .01$, $p = .880$), aunque sí para los hombres ($r = -.21$, $p = .032$). Por otro lado, también es llamativo que las puntuaciones en las escalas de crianza y abuso no correlacionaron de manera significativa con la escala de interacciones con el sexo opuesto, ni para la muestra total, ni para las muestras segmentadas por género.

DISCUSIÓN

La presente investigación trata sobre la relación de los estilos de crianza parentales y los diferentes tipos de abusos, en la orientación sexual, siendo esta última definida

por La Asociación Psicológica Americana -APA- (2012), como un patrón perdurable de atracciones emocionales, románticas y/o sexuales hacia hombres, mujeres o ambos sexos. La orientación sexual también se refiere al sentido de identidad de cada persona basada en dichas atracciones, las conductas relacionadas y la pertenencia a una comunidad de otros que comparten esas atracciones.

También Gómez Zapiain, (2012), sostiene que respecto a la adquisición de la misma se han presentado diferentes hipótesis a lo largo del tiempo, sin embargo, las distintas corrientes teóricas en psicología no han sido capaces de explicar el origen de la orientación del deseo con suficiente apoyo empírico.

Además, La Asociación Psicológica Americana -APA- (2012), expresa que la mayoría de los estudios científicos consideran que la orientación sexual probablemente es el resultado de una compleja interacción de factores ambientales, cognitivos y biológicos.

Es importante resaltar que la mayoría de las investigaciones en los últimos años se han enfocado principalmente sobre los efectos de los padres homosexuales en la orientación sexual de los hijos. Para esta investigación fue difícil encontrar estudios recientes sobre crianza parental y homosexualidad.

En el presente estudio se escogió una muestra no probabilística que estuvo compuesta por 482 estudiantes, 377 mujeres (78.2%) y 105 hombres (21.8%), con edades comprendidas entre los 18 y 29 años ($M = 21.76$, $DT = 2.47$), de la universidad pública de la República Dominicana.

Tomando en cuenta la muestra total, los resultados apoyan las hipótesis planteadas en el estudio.

Con respecto a las variables de crianza, la interacción con personas del mismo sexo se relacionó de manera positiva con la sobreprotección materna, el rechazo materno y el rechazo paterno, y de manera negativa con la calidez emocional de la madre y del padre. A excepción de la sobreprotección paterna, donde la correlación no fue significativa,

Los resultados evidencian una correlación positiva entre la escala de interacción de personas con el mismo sexo y la sobreprotección materna. En cuanto a la

sobreprotección paterna la correlación no fue significativa.

De igual modo en el estudio de Disla (2002), se reportó que una relación muy cercana, de sobreprotección o muy distante con la madre fue reportada por los hombres homosexuales, con una diferencia significativa en los heterosexuales

Por su lado Bowen (1991), en su teoría sobre la distancia emocional y fusión en las familias, la triangulación, diferenciación del *self* y las relaciones multigeneracionales, son importantes para entender la sexualidad y las relaciones significativas. Afirma que la sobreprotección puede afectar el desarrollo del ser humano.

Thompson y col. (1978) estudiaron dos grupos de hombres y mujeres homosexuales comparándoles con grupos heterosexuales similares. Las lesbianas informaron sobre más relaciones negativas con el padre en la niñez que las mujeres heterosexuales. Tampoco estaban identificadas con el padre o la madre, pero tenían relaciones más distantes, tanto con sus padres como con otras personas, que las heterosexuales. Al mismo tiempo dieron un informe sobre una niñez más masculina. Los hombres homosexuales por su parte dieron información sobre madres más posesivas, íntimas y afectuosas y padres más hostiles y distantes que en el caso de los heterosexuales. Los homosexuales no estaban identificados con su madre, pero al igual que las lesbianas eran más distantes de sus padres y otras personas que sus contrapartes heterosexuales.

Sin embargo, difieren respecto a los hallazgos de Nichols, (2014) quien asegura que ni la familia, ni el medio ambiente inciden en la orientación sexual. A diferencia de otros científicos, como Dickson y cols. (2006); Di Bartolo (2018), quienes rechazan estas afirmaciones y piensan que esta postura no toma en consideración miles de años de estudios y teorías, que afirman todo lo contrario.

Ross y Arrendell (1988), en su investigación con una población australiana de 86 homosexuales y 126 controles heterosexuales, se estudió la percepción de los patrones de crianza de hombres homosexuales y heterosexuales, entre los cuales no se

encontraron diferencias significativas en los patrones de crianza de ambas muestras.

Los resultados evidencian una correlación positiva entre la escala de interacción de personas con el mismo sexo y calidez emocional de la madre y del padre.

Moilanen, Rasmussen y Padilla-Walker (2014), señalaron que en adolescentes entre los 11 y 16 años, la práctica de crianza autoritaria adoptada por la madre de manera continua por al menos un año, interfiere con el desarrollo de autorregulación en comparación de los padres autoritativos y permisivo-indulgentes. Estos hallazgos sugieren que los altos niveles de control excesivo, dureza y una interacción hostil con los hijos limita el desarrollo de autorregulación; mientras que los elementos de responsividad y apoyo, comunes en las demás prácticas, permiten a los niños regular los sentimientos negativos y controlar su comportamiento.

Las investigaciones anteriores apoyan el hecho de que ciertos procesos cognoscitivos son más sensibles a las características de crianza como la receptividad, sensibilidad, directividad y el establecimiento de límites, elementos que definen las prácticas de crianza. Señalando que el entorno familiar y la calidad de la interacción que se dan dentro del grupo familiar impacta en el desempeño cognitivo, limitándolo o favoreciéndolo.

Los resultados evidencian una correlación positiva entre la escala de interacción de personas con el mismo sexo y el rechazo tanto materno como paterno. Skeen y Robinson (1984), encontraron evidencias negativas en los patrones parentales de crianza de 30 padres homosexuales, sin embargo, Milic y Crowne (1986) encontraron en 20 jóvenes canadienses homosexuales, que puntuaron la figura paterna más hostil en contraste con jóvenes universitarios solteros.

Evans, (1969) a través de un cuestionario adaptado del usado por Beiber, estudió 43 homosexuales y 142 heterosexuales, todos hombres. El estudio exploró los temores y actividades durante la niñez y las relaciones entre los padres y de estos con el niño. Esta investigación dio resultados similares en el aspecto descriptivo a los de Beiber, y

revelaron por consiguiente más aspectos "negativos" en el pasado de los homosexuales.

Con respecto al abuso en la niñez, las correlaciones fueron más altas que con las variables de crianza y todas apoyaron las hipótesis del estudio. En orden de importancia, las interacciones con personas del mismo sexo correlacionaron de manera positiva con el abuso sexual, el ambiente negativo en el hogar/negligencia, el abuso emocional y el abuso por castigo. Por el contrario, ninguna de las variables correlacionó de manera significativa con la escala de interacciones con personas del sexo opuesto.

En cuanto a las diferencias de género, se encontró que la correlación entre interacciones del mismo sexo y abuso sexual fue significativamente más alta para hombres que para mujeres.

Tanto para hombres como para mujeres las variables más relevantes respecto a las interacciones con personas del mismo sexo, fueron el abuso sexual, la negligencia y el rechazo materno. En el caso de los hombres hay una correlación positiva con la sobreprotección materna.

En un informe especial de sexualidad y género realizado por Mayer y McHugh (2016), reportaron que los abusos sexuales en la infancia, aparecen con una frecuencia notablemente superior en las declaraciones de individuos que más tarde se identifican como homosexuales. Aunque existe una relación entre abuso sexual, especialmente en la infancia, y manifestaciones posteriores de atracción, conducta e identidad sexual, los resultados no son concluyentes en cuanto a que los abusos a menores incrementan la probabilidad de una orientación no heterosexual.

Por su lado, Wilson y Widom (2010), en un estudio de seguimiento prospectivo de 30 años de duración, con niños y niñas que habían sufrido abusos o carencias, para determinar si los abusos físicos y sexuales y la desatención en la infancia aumentaban la probabilidad de tener relaciones con personas del mismo sexo en fases posteriores de la vida, encontraron que los que declaraban casos de abuso sexual en la infancia tenían una probabilidad 2,8

veces mayor de iniciar relaciones sexuales con personas del mismo sexo, aunque la "relación entre abuso sexual en la infancia y orientación sexual hacia personas del mismo sexo era solo significativa en el caso de los hombres."

En el 2009, Butchart & Phinney, establecieron que el abuso psicológico y/o emocional implica tantos incidentes aislados, como un patrón de fracaso en el tiempo por parte de un padre o cuidador que no provee un ambiente apropiado para el desarrollo y apoyo del niño. Los actos de abuso psicológico pueden dañar la salud física o mental del niño, o su estado espiritual, moral, social y su desarrollo. Entre los comportamientos que se pueden considerar como abuso psicológico y/o emocional están: restricción del movimiento, patrones de minimizar, culpar, amenazar, asustar, discriminar, ridiculizar, y otras formas no físicas de rechazo o trato hostil hacia el niño.

Otras investigaciones como las de Krause y cols. (2003) y las de Spertus y cols. (2003), sugieren que el abuso psicológico puede tener efectos perjudiciales tanto inmediatos como a largo plazo. Entre los niños, el abuso psicológico se ha asociado con depresión, delincuencia y problemas interpersonales.

En un estudio de 2001, Tomeo y colegas, refieren que en la revisión de literatura se ha encontrado que la población homosexual denunciaba unas tasas superiores de acoso sexual infantil, con cifras entre un 10% y un 46% de sujetos que declaraban abusos sexuales en la infancia. Los autores descubrieron que el 46% de los hombres homosexuales y el 22% de las mujeres homosexuales declaraban haber sido acosados por una persona del mismo sexo, frente a un 7% de los hombres heterosexuales y un 1% de las mujeres heterosexuales. Asimismo, un 38% de las mujeres homosexuales entrevistadas no se identificaron como homosexuales hasta después del episodio de acoso, mientras que los autores reportan resultados contradictorios para el número de hombres que no se identificaron como homosexuales hasta después del episodio de acoso, un 68% en una parte del estudio (y por inferencia) un 32% en otra.

También Higgins & McCabe, (2001) informaron que el estudio de abuso psicológico es complicado, ya que el maltrato emocional podría conceptualizarse ampliamente como un componente de todas las formas de maltrato, incluyendo abuso sexual y físico. A pesar de los supuestos de que otras formas de abuso infantil, es decir, físicas y sexuales, a menudo coexisten, se sabe menos sobre si el abuso psicológico ocurre más frecuente aisladamente o en conjunto con otros tipos de maltrato. No obstante, incluso cuando el abuso psicológico ocurre solo, parece ejercer un impacto significativo en el funcionamiento adulto.

Para Torres-Méndez & Quiles-Barnecet, (s.f.), el abuso sexual son aquellas relaciones sexuales, que mantienen un menor de 18 años de edad, con un adulto o un niño de mayor edad, para el que no está preparado evolutivamente y en la cual se establece una relación de sometimiento, poder y autoridad sobre la víctima.

Según Butchart & Phinney (2009), el abuso sexual implica cualquier tipo de actividad sexual donde el niño que es abusado no tiene la capacidad de dar su consentimiento a quien lo abusa informado y tampoco está físicamente preparado.

Por otra parte, Berlinerblau, (2008), refiere que el menor puede ser abusado sexualmente tanto por adultos como por otros niños. Si existe una diferencia de 5 años o más, se habla de abuso sexual. Si no hay esa diferencia, se consideran como juegos sexuales, que forman parte normal del desarrollo sexual en los niños.

Fergusson & Horwood, (1998), nos dice que para explicar el papel que desempeñan las variables del abuso sexual infantil, los investigadores han comenzado a examinar los síntomas psicológicos desencadenantes. Se ha encontrado que el maltrato, incluyendo el abuso sexual, puede tener efectos sobre el estado de ánimo y el comportamiento; lo que puede aumentar la probabilidad de tener una orientación homosexual. Los malos tratos motivan a la víctima a buscar estímulos más fuertes para experimentar estados positivos, llevando al individuo a una búsqueda de novedad y de riesgo que a la vez han sido

asociados con la sexualidad entre personas del mismo sexo.

De hecho, en varios estudios, como en el realizado por Eskin et al. (2005), se ha encontrado casos de abuso sexual infantil que luego han implicado un desarrollo de una orientación sexual homosexual. Otros estudios como el de Friedman et al. (2011) y el de Stoddard et al. (2009), sobre la relación entre el abuso sexual infantil y la orientación sexual mostraron que los casos que han experimentado abuso sexual durante la infancia eran más frecuentes en hombres gays, lesbianas y bisexuales que los heterosexuales.

Estudios epidemiológicos de Roberts, Glymour & Koenen, (2013), han encontrado una asociación entre la sexualidad humana, el abuso físico, abuso sexual, negligencia y testimonios de violencia durante la infancia. Alvy y cols, (2013), Eskin y cols. (2005), McLaughlin y cols. (2012), Roberts y cols. (2010) y Roberts y cols. (2009), han encontrado una relación en la negligencia, abuso físico con comportamientos homosexuales o con la identificación de una minoría sexual.

Es preciso destacar la baja relación entre las escalas de interacción con el sexo opuesto y el mismo sexo, que no fue significativa ni para la muestra total, ni para muestra de mujeres, aunque sí para los hombres. También es llamativo que las puntuaciones en las escalas de crianza y abuso no correlacionaron de manera significativa con la escala de interacciones con el sexo opuesto, ni para la muestra total, ni para las muestras segmentadas por género.

CONCLUSIONES

- ✓ Existe una correlación positiva entre la sobreprotección de los padres y la orientación sexual hacia el mismo sexo.
- ✓ Existe una correlación negativa entre la calidez emocional de los padres y la orientación sexual hacia el mismo sexo.
- ✓ Existe una correlación positiva entre el rechazo de los padres y la orientación sexual hacia el mismo sexo.
- ✓ Existe una correlación positiva entre el ambiente negativo en el hogar/ negligencia y la orientación sexual hacia el mismo sexo.

- ✓ Existe una correlación positiva entre el abuso físico y la orientación sexual hacia el mismo sexo.
- ✓ Existe una correlación positiva entre el abuso emocional y la orientación sexual hacia el mismo sexo.
- ✓ Existe una correlación positiva entre el abuso sexual y la orientación sexual hacia el mismo sexo.

BIBLIOGRAFÍA

Arcos, M. P. V., & Flores, M. J. R. (2017). Efectos de las prácticas de crianza en el desempeño cognitivo en niños de edad preescolar. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(1), 12-18.

Asociación Psicológica Americana (2012). Respuestas a sus preguntas: Para una mejor comprensión de la orientación sexual y la homosexualidad. Recuperado el 13-octubre-2017

de: <https://www.apa.org/topics/lgbt/answers-questions-so-spanish.pdf>

Alvy, L. M., Hughes, T. L., Kristjanson, A. F., & Wilsnack, S. C. (2013). Sexual identity group differences in child abuse and neglect. *Journal of interpersonal violence*, 0886260512471081.

Ardila, R. (2007). Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 67-77.

Arrindel, W. A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., ..., van der Ende, J. (1999). The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and Individual Differences*, 27, 613-628.

Arrindell, W. A., Akkerman, A., Bagés, N., Feldman, L., Caballo, V. E., Oei, T. P. S., ..., Zaldívar, F. (2005). The short-EMBU in Australia, Spain, and Venezuela: Factorial invariance, and associations with sex roles, self-esteem, and Eysenckian personality dimensions. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(1), 56-66.

Bailey, Vasey, Diamond, Breddloved, Vilain y Epprecht (2016). Sexual Orientation, Controversy and Science. *Psychological Science in Public Interest*. Vol. 17 (2), 45-101

Bell, A. P., Welnberg, M. S., & Hammehsmith, S. K. (1981). Sexual

preference: ITS development in men and women. Bloomington: Indiana University Press.

Berlinerblau, V. (2008). Violencia familiar y abuso sexual. Cuarta edición actualizada. Editorial Universidad. Buenos Aires, Argentina.

Bornstein, L., y Bornstein, M.H., (2010). Estilos Parentales y el Desarrollo Social del Niño. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; Disponible en: <http://www.enciclo-pedia-infantes.com/documents/BornsteinESPxp.pdf>

Bowen, M. (1991) De la familia al individuo. Editorial Paidós Iberica. Barcelona, España.

Butchart, A.; Phinney Harvey, A. (2009). Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 15-febrero-2018

de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1

Carrol A. & L. Itaborahy. (2015) L.P. State Sponsored Homophobia. A World Survey of Laws: criminalisation and recognition of same sex love. (Geneva; ILGA, May 2015) www.ilga.org

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.

Day, A., Thurlow, K., & Woolliscroft, J. (2003). Working with childhood sexual abuse: A survey of mental health professionals. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 191-198.

Di Bartolo, I. (2018) El Apego, Como nuestros vínculos nos hacen quienes somos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.

Dickson, G., Bird A., Howes R., Drake, H. (2006) Empirical Study of Mother-Son Dyad in Relation to the Development of adult Male Homosexuality. *Amcap Journal*.

Disla, J., (2002) Efectos que produce la parentalización de una hija de padres divorciados sobre el libro mayor de reciprocidad en las relaciones parentales ascendentes (progenitores) conyugal (esposos) y parental descendentes (hijos/as).

Tesis de maestría en terapia Familiar. Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.

Epstein, R., McKinney, P., Fox, & García, C. (2012). Support for a fluid-continuum model of sexual orientation: A large-scale Internet study. *Journal of Homosexuality*, 59, 1356-1381.

Eskin, M., Kaynak-Demir H., Demir, S. (2005). Same-Sex Sexual Orientation, Childhood Sexual Abuse, and Suicidal Behavior in University Students in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 185-195.

Evans, R. B. (1969). Childhood parental relationships of homosexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 129-135.

Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1998). Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 22, 339-357.

Fontana, V. 1979. En defensa del niño maltratado. México D.F: Editorial Pax. 532 p.

Friedman, M., S., Marshal M., P., Guadamuz T., Wei, CH., Wong, C., Saewyc E., & Stall R. (2011). A Meta-Analysis of Disparities in Childhood Sexual Abuse, Parental Physical Abuse, and Peer Victimization Among Sexual Minority and Sex-ual Nonminority Individuals. *Am J Public Health*, 101, 1481-1494.

Gaxiola, J., Frías, M., Cuamba, N., Franco, J., y Olivas, L., (2006). Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1):115-128, ISSN: 0185-1594.

Gómez-Zapiain, J., & Pinedo, J. A. (2012). Programa de integración de la educación sexual en el proyecto curricular. Guía para el profesorado.

Gómez Zapiain, J. (2013). *Psicología de la sexualidad*. Alianza Editorial. Madrid, España.

Grabski, B., Muldner-Nieckowski, L., et al., Sexual Quality of Life in Homosexual and Bisexual Men: The relative Role of Minority Stress. *J Sex Med.*, 2019; 16:860-871. International Society for Sexual Medicine. Published by Elsevier Inc.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta edición por McGraw-Hill. México. Pág. 37, 93, 152.

Higgins, D. J. & McCabe, M. P. (2001). The development of the Comprehensive Child Maltreatment Scale. *Journal of Family Studies*, 7(1), 7-28.

Kent, A. & Waller, G. (1998). The impact of childhood emotional abuse: An extension of the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse & Neglect*, 22(5), 393-399.

Kempe, C. S. 1962. The battered-child syndrome. *J. Am. Med.* 181(17):105-112.

Krause, E. D., Mendelson, T., & Lynch, T. R. (2003). Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: The mediating role of emotional inhibition. *Child Abuse & Neglect*, 27, 199-213

Larraín H., S.; Bascuñan D, C. (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. In: C. U.-ONU. Santiago de Chile: Naciones Unidas. 12 p.

Lomax-Bream, L., Taylor, H., Landry, S., Barnes, M., Fletcher, J., y Swank, P., (2007). Role of early parenting and motor skills on development in children with spina bifida. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28(3), 250-263. DOI:10.1016/j.appdev.2007.02.004.

López Sánchez, F. (1984). La adquisición del rol y la identidad sexual: función de la familia. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, ISSN 0210-3702, ISSN-e 1578-4126, N° 26, , págs. 65-76. Recuperado el 2-septiembre-2018 de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=668398>

McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Xuan, Z., & Conron, K. J. (2012). Disproportionate exposure to early-life adversity and sexual orientation disparities in psychiatric morbidity. *Child abuse & neglect*, 36(9), 645-655.

Maccoby, E. E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. in ph mussen (series ed.) & em hetherington (vol. ed.), *Handbook of child psychology: Socialization*,

personality and social development (Vol. 4, pp. 1-101).

Mayer, Lawrence S.; McHugh, Paul R. (2016). Sexualidad y género Conclusiones de la Biología, la Psicología y las Ciencias Sociales. The New Atlantis - A Journal of Technology & Society. Recuperado el 12-junio-2019 de:

https://www.thenewatlantis.com/docLib/20160831_TNA50PartOneESP.pdf

Mazzoni, C., Stelzer, F., Cervigni, M., y Martino, P., (2012). Impacto de la pobreza en el desarrollo cognitivo. Un análisis teórico de dos factores mediadores. LIBERABIT, 20(1), 93-100, ISSN 1729-4827.

Méndez, M., Andrade, P., y Peñaloza, R., (2013). Prácticas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 15(1): 99-118, ISSN: 0187-7690.

Merino, S., y Arndt, S., (2004). Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg: validez preliminar de constructo. Revista de Psicología de la PUCP, 22(2): 189-214.

Milic, J. H., & Crowne, D. P. (1986). Recalled parent child relations and need for approval of homosexual and heterosexual men. Archives of Sexual Behavior, 15, 239-246.

Miranda, J. B. 2007. Actitud crítica hacia el castigo físico en niños víctimas de maltrato infantil. Revista Mexicana de Psicología. 6(2):309-318.

Moilanen, K., Rasmussen, K., y Padilla-Walker, L., (2014). Bidirectional Associations Between Self-Regulation and Parenting Styles in Early Adolescence. Journal of research on adolescence, 1-17, DOI:10.1111/jora.12125.

Moreno, J. (2010). "The Theory of the Link: Association and Connection". Paper Given.

Nichols, M. (2014). Principals and Practice of Sex Therapy, 5th ed., Therapy With LGBTQ with Clients: Working With Sex and Gender Variance From a Queer Theory Model.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2014. Nota descriptiva sobre maltrato infantil. Recuperado el agosto de 2014, de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Maltrato Infantil. Recuperado el 18-marzo-2017

de: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/child-maltreatment>

Perea-Martínez, E. A. 2005. El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. Bol. Med. Hosp. Inf. Mex. 58(4):251-254.

Ramirez, M., (2005). Padres y desarrollo de los hijos: Prácticas de crianza. Estudios Pedagógicos, 31(2), 167-177, DOI: 10.4067/S0718-07052005000200011.

Roberts, A. L., Austin, B., Corliss, H., L., Vander Morris A., K. & Koenen, C., K. (2010). Pervasive Trauma Exposure among US Sexual Orientation Minority Adults and Risk of Posttraumatic Stress Disorder. Am J Public Health, 12, 2433-2441.

Roberts, A., Glymour M. & Karestan, K. (2013). Does maltreatment in childhood affect sexual orientation in adulthood? Springer Science, 42, 171.

Roper, W., (2016). The Interrelationship between Genes, Microprolactinoma and Male Homosexuality. Recuperado el 24-abril-2019 de:

<https://www.sciencedirect.com/journal/medical-hypotheses/vol/94/suppl/C>

Ronzón-Tirado, R. C.; Yedra, L. R. & González-Flores, M. del P. (2017). Modelos parentales y su relación con la violencia en las parejas del mismo sexo. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 15 (2), pp. 1137-1147. DOI:10.11600/1692715x.1522317062016

Ross, M. W. and Arrindell, W. A. (1988). PERCEIVED PARENTAL REARING PATTERNS OF HOMOSEXUAL AND HETEROSEXUAL MEN. The Journal of Sex Research Vol 24. pp. 276-281.

Sanders, B. & Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: Early data on the Child Abuse and Trauma Scale. Child Abuse & Neglect, 19(3), 315-323.

Santrock, J. (2006). Psicología del desarrollo del ciclo vital. España: McGraw Hill.

Skeen, P., & Robinson, B. E. (1984). Family backgrounds of gay fathers: A descriptive study. *Psychological Reports*, 54, 999-1005.

Solís-Cámara, R., Díaz, M., Cortés, N., Patiño, D., Pérez, T., y Robles, C., (2005). Propiedades psicométricas de la escala de comportamientos para madres y padres con niños pequeños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1): 59-69, ISSN: 0120-0534.

Spertus, I.L., Yehuda, R., Wong, C.M., Halligan, S., & Seremetis, S.V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1247-1258.

Stephan, W. G. (1973). Parental relationships and early social experiences of activist male homosexuals and male heterosexuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 506-513.

Stoddard, J. P., Dibble, S. L., & Fineman, N. (2009). Sexual and physical abuse: A comparison between lesbians and their heterosexual sisters. *Journal of Homosexuality*, 56(4), 407-420.

Thompson, N. L., Schwartz, D. M. McCandless, B. R., & Edwards, D. A. (1973). Parent-child relationship and sexual identity in male and female homosexuals and heterosexuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 120-127.

Torres-Méndez, Z. A., & Quiles-Barnecet, K. (s. f.). *Disertación de Grado. Influencias de*

las experiencias infantiles en el estudio de Psicología Clínica. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Mayagüez, P.R.

Tomeo, Marie E. et al., "Comparative Data of Childhood and Adolescence Molestation in Heterosexual and Homosexual Persons," *Archives of Sexual Behavior* 30, no. 5 (2001): 535-541,

<http://dx.doi.org/10.1023/A:1010243318426>

Tovar Domínguez, A. G., Almeraya Quintero, S. X., Guajardo Hernández, L. G., & Borja Bravo, M. (2016). El maltrato infantil desde la voz de la niñez. *Revista mexicana de ciencias agrícolas*, 7(1), 195-207.

UNICEF- México (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). 2010. United nations international children's emergency fund, UNICEF. Recuperado el 20 de junio de 2013, de <http://www.unicef.org/spanish/crc/>.

Warren, S., y Brady, N., (2007). The role of maternal responsivity in the Development of children with Intellectual disabilities. *Mental retardation and developmental disabilities*; 13: 330 – 338, DOI: 10.1002/mrdd.20177.

Wilson, Helen W. and Widom, Cathy S. "Does Physical Abuse, Sexual Abuse, or Neglect in Childhood Increase the Likelihood of Same-sex Sexual Relationships and Cohabitation? A Prospective 30-year Follow-up," *Archives of Sexual Behavior* 39, no. 1 (2010): 63-74, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9449-3>.

Tabla 1. *Datos sociodemográficos de la muestra (N= 482)*

Edad	Rango	18-29
	Media	21.76
	DT	2.47
Sexo	Hombre	105 (21.8%)
	Mujer	377 (78.2%)
Orientación Sexual	Exclusivamente heterosexual	343 (71.2%)
	Mayormente heterosexual	64 (13.3%)
	Bisexual	12 (2.5%)
	Mayormente homosexual	7 (1.5)
	Exclusivamente homosexual	31 (6,4 %)

Tabla 2. *Estadísticos descriptivos y comparaciones por género de las escalas*

Escala	Total			Mujeres			Hombres			Prueba T de Welch		
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT	GI	T	D
ESOI-ISO	482	2.04	0.32	377	2.04	0.31	105	2.04	0.39	142.3	-0.11	0.01
ESOI-IMS	482	1.2	0.33	377	1.2	0.32	105	1.18	0.37	148.9	0.67	0.08
EMBU-SM	476	2.56	0.56	371	2.51	0.55	105	2.71	0.56	165.7	-3.12**	0.35
EMBU-SP	433	2.32	0.57	337	2.32	0.55	96	2.33	0.64	137.6	-0.15	0.02
EMBU-CEM	476	3.07	0.69	371	3.07	0.7	105	3.07	0.68	170.6	-0.01	0.00
EMBU-CEP	433	2.81	0.76	337	2.83	0.76	96	2.73	0.75	155.2	1.18	0.14
EMBU-RM	476	1.59	0.57	371	1.57	0.56	105	1.66	0.61	157.7	-1.37	0.16
EMBU-RP	433	1.5	0.54	337	1.48	0.54	96	1.57	0.56	149.4	-1.41	0.17
CATS-NH	482	2.03	0.75	377	2.01	0.75	105	2.08	0.76	163.6	-0.88	0.10
CATS-C	482	2.52	0.72	377	2.47	0.73	105	2.7	0.63	189.5	-3.12**	0.32
CATS-AE	482	2.01	0.82	377	2.02	0.84	105	2.01	0.79	174.9	0.11	0.01
CATS-AS	482	1.22	0.55	377	1.22	0.55	105	1.21	0.54	168.1	0.12	0.01
CCMS-AS	482	1.15	0.29	377	1.15	0.3	105	1.13	0.22	226	0.68	0.06

Nota. N = tamaño muestral; M = media; DT = desviación típica; gl = grados de libertad; d = d de Cohen; ESOI = Epstein Sexual Orientation Inventory; EMBU = Egna Minnen Beträffande Uppfostran (My Memories of Upbringing); CATS = Child Abuse and Trauma Scale; CCMS = Comprehensive Child Maltreatment Scale; ISO = interacciones con el sexo opuesto; IMS = interacciones con el mismo sexo; SM = sobreprotección madre; SP = sobreprotección padre; CEM = calidez emocional madre; CEP = calidez emocional padre; RM = rechazo madre; RP = rechazo padre; NH = negligencia / ambiente negativo en el hogar; C = castigo; AE = abuso emocional; AS = abuso sexual.

†p < 0.10; *p < 0.05; **p < 0.01.

Tabla 3. *Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de las escalas de la muestra total.*

Escala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<i>Total (N=482)¹</i>													
1. ISO	1												
2. IMS	-0.06	1											
3. SM	0.01	.14**	1										
4. SP	-0.02	0.07	.52**	1									
5. CEM	0	-.10*	0.06	0.01	1								
6. CEP	-0.05	-.11*	0.04	.22**	.59**	1							
7. RM	-0.02	.23**	.48**	.16**	-.40**	-.24**	1						
8. RP	0.01	.11*	.26**	.41**	-.20**	-.33**	.47**	1					
9. NH	0.01	.28**	.25**	.09†	-.44**	-.47**	.61**	.53**	1				
10. C	-0.05	.13**	.31**	.23**	-.38**	-.29**	.55**	.45**	.49**	1			
11. AE	0.05	.18**	.34**	.23**	-.42**	-.36**	.71**	.59**	.71**	.62**	1		
12. AS1	-0.04	.19**	.13**	-0.03	-.16**	-.21**	.31**	.17**	.41**	.24**	.32**	1	
13. AS2	0.05	.30**	.08†	0.04	-.11*	-.13**	.24**	.14**	.30**	.19**	.28**	.54**	1

Nota. N = tamaño muestral; ISO = interacciones con el sexo opuesto; IMS = interacciones con el mismo sexo; SM = sobreprotección madre; SP = sobreprotección padre; CEM = calidez emocional madre; CEP = calidez emocional padre; RM = rechazo madre; RP = rechazo padre; NH = negligencia / ambiente negativo en el hogar; C = castigo; AE = abuso emocional. AS1 = abuso sexual CATS; AS2 = abuso sexual CCMS. Las correlaciones significativamente distintas ($p < 0.05$) entre mujeres y hombres están subrayadas.

1Los tamaños muestrales varían para las escalas del EMBU (ver Tabla 1).

† $p < 0.10$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Tabla 4. *Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de las escalas de las mujeres de la muestra.*

Escala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	$\frac{1}{3}$
<i>Mujeres (N=377)¹</i>													
1. ISO	1												
2. IMS	<u>0.01</u>	1											
3. SM	0.05	.11*	1										
4. SP	-0.03	0.05	.54**	1									
5. CEM	-0.01	-.13*	<u>0.01</u>	-0.04	1								
6. CEP	-0.05	-.14**	<u>-0.01</u>	<u>.17**</u>	.62**	1							
7. RM	0	.25**	.48**	.19**	-.41**	<u>-.30**</u>	1						
8. RP	-0.01	.14*	.29**	.40**	-.22**	-.36**	<u>.54**</u>	1					
9. NH	0.05	.30**	.26**	.14**	-.43**	-.51**	.62**	.55**	1				
10. C	-0.04	.16**	.35**	.26**	-.37**	-.28**	.55**	.46**	.47**	1			
11. AE	0.05	.20**	<u>.40**</u>	<u>.31**</u>	-.40**	-.37**	.72**	<u>.63**</u>	.71**	.65**	1		
12. AS1	-0.01	.21**	.14**	<u>0.04</u>	-.14**	-.22**	.31**	.20**	.41**	.23**	.32**	1	
13. AS2	0.08	<u>.26**</u>	0.08	0.06	-.12*	-.15**	.25**	.18**	.30**	.22**	.28**	.56**	1

Nota. N = tamaño muestral; ISO = interacciones con el sexo opuesto; IMS = interacciones con el mismo sexo; SM = sobreprotección madre; SP = sobreprotección padre; CEM = calidez emocional madre; CEP = calidez emocional padre; RM = rechazo madre; RP = rechazo padre; NH = negligencia / ambiente negativo en el hogar; C = castigo; AE = abuso emocional. AS1 = abuso sexual CATS; AS2 = abuso sexual CCMS. Las correlaciones significativamente distintas ($p < 0.05$) entre mujeres y hombres están subrayadas.

¹Los tamaños muestrales varían para las escalas del EMBU (ver Tabla 1).

† $p < 0.10$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Tabla 5. *Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de las escalas de los hombres de la muestra.*

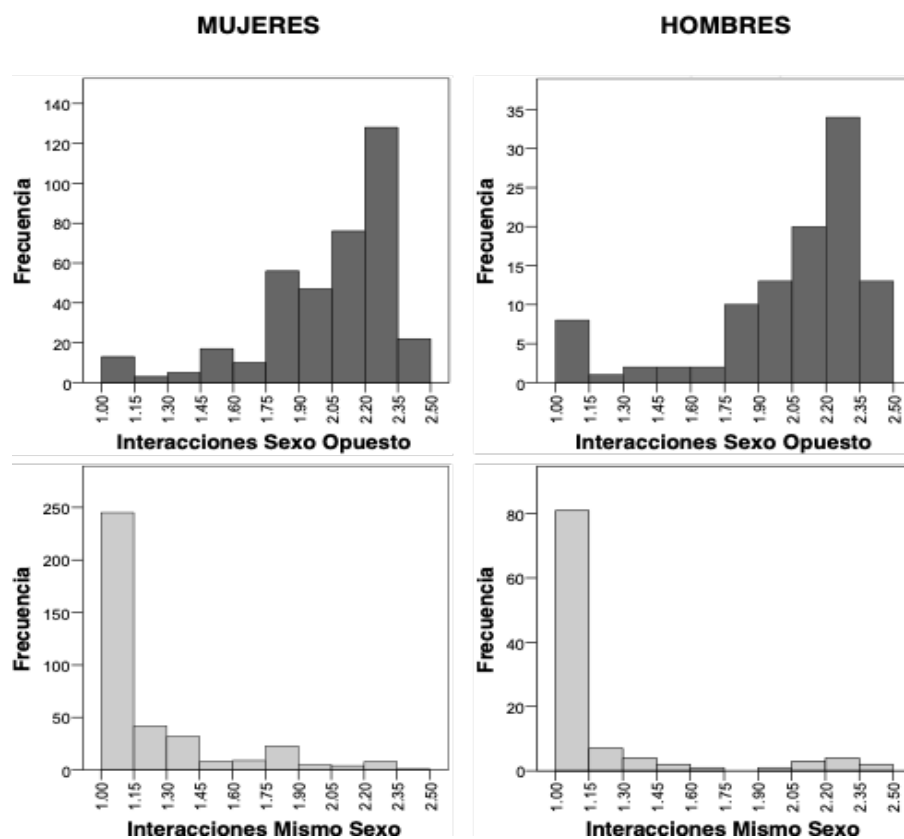
Escala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<i>Hombres (N=105)¹</i>													
1. ISO	1												
2. IMS	<u>-.21*</u>	1											
3. SM	-0.09	.25**	1										
4. SP	-0.01	0.12	.49**	1									
5. CEM	0.06	0	<u>.25*</u>	0.14	1								
6. CEP	-0.06	-0.02	<u>.26*</u>	<u>.39**</u>	.49**	1							
7. RM	-0.06	.19*	.45**	0.06	-.36**	<u>-0.06</u>	1						
8. RP	0.04	0.03	0.15	.42**	-0.14	-.23*	<u>.25*</u>	1					
9. NH	-0.09	.24*	.21*	-0.06	-.49**	-.36**	.59**	.44**	1				
10. C	-0.07	0.03	0.13	0.13	-.42**	-.27**	.52**	.42**	.57**	1			
11. AE	0.06	0.11	<u>.17†</u>	<u>0</u>	-.46**	-.30**	.66**	<u>.46**</u>	.73**	.53**	1		
12. AS1	-0.14	0.09	0.11	<u>-.22*</u>	-.23*	-0.17	.32**	0.07	.39**	.30**	.29**	1	
13. AS2	-0.04	<u>.47**</u>	0.11	-0.03	-0.08	-0.05	.22*	-0.01	.29**	0.06	.27**	.42**	1

Nota. N = tamaño muestral; ISO = interacciones con el sexo opuesto; IMS = interacciones con el mismo sexo; SM = sobreprotección madre; SP = sobreprotección padre; CEM = calidez emocional madre; CEP = calidez emocional padre; RM = rechazo madre; RP = rechazo padre; NH = negligencia / ambiente negativo en el hogar; C = castigo; AE = abuso emocional. AS1 = abuso sexual CATS; AS2 = abuso sexual CCMS. Las correlaciones significativamente distintas ($p < 0.05$) entre mujeres y hombres están subrayadas.

¹Los tamaños muestrales varían para las escalas del EMBU (ver Tabla 1).

† $p < 0.10$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Figura 1. Histogramas para las escalas de orientación sexual



El deseo sexual en las personas que viven con VIH

Sexual desire of people living with HIV

Aznárez Gámez A¹, Del Río Olvera FJ², Cabello-Santamaría F³

1- Asociación Ciudadana AntiSida de Málaga – ASIMA. Málaga.

2- Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Universidad de Cádiz.

3- Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

Correspondencia

Ángela Aznárez Gámez

Dirección postal: C/ Cruz Verde, 22, 29013-Málaga.

Dirección electrónica: Info@angelaaznarez.com

Fecha de recepción: 11 de noviembre de 2019. **Fecha de aceptación:** 12 de diciembre de 2019

Resumen

El **objetivo** del presente estudio fue conocer cómo viven la sexualidad las personas con diagnóstico de VIH y la prevalencia de deseo sexual hipoactivo, a través de una investigación cuantitativa con un grupo clínico (VIH+) y un grupo control (VIH-). Se recogió una **muestra** total de 170 personas, con media de edad 35,37 años. Los **instrumentos** utilizados fueron un cuestionario ad hoc para recoger datos sociodemográficos, y los cuestionarios EROS y DESEA. Los **resultados** indican mayores niveles en la escala de deseo y en la de aversión en las personas VIH+ que en las VIH-. Únicamente se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la erotofilia en las vías de transmisión. Como **conclusiones**, se destacan unos mayores niveles de erotofilia en las personas que han contraído la infección por la vía sexual, así como en la escala de aversión, la media más elevada se da en las personas que llevan más de 10 años diagnosticadas.

Palabras clave: VIH. Deseo sexual. Sexualidad.

Abstract

The **objective** of the present study was to know how people with HIV diagnosis and the prevalence of hypoactive sexual desire live through sexuality, through a quantitative investigation with a clinical group (HIV+) and a control group (HIV-). A total sample of 170 people was collected, with a mean age of 35.37 years. The **instruments** used were an ad hoc questionnaire to collect sociodemographic data, and the EROS and DESEA questionnaires. The **results** indicate higher levels of desire and aversion in HIV+ people than in HIV-. Only statistically significant differences are observed regarding erotophilia in the transmission pathways. In **conclusion**, there are higher levels of erotophilia in people who have contracted the infection by the sexual way, as well as in the aversion scale, the highest average is in the people who have been diagnosed for more than 10 years.

Keywords: HIV. Sexual desire. Sexuality.

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

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (1), la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Cuando se habla de sexualidad no se hace referencia únicamente a planteamientos fisiológicos ni cromosómicos, sino a una percepción subjetiva asociada a la intimidad de cada persona y su manera de vivir el hecho de ser sexuado.

Las enfermedades crónicas con frecuencia están asociadas con disfunciones sexuales. En estas disfunciones influyen factores tanto fisiológicos como psicológicos, incluyendo entre los primeros los síntomas de la propia enfermedad o de la medicación, y entre los segundos problemas de autoestima, de ansiedad, y de depresión. Esto provoca que las enfermedades crónicas alteren, el deseo y la excitación sexual. (2).

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se considera una infección crónica a día de hoy, gracias a la aparición del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en los años 90. Este tratamiento convirtió una infección de elevada mortalidad en una patología que a día de hoy se considera crónica, consiguiendo reducir las complicaciones relacionadas con el virus, a través de un mejor control de la carga viral, siempre y cuando exista una buena adherencia al tratamiento (3). Según los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, en Andalucía desde enero del 2013 hasta el 30 de junio de 2017 se notificaron un total de 2.763 nuevas infecciones de VIH. En el año 2016, el 86.35 % fueron hombres y el 13.65% mujeres. La media de edad al diagnóstico fue de 37 años. El 11 % de los casos registrados fueron menores de 25 años. La infección de VIH/sida sigue siendo un grave problema para la salud pública a nivel mundial. En España, en general, y en Andalucía, en particular, el perfil de transmisión es por vía sexual.

Cuando una persona recibe un diagnóstico de VIH, se produce una situación importante de estrés, que implica asimilar el diagnóstico y lo que ello conlleva (toma de la medicación, uso consistente de métodos preventivos, etc.). Este periodo suele ir asociado a una fuerte preocupación en torno a la posibilidad de

infectar a las parejas sexuales. En una investigación realizada con mujeres seropositivas (4) se descubrió que éstas presentaban más dificultades para mantener relaciones sexuales, debido al miedo de infectar a su pareja sexual. Este miedo es un factor en contra del deseo y la excitación, por lo que se traduce en dificultades en el placer y desempeño sexual (5).

También se ha demostrado gracias a la investigación, que la prevalencia de estas disfunciones sexuales es mucho mayor en personas seropositivas que en las seronegativas (6), y que es muy frecuente el vínculo entre VIH y disfunción sexual. Se estima que un 34% de las mujeres que viven con VIH, presentan una patología de este tipo (7). De hecho, en Nigeria, donde se cuenta con una alta prevalencia de mujeres infectadas por VIH, se encuentra a su vez una prevalencia mucho más alta de dificultades sexuales (66–89%, de una muestra de 370 mujeres; 8).

Algunos autores señalan una alta prevalencia entre la disfunción eréctil y el padecer VIH (9), presentando unas tasas que oscilan desde el 9% al 74%, en función también de la edad y otros factores asociados, como el sobrepeso, el consumo de drogas, el hipergonadismo, la diabetes o la ansiedad, un factor determinante y que predomina en estas personas (10). Si el TARGA potencia las dificultades sexuales o la DE, no ha mostrado resultados esclarecedores (11). Los fármacos antirretrovirales que pueden causar neuropatías, como ddI (didanosina, Videx® / VidexEC®) y d4T (estavudina, Zerit®), pueden causar pérdida de sensibilidad en la zona genital, lo que se relaciona con una dificultad de mantener la erección. Algunos estudios señalan también que los inhibidores de la proteasa (IP), pueden causar disfunción eréctil (12). Es por esto que los objetivos de la presente investigación son los siguientes:

Objetivo general

-Conocer cómo viven la sexualidad las personas con diagnóstico de VIH y la prevalencia de deseo sexual hipoactivo.

Objetivos específicos

- Estudiar cómo se ve afectado el deseo sexual en las personas que viven con VIH en

función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

- Analizar si hay diferencias significativas entre el nivel de deseo, el género, la orientación sexual y la edad en las personas seropositivas.

- Analizar las diferencias en cuanto al deseo sexual entre personas seropositivas y seronegativas.

Asimismo, se plantean las siguientes hipótesis:

- H1: Las personas seropositivas presentarán menor nivel de deseo sexual que las personas seronegativas.

- H2: Las personas que lleven con el diagnóstico menos de 3 años, presentarán menor deseo sexual que las que tengan más tiempo de diagnóstico.

- H3: Las personas que hayan contraído la infección por la vía sexual, presentarán menor nivel de deseo y erotofilia que las que lo hayan contraído por otras vías.

- H4: Las personas con VIH presentarán actitudes más erotofóbicas que las personas sin VIH.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

La población ha estado formada por dos grupos, uno de personas seropositivas y otro de personas seronegativas. Se han contemplado diversas orientaciones sexuales, rangos de edad, género, estado civil y tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH, así como la vía de transmisión. Se ha recogido una muestra total de 170 personas, con edades comprendidas entre los 18 y los 64 años, siendo la media de edad 35,37 años, y de diferentes ciudades y comunidades autónomas, destacando Málaga entre ellas.

Respecto a los datos demográficos, se indica que ha habido un total de 95 hombres y 75 mujeres, siendo 108 heterosexuales, seguidos de 35 homosexuales. La media de edad ha sido de 35 años. La mayoría estaban solteros/as (73), seguidos por aquellos que estaban en pareja (65). En cuanto a las personas VIH+, 70 contrajeron el virus mediante la vía sexual, seguidas por 13 personas que lo contrajeron mediante la vía

sanguínea. Respecto al tiempo transcurrido, destacan por número las personas que se infectaron hace entre 1 y 3 años, seguidas por las que se infectaron hace menos de 1 año. Para su inclusión en el estudio, los/as participantes debían ser mayores de edad y sexualmente activos/as.

Procedimiento

El diseño del estudio es de carácter cuantitativo, contando con un grupo clínico (personas seropositivas) y un grupo control (personas seronegativas). Los cuestionarios del presente estudio, se les han ofrecido por un lado a los/as usuarios/as y pacientes que acudían a ASIMA (Asociación ciudadana AntiSida de Málaga) a recibir asesoramiento, material preventivo, ayuda social o terapia psicológica. Dicho cuestionario se ha pasado de manera presencial y online, previa explicación detallada de cómo realizarlo correctamente y de la finalidad de la investigación. También se ha dado difusión a través de las redes sociales de la asociación, para poder tener acceso a población con VIH que no fuese únicamente de la provincia de Málaga. Por otro lado, se ha enviado por correo a una lista de distribución de todas las ONG que trabajan en el área del VIH/SIDA de España, para poder contar con la colaboración de sus usuarios/as, y se ha solicitado su difusión a la plataforma nacional de VIH y SIDA, CESIDA.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados han sido los siguientes:

- Cuestionario ad hoc, para la recogida de datos sociodemográficos. Ha recogido edad, ubicación, sexo, orientación sexual, estado civil, estado serológico, vía de transmisión y tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

- Cuestionario de Deseo Sexual y Aversión “DESEA” (15): Este cuestionario sirve para medir deseo sexual hipoactivo y aversión al sexo. Se compone de 14 ítems tipo Likert, que se cumplimentan marcando una opción desde Nada, Un poco, Bastante, Mucho y Muchísimo.

- Encuesta de Opinión Sexual “EROS” (16): Consiste en una escala tipo Likert que

oscila entre 1 (máximo desacuerdo) y 7 (máximo acuerdo), y se encuentra compuesto por 20 ítems. Sirve para medir la actitud erotofóbica-erotofílica frente a los estímulos sexuales.

RESULTADOS

En los resultados de los cuestionarios EROS y DESEA, la puntuación media en la escala de aversión es más alta en las personas seropositivas (2,32 en personas seronegativas frente a 2,76 en seropositivas) al contrario que en la escala de estrés interpersonal, donde se observa una media mayor en las personas seronegativas (10,95) que en las seropositivas (10,64). Respecto a las vías de transmisión, únicamente se observan diferencias estadísticamente significativas (.017) en el cuestionario EROS, en cuanto a la erotofilia, como puede verse en las **Tablas 1 y 2**.

Algo que demuestra cierta inconsistencia es la desviación típica que se produce en el cuestionario EROS, dentro del grupo de más de tres años (26,65), ese dato puede distorsionar el resultado, teniendo en cuenta que las desviaciones típicas de los otros grupos similares son de 16,57 en el de menos de tres años y de 14,66 en el de personas que no tienen el virus.

DISCUSIÓN

Una vez realizados los análisis estadísticos correspondientes, se cumplen las siguientes hipótesis:

-H1: Las personas seropositivas presentarán menor nivel de deseo sexual que las personas seronegativas. Esta hipótesis no se ha cumplido, ya que la puntuación media en la escala de deseo es algo superior en las personas con VIH. Esto hace pensar que independientemente del impacto del diagnóstico, el deseo sexual no tiene por qué verse necesariamente afectado.

-H2: Las personas que lleven con el diagnóstico menos de 3 años, presentarán menor deseo sexual que las que tengan más tiempo de diagnóstico. Destaca la escala de estrés interpersonal, teniendo la media más alta las personas que llevan diagnosticadas menos de 6 meses (12,56), seguidas por las personas que llevan menos de 1 año

diagnosticadas (11,55). En la escala de aversión, la media más elevada se da en las personas que llevan más de 10 años diagnosticadas. Esto pone de manifiesto la idea de que cuanto menos tiempo ha pasado desde el diagnóstico, más aversión existe.

-H3: Las personas que hayan contraído la infección por la vía sexual, presentarán menor nivel de deseo y erotofilia que las que lo hayan contraído por otras vías. En el cuestionario EROS, se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la erotofilia respecto a la vía de transmisión. Los resultados indican que hay unos mayores niveles de erotofilia en las personas que han contraído la infección por la vía sexual, respecto a las que la han contraído por la vía sanguínea y vertical. Esto puede interpretarse como que se trata de personas más abiertas a experimentar en el ámbito sexual.

-H4: Las personas con VIH presentarán actitudes más erotofóbicas que las personas sin VIH. No existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias entre los dos grupos. Sin embargo, se puede observar que las personas VIH- puntúan más alto en el EROS que las personas que sí lo tienen.

En cuanto a la relación con publicaciones científicas similares, se puede destacar la investigación realizada por Bernier (13), en la que un tercio de los participantes comunicó que había dejado de tener sexo desde que había recibido el diagnóstico. Esto se acentuaba en el caso de las mujeres. A su vez, se asoció la interrupción de la actividad sexual con haber sufrido consecuencias a nivel social, tales como estigma y discriminación, lo cual inhibía aun más la frecuencia de estos encuentros (14). Si bien, no se ha analizado en este estudio el posible impacto que puede tener el diagnóstico de VIH a nivel social, es cierto que ambos estudios coinciden en el efecto del tiempo transcurrido desde el diagnóstico, siendo las personas con la media más alta en la escala del estrés interpersonal las que llevan diagnosticadas menos de 6 meses, algo esperable dado el poco tiempo transcurrido.

Sobre las limitaciones del estudio, principalmente destacaría la escasez de datos

sociodemográficos recabados, que serían de gran utilidad para observar posibles correlaciones. También habría que mejorar el tamaño de la muestra, que debería ser mayor. Para futuras investigaciones, se consideraría de gran interés poder contar con instrumentos que contemplen diversas orientaciones sexuales más allá de la heterosexual, pues aplicado a otros colectivos pueden arrojar datos de gran utilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1- Organización Mundial de la Salud (OMS). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health (2016)28–31. Ginebra: OMS

2- Alonso Álvaro, A. Sexualidad y enfermedades crónicas. *Revista Internacional de Andrología*. (2017)5:22-8.

3- Rodríguez Quesada, P. Estudio de factores de riesgo influyentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral y desarrollo de un modelo predictivo en pacientes VIH positivos. [Tesis] Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 2016. 256 p.

4- El Fane, M., et. al. Quality of sexual life for people living with HIV (PLWHA). *Sexologies*. (2011) 20(3), 158–162.

5- Carter, A., Greene, S., Money, D. et al. The Problematization of Sexuality among Women Living with HIV and a New Feminist Approach for Understanding and Enhancing Women's Sexual Lives. *Sex Roles* (2017).

6- Santi D, Brigante G, Zona S, Guaraldi G, Rochira V. Male sexual dysfunction and HIV—a clinical perspective. *Native Reviv Urology* (2014) 11: 99-109.

7- Pinzone, M., et. al. Self-reported sexual dysfunction in HIV-positive subjects: A cross-sectional study. *Infectious Disease Tropical Medicine*, (2015) 1(2), E104–109.

8- Agaba, P., et. al. Sexual dysfunction and its determinants among women infected with

HIV. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, (2017).137(3), 301–308.

9- Wang Q, Young J, Bernasconi E, Cavassini M, Vernazza P, Hirschel B, Weber R, Furrer H, Stoeckle M, Bucher HC, Fux C; Swiss HIV Cohort Study. The prevalence of erectile dysfunction and its association with antiretroviral therapy in HIV-infected men: the Swiss HIV Cohort Study. *Antivir Ther*. (2013) 18: 337-344.

10- Celesia BM, et. al. High prevalence of undiagnosed anxiety symptoms among HIV-positive individuals on cART: a cross-sectional study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* (2013); 17: 2040-2046.

11- Trotta MP, et. al. Self-reported sexual dysfunction is frequent among HIV infected persons and is associated with suboptimal adherence to antiretrovirals. *AIDS Patient Care STDS* (2008); 22: 291-299.

12- Collazos J. Sexual dysfunction in the highly active antiretroviral therapy era. *AIDS Rev*. (2007) 9: 237-245.

13- Bernier, A. et. al. HIV seropositivity and sexuality: cessation of sexual relations among men and women living with HIV in five countries. *AIDS Care*. (2016)

14- Platteau, T., Nöstlinger, C., Schrooten, W., Kenyon, C., Lankveld, J. J. D. M., van Colebunders, R., & Group, the E. S. Sexual inactivity among men who have sex with men living with HIV in Europe. *International Journal of Sexual Health*. (2015) 27(2), 83–92.

15- Cabello-Santamaría, F., del Río, F. J., & Cabello-García. Validación del Cuestionario de Deseo Sexual y Aversión (DESEA). (2015) *Revista Internacional de Andrología*, 13 (espec congre), 28.

16- Del Río Olvera FJ, et al. Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey: Encuesta Revisada de Opinión Sexual. *Rev Int Androl*. 2013.

Tabla 1. Resultados del cuestionario EROS en función de la vía de transmisión.

	Vía trans sex y otras					
	Sin VIH		Sanguínea y Vertical		Sexual	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
Escala Deseo	8,56	2,26	8,33	2,55	8,70	2,07
Total EROS	96,85	14,66	77,20	26,00	94,76	19,21

Tabla 2. Prueba U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon en la escala Deseo y el total del cuestionario EROS.

Estadísticos de contraste^a

	Total EROS	Escala Deseo
U de Mann-Whitney	318,000	462,000
W de Wilcoxon	438,000	582,000
Z	-2,387	-,736
Sig. asintót. (bilateral)	,017	,462

“Taller de educación sexual”

“Sex education”

Salazar Bruque I¹, Jurado López AR²

1- Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Médica Sexóloga. Centro de salud Palma-Palmilla. Málaga. España.

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. España.

Correspondencia

Correo electrónico: irenesalazarbruque@hotmail.com

Teléfono de contacto: 629065924

Fecha de recepción: 22 de diciembre de 2019. **Fecha de aceptación:** 27 de diciembre de 2019

Palabras clave: Sexología. Educación sexual. Medicina comunitaria.

Keywords: Sexology. Sex education. Community medicine.

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

TALLER DE EDUCACIÓN SEXUAL:

El objetivo de este proyecto es la prevención y promoción de la educación afecto-sexual como principal finalidad, donde los principales problemas de la sociedad, tales como: la violencia de género, como el más común y menos reconocido atentado contra los derechos humanos, que se ejerce en todos los países y ámbitos y contra mujeres de cualquier raza, edad, religión o condición social; el riesgo de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual por no uso consistente de un método anticonceptivo adecuado a cada situación; problemas en cuanto a la aceptación de la orientación sexual e identidad de género; y problemas en las relaciones personales y sexuales y disfuncionalidad sexual.

Por esto, una educación sexual desde edades tempranas es necesaria para el desarrollo integral de la persona,

permitiéndonos disfrutar de la sexualidad de una manera adulta, sana y placentera. Con la educación sexual se busca aportar la formación, información, habilidades y los valores necesarios para que cada uno sea capaz de hacerse responsable de su propia sexualidad, incluyendo la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia sexualidad dentro del contexto de la ética personal, social, así como la capacidad de controlar y disfrutar nuestros cuerpos.

En definitiva, un programa de educación sexual debe promover el desarrollo integral de las personas:

- Ayudando a valorar el propio cuerpo y expresar la propia sexualidad, el amor y la intimidad de forma apropiada.
- Enseñando a mantener relaciones adecuadas y respetuosas con personas de ambos géneros, evitando ser explotados emocionalmente, lo que

resulta muy importante en la prevención de los casos de abuso o violencia.

- Concienciando sobre la necesidad de respetar los sistemas de valores de otras personas, entendiendo las relaciones sexuales como algo consensuado, placentero y no explotador.
- Potenciando la comunicación crítica con la familia, amistades y la pareja, y favoreciendo el desarrollo de una visión crítica sobre la información recibida.
- Haciéndoles responsables de sus propias elecciones y comportamientos, potenciando la toma de decisiones razonada.

PLAN DE TRABAJO:

Los talleres consistirán en 4 sesiones interactivas de 45-60min cada una, mediante técnicas dinámicas y participativas.

Los talleres irán dirigidos a estudiantes de 1º y 2º de la ESO, alumnos de entre 12 y 14 años.

Será 1 taller por semana para cada curso, en total dos días a la semana. Serán impartidos los martes (a 3º ESO) y los jueves (a 4º ESO), ambos en horario de 13.00 a 14.00h (opcional tanto el día como el horario, según disponibilidad del centro educativo).

La duración total del taller será de un mes.

Durante los talleres con los alumnos/as, en primer lugar, habrá un resumen breve de conocimientos básicos de la sexualidad humana, posteriormente se trabajará en relación a las actitudes y creencias que favorecen las relaciones de control y abuso de poder, como los celos, el control a través de redes sociales o las ideas distorsionadas en torno al amor, pondremos algunos ejemplos de machismos/micro-machismos presentes en nuestra sociedad. Debatiremos de forma crítica la percepción que tienen sobre la violencia de género en su edad, sus criterios de normalidad. Promoveremos la eliminación de mitos sobre las relaciones afectivas y sexuales. Daremos a conocer los principales métodos anticonceptivos recomendables a su edad. Analizaremos y promoveremos la flexibilidad

de los roles de mujeres y hombres, realizando un análisis crítico de los estereotipos sexistas. Por último, pondremos varios casos donde los alumnos/as se sientan representados y en forma de debate, ver cómo actuarían en cada una de las situaciones.

A continuación, iré explicando detalladamente lo que se realizará en cada día del taller:

1. Día uno: “EMPECEMOS”

Los objetivos que pretendo conseguir con el material impartido durante el primer día son:

- Obtener conocimientos básicos sobre la sexualidad humana.

La duración del primer día del taller será de unos 45 minutos aproximadamente.

Posteriormente, iré describiendo uno a uno, por orden, los pasos a seguir:

- En primer lugar, repartiré papelitos donde de forma anónima, la gente irá escribiendo sus propias dudas y miedos con respecto a lo que ellos consideran importante dentro de la sexualidad.
- Explicar concepto de salud sexual
- Breve explicación de anatomía básica tanto femenina como masculina.
- Menstruación como proceso natural.
- Modelos de respuesta sexual basándome en el modelo de master y Johnson como modelo de Respuesta sexual masculina (figura I) y en el modelo de Mas como modelo de Respuesta sexual femenina (figura II).
- Desgenitalización de la sexualidad.
- Tiempo para posibles dudas o comentarios que hayan surgido con respecto a ese día.
- 5-10 minutos para realización de debate interactivo con todos los participantes.

2. Día dos: “EL GRAN PROBLEMA”

Los objetivos que pretendo conseguir con el material impartido durante el segundo día son:

- Conseguir una sexualidad respetuosa.
- Reflexión del grupo sobre los mecanismos que generan la violencia de género
- Aumentar el pensamiento crítico sobre las actitudes sanas en las relaciones afectivas
- Reconocer indicadores de dominio y control en las relaciones

La duración del segundo día del taller será de unos 60 minutos aproximadamente.

Posteriormente, iré describiendo uno a uno, por orden, los pasos a seguir:

- Videoclips de la canción de “La puerta violeta” de Rozalén
- Preguntar al grupo cuál es el tema principal que trata la canción, apuntando las ideas que vayan surgiendo en la pizarra.
- Preguntar qué entienden por violencia de género.
- Definición de violencia de género.
- Explicación a modo de historia la escalera cíclica de la violencia de género tal y como cuenta Carmen Ruiz Repollo con la historia de “Pepa y Pepe”.
- Poner imágenes de aplicación para el móvil Li@dos (app realizada por la Universidad de Valencia, que mediante un juego modo trivial, trata de identificar el sexismo y los mitos del amor romántico. El objetivo final es empoderar a los adolescentes y favorecer relaciones de pareja saludables, reconduciendo aquellas dinámicas que pudieran generar riesgos y comportamientos violentos) haciendo que los alumnos interacciones con las mismas.
- Vídeo sobre actitudes machistas y que sean los propios alumnos quienes intenten detectar las actitudes machistas.
- Tiempo para posibles preguntas.
5-10 minutos para realización de debate interactivo con todos los participantes.

3. Día tres: “DIVERSIDAD”

Los objetivos que pretendo conseguir con el material impartido durante el tercer día son:

- Conseguir una sexualidad respetuosa.
- Educación en la diversidad sexual

La duración del tercer día del taller será de unos 45 minutos aproximadamente.

Posteriormente, iré describiendo uno a uno, por orden, los pasos a seguir:

- Comenzar la clase con imagen de Angela Ponce y preguntar opiniones que surjan al ver la imagen.
- Video resumen de la vida de Angela como una de las chicas transgénero más conocidas en la actualidad.
- Explicación de diferencias entre: sexo, género, identidad de género y orientación sexual, junto con los tipos de orientación sexual.
- Tiempo para posibles preguntas.
- 5-10 minutos para realización de debate interactivo con todos los participantes.

4. Día cuatro: “PREVENCIÓN”

Los objetivos que pretendo conseguir con el material impartido durante el cuarto día son:

- Conocer y gestionar las opciones anticonceptivas recomendables a su edad.
Sexualidad segura, evitando ITS y embarazos no deseados.

La duración del cuarto día del taller será de unos 45 minutos aproximadamente.

Posteriormente, iré describiendo uno a uno, por orden, los pasos a seguir:

- El taller comenzará con una serie de casos en los que los participantes se puedan sentir identificados y ver cómo actuarían en cada uno de ellos.
- Breve charla sobre los tipos de anticonceptivos existentes junto sus principales características y modo de utilización.
- Resumen de las ITS más frecuentes.
- Tiempo para posibles preguntas.
- 5-10 minutos para realización de debate interactivo con todos los participantes.

Por último, sacaremos los papelitos escritos el primer día intentando resolver las dudas y comentando entre todos los temas que vayan apareciendo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Steinauer J. (2019). Overview of pregnancy termination. En Barbieri RL (Ed.), Uptodate. Recuperado en Dic 2019, desde: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-pregnancy-termination?search=aborto&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Ghanem KG, Tuddenham S. (2019). Screening for sexually transmitted infections. En Marrazzo J (Ed.), Uptodate. Recuperado en Dic 2019, desde: <https://www.uptodate.com/contents/screening>

[-for-sexually-transmitted-infections?search=its&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/screening-for-sexually-transmitted-infections?search=its&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

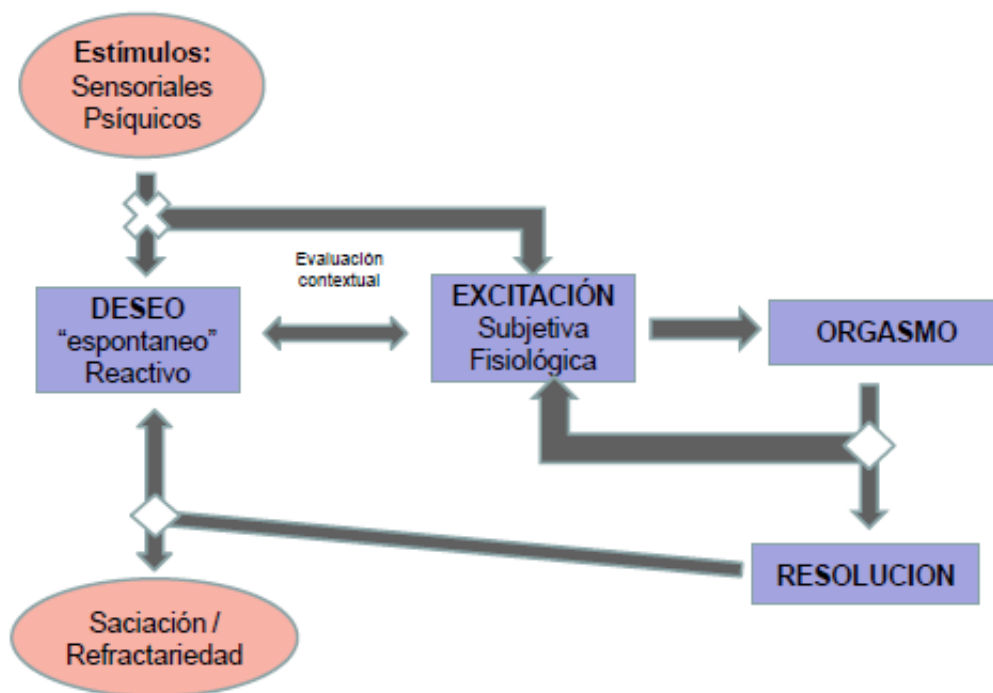
3. Turok D. (2019). Emergency contraception. En Schreiber CA (Ed.), Uptodate. Recuperado en Dic 2019, desde: https://www.uptodate.com/contents/emergency-contraception?search=emergency%20contraception&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
4. Borrel Martínez JM, Díaz Franco A, Herrera Puente A, Sánchez Bursón L, Sanmartín Sánchez E. Guía de buena práctica clínica en Infecciones de transmisión sexual. Madrid: OMC, IMC; 2011.
5. <https://play.google.com/store/apps/details?id=es.uv.artec.Liados>

FIGURAS

I. MODELO DE RESPUESTA SEXUAL SEGUN MASTER Y JOHNSON:



II. MODELO DE RESPUESTA SEXUAL FEMENINA SEGUN MAS:



“No tengo ganas de nada” ... ¿Eran necesarios cinco años para afrontar el problema?

“I do not feel like doing anything” ... Were five years necessary to deal with the problem?

Torralba López M¹, Martín Ayuso S², Garriga Badía A^{1,3}

1- Médica de Familia. Centro de Atención Primaria Igualada Nord. Igualada. Barcelona. España.

2- Doctor en Medicina. GT Atención a la mujer. Semergen. España.

3- Directora Centro de Atención Primaria Igualada Nord. Igualada. Barcelona. España.

Correspondencia

Matilde Torralba López

Centro Atención Primaria Igualda Nord

Calle Bélgica, 5

08700-Igualada (Barcelona)

Correo electrónico: 22906mtl@comb.cat

Fecha de recepción: 22 de junio de 2018. **Fecha de aceptación:** 2 de mayo de 2019

Palabras clave: Cáncer de mama. Menopausia quirúrgica. Autoestima. Terapia de pareja. Sexualidad.

Keywords: Breast neoplasms. Menopause premature. Self concept. Couple therapy. Sexual behavior.

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

ANAMNESIS:

Primera visita de una mujer de 41 años, conocida como pareja de un paciente.

Sin antecedentes familiares de interés.

Hace cinco años cuadrantectomía mamaria con vaciado ganglionar por carcinoma ductal in situ.

Dos meses después ooforectomía bilateral por quistes endometriósicos ováricos.

Actualmente:

- se siente deforme, “no tiene ganas de nada”.
- casada, sin hijos, relación con su marido “muy correcta”.
- buena red social, trabajo satisfactorio.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Presenta buen aspecto y arreglada.

Test de Goldberg negativo para ansiedad y depresión.

Preguntada por la relación de pareja, contesta abiertamente que hace cinco años que no tiene relaciones sexuales, por verse deforme y muy poco atractiva. La conversación empieza a incomodarla y acordamos aplazarla.

Cuando vuelve comenta que:

- Con su pareja está bien; relación de cariño: únicamente abrazos y besos.

- Ella recibe placer con masturbación solitaria.
- No imagina otro tipo de relación de pareja, aunque le gustaría que fuera diferente, pero no sabe cómo hablarlo.

DIAGNÓSTICO:

Problemas de sexualidad en pareja por su autoimagen y miedo al coito.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN:

Se ofrece cirugía mamaria reparadora, tratamiento sintomático genital, terapia psicológica para ella y consejo sexológico de pareja.

Pide tiempo para decidir.

DISCUSIÓN:

Este caso nos sugiere varias preguntas:

- ¿Es éste un tema para atención primaria?
 - Sí, pues la salud sexual forma parte de la calidad de vida y de la salud total.
- ¿Cómo afrontarlo?
 - Como médicos de familia, hemos de tener información y formación

acerca de todos los aspectos de la salud de nuestros pacientes.

- Hemos de saber a quién consultar o derivar cuando nos faltan el conocimiento o el tiempo necesarios.
- ¿Se podría hacer algo más para prevenir estos problemas?
 - Es imprescindible el trabajo multidisciplinar y la revisión y mejora de los protocolos de información al paciente (incluido el consentimiento informado).

BIBLIOGRAFÍA:

American Cancer Society [internet]. Atlanta: cancer.org; c2018 [actualizado 23 Ago 2017; citado 11 Feb 2018]. Imagen corporal y sexualidad después del cáncer de seno. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/la-vida-como-una-sobreviviente-de-cancer-de-seno/imagen-corporal-y-sexualidad-despues-del-cancer-de-seno.html>

Diabetes Mellitus y disfunciones sexuales femeninas

Diabetes Mellitus and female sexual dysfunction

Ferrández infante A¹, Mendoza Ladron de Guevara N², San Martín Blanco C³, Jurado López AR⁴

1- Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Sexología Médica por la Universidad Europea del Atlántico. Centro de Salud Guadarrama. Guadarrama. Madrid. España.

2- Catedrático de Universidad. Director del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Granada. Granada. España.

3- 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. España.

4- 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. España.

Correspondencia

Antonio Ferrández Infante

Dirección electrónica: aferrandezinfante@gmail.com

Fecha de recepción: 2 de abril de 2019. **Fecha de aceptación:** 2 de noviembre de 2019

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

INTRODUCCIÓN

Alrededor de 415 millones de personas en todo el mundo padecen diabetes mellitus (DM) (9% de los adultos), y la gran mayoría vive en países de bajos y medianos ingresos. Durante la próxima década, se prevé que este número aumentará a 642 millones de personas. Dado que la diabetes es una causa importante de mortalidad, morbilidad y gastos de atención médica, abordar esta enfermedad crónica representa uno de los mayores desafíos mundiales de salud de nuestro tiempo¹.

La DM se ha relacionado con una amplia variedad de problemas médicos y psicológicos, entre los que se encuentran las disfunciones sexuales². En los hombres está clara la relación entre DM y disfunción eréctil

(DE). Numerosos estudios han demostrado que los varones diabéticos presentan un mayor riesgo de padecer DE, que aparece a una edad más temprana³⁻⁷ que en los no diabéticos. Además, es un marcador del riesgo cardiovascular del diabético, puede ser un “síntoma centinela” de la enfermedad, y se relaciona con su duración, un control metabólico deficiente y la presencia de complicaciones diabéticas⁸.

Por el contrario, no está tan clara la asociación entre la DM y las disfunciones sexuales femeninas (DSF)⁹, a pesar de que desde principios de la década de 1980 se han publicado numerosas investigaciones originales¹⁰⁻²⁷ y revisiones²⁸⁻³¹ que han descrito la existencia de DSF en diabéticas¹⁰⁻³¹. No obstante, este hallazgo no es unánime,

ya que otros autores han sido incapaces de confirmar esta relación³²⁻³⁹.

También se han investigado factores de riesgo clínicos y metabólicos para DSF en diabéticas, como el mal control metabólico^{22,25}, la duración de la enfermedad^{19,24,32}, existencia de depresión^{11,20,21,23,25,27,33-37}, y presencia de complicaciones crónicas diabéticas^{21,32,35,37}.

Esta revisión tiene como objetivo analizar las disfunciones sexuales en la mujer diabética, definir los parámetros de la disfunción, describir su etiopatogenia, exponer los posibles factores de riesgo, y ofrecer estrategias basadas en la evidencia para su evaluación y tratamiento.

METODOLOGÍA. ESTRATEGIA DE LA BÚSQUEDA

Aunque no se ha seguido la metodología de las revisiones sistemáticas, en nuestra estrategia de búsqueda bibliográfica se han intentado evitar las referencias a capítulos de libros, artículos de opinión y revisiones narrativas, limitándonos a ensayos clínicos, estudios de observación y revisiones sistemáticas o metaanálisis.

La selección de las publicaciones se efectuó mediante la búsqueda en varias bases de datos (*ISI Web of Knowledge*, *Scopus*, *Embase*, *Cochrane data base*), eligiéndose los artículos en inglés, español, francés, italiano o portugués, en revistas revisadas por pares hasta diciembre del año 2017. Por si hubiese trabajos que se escaparan a la búsqueda de estas bases de datos, también se analizaron las referencias bibliográficas de las investigaciones más importantes.

PREVALENCIA

Las tasas de prevalencia de las DSF difieren en los distintos estudios en función de los criterios aplicados para su definición. A pesar de estas discrepancias, puede afirmarse que la prevalencia de las DSF es elevada (40-60%)⁴⁰⁻⁴³ y aumenta con la edad⁴⁴. Aunque los datos son escasos y desiguales, el trastorno de la excitación se ha observado en el 17% de las mujeres⁴⁵, sequedad vaginal en un 5-28%^{40,45,46}, trastornos del orgasmo en el 5%⁴⁷, y dispareunia (coito doloroso) en un 3-12%^{40,45-48}.

En resumen, a pesar de que existen resultados contradictorios, parece que las DSF afectan aproximadamente dos veces más a las mujeres diabéticas que a las no diabéticas^{2,49-53}, y tal afectación abarca todos los dominios de la función sexual incluidos en el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)⁵⁴: deseo, excitación, lubricación, orgasmo y dolor precedente o durante la relación sexual³⁰.

ETIOPATOGENIA

Aunque los datos disponibles son controvertidos y las vías patogénicas de los trastornos sexuales femeninos relacionados con la DM no están aún bien definidos, puede decirse que en la etiología de las DSF se combinan factores interpersonales, sociales, psicológicos y biológicos⁵⁵.

Los factores patogénicos de las DSF en diabéticas incluyen la hiperglucemia, infecciones, factores vasculares y neurológicos, y trastornos psicosociales. Sin embargo, los datos extraídos de los pocos estudios publicados son contradictorios^{2,29,49,56,57}.

Se ha formulado la hipótesis de que la hiperglucemia, al reducir la hidratación de las membranas mucosas -incluyendo las del tejido vaginal-, es capaz de empeorar la lubricación vaginal y por tanto, causar dispareunia. Además, la hiperglucemia se asocia a una mayor incidencia de infecciones genitourinarias, cuyos síntomas pueden generar angustia, y requieren tratamiento específico y abstinencia sexual, lo que puede conducir también a la dispareunia⁵⁸.

La respuesta sexual femenina normal requiere un sistema nervioso periférico y autónomo intacto para asegurar una interpretación y respuesta apropiada a los estímulos eróticos. La excitación sexual depende en gran medida del sistema nervioso simpático. Por otra parte, los neurotransmisores no-adrenérgicos no-colinérgicos (NANC), el polipéptido intestinal vasoactivo (VIP) y el óxido nítrico (NO), están involucrados en la relajación del músculo liso y en el incremento del flujo sanguíneo genital, y por lo tanto también influyen en la respuesta sexual femenina³⁰.

La DM causa un daño vascular y neurológico capaz de originar cambios

estructurales y funcionales en los genitales femeninos que pueden afectar a la respuesta sexual. En las últimas décadas, se han producido avances en la exploración de la hemodinámica básica y la neuro-regulación de la función sexual femenina, tanto en modelos animales como en humanos, que han permitido estudiar mejor cuáles son los efectos de la DM a este nivel. Los estudios en animales han indicado que la DM, al inducir cambios estructurales y funcionales en el tracto genital femenino, puede provocar una alteración de la excitación y la respuesta sexual orgásmica^{59,60}.

En un experimento en ratas de diabetes inducida por estreptozotocina, se demostró que la diabetes empeoró las respuestas de relajación del tejido vaginal a todos los sistemas transmisores estudiados - neuroestimulación eléctrica, cesión de NO, péptido relacionado con el gen de calcitonina (CGRP), norepinefrina y estimulación con campos eléctricos⁶¹. Otros estudios en ratas han indicado que la DM causa una disminución significativa del flujo sanguíneo de clítoris y vagina mediado por neuroestimulación, induce fibrosis difusa del clítoris y del tejido vaginal, y reduce el grosor de la capa muscular y el epitelio vaginal^{59,60,62}, lo que muy probablemente repercute en la respuesta sexual.

Ensayos clínicos en humanos que han empleado pletismografía vaginal para la medición objetiva de la excitación fisiológica, han obtenido como resultado una asociación entre la DM y la disminución de la lubricación vaginal^{52,63}. Además, se ha observado en mujeres con DM una sensibilidad vibratoria reducida en los genitales, aunque aún no está claro si este hallazgo afecta a la respuesta sexual⁵⁶.

Asimismo, la existencia de microangiopatía diabética puede conducir a una alteración en el flujo sanguíneo local capaz de inhibir la ingurgitación del clítoris y la lubricación de la vagina durante la excitación, lo que puede afectar al proceso de excitación y causar dispareunia durante la respuesta sexual^{59,62}. Además, la presencia de la neuropatía diabética puede tener efectos perjudiciales en la transducción normal de los

estímulos sexuales^{57,64}, y puede causar cambios en la pared vaginal y disfunción del suelo pélvico como resultado de un tono muscular debilitado, lo que suele resultar en trastornos de la excitación, orgásmicos y de dolor sexual.

En cuanto a influencia endocrinológica, se sabe que los estrógenos, la testosterona y la progesterona juegan un papel significativo en la función sexual femenina. Los estrógenos son importantes para el deseo sexual, pues facilitan el mantenimiento del epitelio de la mucosa, los umbrales sensoriales y el flujo sanguíneo en los genitales⁶⁵. Los andrógenos afectan al deseo, la excitación, el orgasmo y la sensación general de bienestar. La progesterona parece jugar un papel en la mejora de la receptividad a los estímulos eróticos⁶⁵.

Por ello, existen hipótesis sobre el papel que el desequilibrio hormonal asociado a la DM juega en la patogénesis de las DSF, avaladas por estudios epidemiológicos realizados en poblaciones diabéticas femeninas que han demostrado una correlación entre los trastornos del deseo y la excitación y las alteraciones en los niveles de andrógenos, estrógenos y globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG) en estas mujeres⁶⁶. Además, otras endocrinopatías que suelen acompañar a la DM -tiroidopatías, trastornos del eje hipotalámico-pituitario, y síndrome de ovario poliquístico- pueden propiciar la aparición de DSF⁹.

Por otra parte, la DM y sus complicaciones pueden dañar la salud, autoimagen, autoconfianza, relación de pareja, vida social y rutina diaria de la mujer, lo que pone en riesgo su rendimiento sexual⁶⁷.

Además, se han detectado más problemas sexuales en la DM tipo 2 en comparación con la DM tipo 1, una diferencia que puede ser explicada por la mayor edad y factores relacionados con la edad, como menopausia, enfermedades crónicas, presencia de complicaciones, y aumento de la prevalencia de depresión^{2,58,67,68,69}.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA A DIABÉTICAS CON DISFUNCIÓN SEXUAL

Para identificar si una mujer diabética padece DSF y prescribir el tratamiento apropiado se debe examinar su relación de pareja y estatus psicosocial, realizar una historia clínica médica y sexológica, y valorar enfermedades concomitantes y medicación actuales⁷⁰.

El médico debe evaluar la duración de la DM, el control glucémico, el índice de masa corporal (IMC), la presencia o ausencia de complicaciones diabéticas crónicas, el tratamiento farmacológico de la DM y el estado de ánimo⁶³.

Asimismo, deben prevenirse los episodios de hipoglucemia o el sobretratamiento, pues la excitación, juegos previos, relaciones sexuales, y el orgasmo son todas actividades que implican un gasto de energía, por lo que la hipoglucemia podría perjudicar la respuesta sexual.

APROXIMACIÓN TERAPÉUTICA A DIABÉTICAS CON DISFUNCIÓN SEXUAL

No hay pautas específicas para el tratamiento de las DSF en mujeres diabéticas. Debido a la gran cantidad de los factores que pueden conducir a la disfunción sexual en estas féminas, un tratamiento efectivo debe incluir psicoterapia y farmacoterapia en casi todos los casos, ambos aplicados por médicos capacitados. La farmacoterapia aplicada de forma aislada sin abordar los problemas psicosociales ha demostrado fracasar en los objetivos terapéuticos⁷¹. En general, puede decirse que la DSF de larga duración o que afecta las primeras fases de la respuesta sexual -deseo y excitación- responden menos al tratamiento. Esto implica que la anorgasmia es más fácil de manejar en comparación con los trastornos del interés y la excitación⁷².

El tratamiento de la depresión es crucial en las mujeres con DM y DSF, pero hay que utilizar fármacos efectivos que no perjudiquen la respuesta sexual⁶⁵.

Asimismo, la optimización del control glucémico resulta en una mejoría de los síntomas depresivos, que puede facilitar la

reducción de dosis o detención del tratamiento antidepressivo⁷³. Un adecuado control glucémico es de suma importancia para el tratamiento de las DSF en diabéticas, a quienes debe instarse al cumplimiento de su tratamiento antidiabético para asegurar un buen control glucémico y prevenir complicaciones. Además, los cambios en el estilo de vida que incluyen dieta equilibrada, ejercicio regular y control de peso corporal deben recomendarse no sólo para mejorar el control glucémico sino también porque mejoran por sí mismos la función sexual femenina⁷⁴.

La terapia hormonal con estrógenos puede emplearse como tratamiento de las DSF en la menopausia, pues mejora los parámetros de la función sexual en esta etapa al inducir la proliferación de la capa celular superficial de la mucosa vaginal, optimizar el pH y la elasticidad vaginal, y aumentar el flujo de sangre en la vagina para así estimular la lubricación⁷⁵. Sin embargo, antes de usar estrógenos, deben valorarse sus efectos colaterales, especialmente en diabéticas, por sus efectos en el perfil lipídico⁷⁶.

Aunque existen tratamientos farmacológicos para las DSF, aún no hay ninguno específico para las DSF en DM. Además, en el ámbito de la sexología médica hay un clamor actual generalizado de la necesidad de tratamientos más seguros y efectivos para los trastornos sexuales de las mujeres.

DISCUSIÓN

A diferencia de los estudios en hombres, hasta el momento no ha sido posible identificar claramente factores de riesgo específicos y las investigaciones en mujeres diabéticas han indicado pobre o nula asociación entre problemas sexuales y parámetros relacionados con la diabetes, cardiovasculares o metabólicos, como el control glucémico, duración de la DM, edad y uso de terapia hormonal³⁰.

Este contraste entre varones y féminas se explica por diversos factores: diferencias en los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, como la participación de distintos neurotransmisores en la respuesta sexual en hombres y mujeres, dificultades para evaluar

la excitación y congestión genital femenina, mayor influencia de los factores psicosociales y culturales en la sexualidad femenina, y mayor prevalencia y repercusión de la depresión en mujeres³⁰.

La revisión más completa y relevante desde el punto de vista de la medicina basada en la evidencia realizada hasta el momento es el trabajo publicado por Pontiroli et al², una revisión sistemática y metaanálisis de los estudios más relevantes sobre DM y DSF. En la meta-regresión, se analizó el tamaño del efecto de las DSF y el cuestionario FSFI en función de la edad, duración de la DM, control metabólico (HbA1c), menopausia, depresión, tamaño del estudio e IMC.

El principal hallazgo de este metaanálisis es que las DSF son más frecuentes en mujeres diabéticas que en mujeres control. Esta mayor frecuencia, sin embargo, no es unánime, siendo informada en la mayoría de los estudios¹⁰⁻³¹, pero no en otros estudios³²⁻³⁹. El riesgo de DSF es 2.27 y 2.49 en diabetes tipo 1 y en tipo 2, respectivamente, y es 2,02 cuando se considera "cualquier diabetes", es decir, los dos tipos de diabetes considerados juntos. La heterogeneidad en los resultados de los ensayos clínicos es elevada en los estudios en mujeres con DM tipo 1, y en los estudios en mujeres con "cualquier diabetes", no así en las investigaciones en mujeres diabéticas tipo 2.

Asimismo, las DSF resultan significativamente más frecuentes en mujeres diabéticas que en mujeres control, tanto en premenopáusicas como en pre-menopáusicas y posmenopáusicas consideradas juntas, pero no así en mujeres posmenopáusicas consideradas por separado. Además, las DSF son significativamente más frecuentes en mujeres diabéticas que en mujeres control para una duración de la DM mayor o menor de 10 años. Finalmente, la depresión resulta significativamente más frecuente en diabéticas que en mujeres control, pero en la metarregresión, el Beck Depression Inventory (BDI) no se asoció a DSF ni se correlacionó con la puntuación del FSFI.

Este resultado sobre la depresión y las DSF en diabéticas contrasta con la idea sostenida en revisiones anteriores³⁰, en las que La

depresión parece ser el factor de riesgo más claro para DSF en mujeres con DM, un grupo ya de por sí con una elevada incidencia de trastornos del ánimo⁷⁷, en el que varios estudios han sugerido que las DSF podría estar asociada a problemas psicológicos^{50,51,52,58,35,11}. Además, estos estudios también han revelado que mujeres diabéticas con DSF presentan el doble de síntomas depresivos que aquellas sin DSF. En estas mujeres, la depresión estaba relacionado no solo con la disminución del deseo sino también con trastorno de la excitación⁵⁰. Sin embargo, no conocemos ningún estudio que haya dilucidado si los problemas sexuales desaparecen cuando la depresión se trata en mujeres con DM.

Otro hallazgo interesante de la revisión de Pontiroli et al² es que la puntuación del FSFI es más baja en diabéticas que en mujeres control; este resultado, sin embargo, no es unánime, siendo informado en la mayoría de estudios^{17,20,22-25,27}, pero no en otros estudios^{33,34,36,39}. Aunque en relación al FSFI no se encontraron diferencias significativas para la menopausia o para la duración de la diabetes, existe una diferencia significativa entre mujeres con peso corporal normal y mujeres con IMC mayor de 24 kg/m².

Los dominios de FSFI se informan solo en unos pocos estudios; solo en "cualquier DM" todos los dominios son significativamente diferentes en diabéticas en comparación con el grupo control, y la heterogeneidad era alta en todos dominios; por lo tanto, parece prudente considerar la existencia de una tendencia de deterioro de todos los dominios del FSFI en la DM.

Todos los resultados, excepto la frecuencia de DSF en las mujeres con DM tipo 2 son heterogéneos, y esta heterogeneidad se evaluó mediante análisis de meta-regresión, en el que no se halló ninguna variable estadísticamente significativa, a excepción del IMC. Este hallazgo levanta la duda de atribuir la mayor frecuencia de DSF y la baja puntuación del FSFI a la obesidad, que se asocia por sí misma a una puntuación baja del FSFI^{22,78-79}, incluso independientemente de la DM. De hecho, la presencia de DSF ha sido descrita en el síndrome metabólico^{78,80}.

Las complicaciones diabéticas a largo plazo pueden perjudicar la calidad de vida sexual de las mujeres. Sin embargo, existe asociación con DSF en muy pocos estudios^{21,32,35,37} y no se detectó en otros^{10,11,15,16,19,21,34,38}. Aunque la presencia de neuropatía podría jugar un papel, la heterogeneidad en el procesamiento de los datos y las diferencias en las complicaciones diabéticas estudiadas, hacen imposible cualquier metaanálisis y cualquier meta-regresión al respecto^{22,36,38}.

La falta de asociación entre el tamaño muestral y la tasa de DSF o puntuación FSFI plantea la cuestión de heterogeneidad de las mujeres evaluadas en los diferentes estudios, y parece que los resultados de las investigaciones fueron heterogéneos debido a factores aún desconocidos. Algunas correlaciones tuvieron significación estadística en estudios individuales, pero no en el metanálisis de Pontiroli et al²; esto indica que el peso de estas correlaciones no puede generalizarse aún. Desde el punto de vista práctico, este hallazgo sugiere que no hay un tamaño de muestra que asegure que haya diferencias de prevalencia de DSF entre mujeres diabéticas y control o que el FSFI sea más bajo en mujeres diabéticas que en mujeres control. Además, hay una necesidad de describir mejor a las mujeres estudiadas y de diseñar nuevas investigaciones dirigidas a encontrar nuevas correlaciones entre DSF e IMC, tipo de obesidad (visceral o subcutánea), presencia o ausencia de depresión, presencia y tipo de complicaciones diabéticas, resistencia a la insulina, inflamación subclínica, y aspectos funcionales de los sistemas nervioso y cardiovascular. Finalmente, se necesita evaluar el posible papel de las DSF como factores de riesgo cardiovascular independientes⁸¹.

CONCLUSIONES

Las evidencias demuestran que las DSF son más frecuentes y están asociadas con una puntuación más baja de FSFI en diabéticas que en mujeres control. Además, las DSF son más evidentes en premenopáusicas que en menopáusicas, y una baja puntuación de FSFI se asocia con un IMC alto².

La DM parece perjudicar el funcionamiento sexual normal de las mujeres. Sin embargo, sigue sin estar claro qué dominio del ciclo sexual es el más afectado en mujeres con DM, cuáles son los mecanismos mediante los que la DM daña la función sexual, y la verdadera importancia de los factores de riesgo relacionados con la DM en la etiopatogenia de DSF.

Los médicos deberían estar alerta de esta realidad, y abordar la esfera sexual siempre que valoren a una diabética. Para ello deben formarse y entrenarse en evaluar la función sexual de la mujer con el fin de poder identificar los diversos trastornos y así manejarlos de forma específica con un enfoque adecuado, y derivarlos a un especialista en sexología si procede. El tratamiento para las disfunciones sexuales de las mujeres diabéticas incluye cambios en el estilo de vida, control diabético óptimo, psicoterapia, y farmacoterapia seleccionada apropiadamente.

La presencia de DSF en mujeres diabéticas todavía no está bien entendida, y las correlaciones clínicas y metabólicas investigadas hasta ahora no explican su naturaleza de forma satisfactoria. Existen dos posibles razones de la heterogeneidad de los resultados de las investigaciones realizadas hasta el momento actual: pequeño tamaño muestral en la mayoría de los estudios y posible influencia de factores de confusión, en especial la obesidad y quizá también la depresión, también asociadas *per sé* a DSF. Por ello, se requiere una mayor casuística para confirmar o desafiar la idea de la DM como factor de riesgo de DSF, así como para clarificar los aspectos que determinan su aparición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jaacks LM, Siegel KR, Gujral UP, Narayan KM. Type 2 diabetes: A 21st century epidemic. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2016; 30(3):331-43.
2. Pontiroli AE, Cortelazzi D, Morabito A. Female sexual dysfunction and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med* 2013; 10(4):1044-51.
3. Veves A, Webster L, Chen TF, Payne S, Boulton AJ. Aetiopathogenesis and

management of impotence in diabetic males: four years experience from a combined clinic. *Diabet Med* 1995; 12: 77-82.

4. McCulloch DK, Campbell IW, Wu FC, Prescott RJ, Clarke BF. The prevalence of diabetic impotence. *Diabetologia* 1980; 18: 279-283.

5. Close CF, Ryder RE. Impotence in diabetes mellitus. *Diabetes Metab Rev* 1995; 11: 279-285.

6. Webster L. Management of sexual problems in diabetic patients. *Br J Hosp Med* 1994; 51: 465-468.

7. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151: 54-61.

8. Fedele D, Bortolotti A, Coscelli C, et al. Erectile dysfunction in type 1 and type 2 diabetics in Italy. On behalf of Gruppo Italiano Studio Deficit Erettile nei Diabetici. *Int J Epidemiol* 2000; 29: 524-531.

9. Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, Basson R. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet* 2007; 369: 597-611.

10. Tyrer G, Steel JM, Ewing DJ, Bancroft J, Warner P, Clarke BF. Sexual responsiveness in diabetic women. *Diabetologia* 1983; 24:166-71.

11. Newman AS, Bertelson AD. Sexual dysfunction in diabetic women. *J Behav Med* 1986; 9:261-70.

12. Schreiner-Engel P, Schiavi RC, Vitorisz D, Smith H. The differential impact of diabetes type on female sexuality. *J Psychosom Res* 1987; 31:23-33.

13. Schiel R, Muller UA. Prevalence of sexual disorders in a selection-free diabetic population (JEVIN). *Diabetes Res Clin Pract* 1999; 44:115-21.

14. Basson R, Rucker B, Laird P, Conry R. Sexuality of women with diabetes. *J Sex Reprod Med* 2001; 1:11-20.

15. Erol B, Tefekli A, Ozbey I, Salman F, Dincag N, Kadioglu A, Tellaloglu S. Sexual dysfunction in type II diabetic females: A comparative study. *J Sex Marital Ther* 2002; 28(suppl 1):55-62.

16. Enzlin P, Mathieu C, Van Den Briel A, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 409-14.

17. Doruk H, Akbay E, Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Acar D. Effect of diabetes mellitus on female sexual function and risk factors. *Arch Androl* 2005; 51:1-6.

18. Caruso S, Rugolo S, Mirabella D, Intelisano G, Di Mari L, Cianci A. Changes in clitoral blood flow in premenopausal women affected by type 1 diabetes after single 100-mg administration of sildenafil. *Urology* 2006; 68:161-5.

19. Olarinoye J, Olarinoye A. Determinants of sexual function among women with type 2 diabetes in a Nigerian population. *J Sex Med* 2008; 5:878-86.

20. Mezones-Holguin E, Blumel JE, Huezo M, Vargas R, Castro J, Cordova W, Valenzuela G, Castelo-Branco C. Impact of diabetes mellitus on the sexuality of Peruvian postmenopausal. *Gynecol Endocrinol* 2008; 24:470-4.

21. Enzlin P, Rosen R, Wiegel M, Brown J, Wessells H, Gatcomb P, Rutledge B, Chan KL, Cleary PA, DCCT/EDIC Research Group. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: Long-term findings from the DCCT/EDIC study cohort. *Diabetes Care* 2009; 32:780-5.

22. Veronelli A, Mauri C, Zecchini B, Peca MG, Turri O, Valitutti MT, dall'Asta C, Pontiroli AE. Sexual dysfunction is frequent in premenopausal women with diabetes, obesity, and hypothyroidism, and correlates with markers of increased cardiovascular risk. A preliminary report. *J Sex Med* 2009; 6:1561-8.

23. Nowosielski K, Drosdzol A, Sipiński A, Kowalczyk R, Skrzypulec V. Diabetes mellitus and sexuality—Does it really matter? *J Sex Med* 2010; 7:723-35.

24. Yencilek F, Attar R, Erol B, Narin R, Aydın H, Karateke A, Sarica K. Factors affecting sexual function in premenopausal age women with type 2 diabetes: A comprehensive study. *Fertil Steril* 2010; 94:1840-3.

25. Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, Giugliano F, Romano M, Giugliano D. Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *Int J Impot Res* 2010; 22:179–84.
26. Ziaei-Rad M, Vahdaninia M, Montazeri A. Sexual dysfunctions in patients with diabetes: A study from Iran. *Reprod Biol Endocrinol* 2010; 8:50–7.
27. Dimitropoulos K, Bargiota A, Mouzas O, Melekos M, Tzortzis V, Koukoulis G. Sexual functioning and distress among premenopausal women with uncomplicated type 1 diabetes. *J Sex Med* 2012; 9:1374–81.
28. Grandjean C, Moran B. The impact of diabetes mellitus on female sexual well-being. *Nurs Clin North Am* 2007; 42:581–92.
29. Giraldi A, Kristensen E. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *J Sex Res* 2010; 22:199–211.
30. Bargiota A, Dimitropoulos K, Tzortzis V, Koukoulis GN. Sexual dysfunction in diabetic women. *Hormones* 2011; 10: 196–206.
31. Fatemi SS, Tachavi SM. Evaluation of sexual function in women with type 2 diabetes mellitus. *Diab Vasc Dis Res* 2009; 6:38–9.
32. Abu Ali RM, Al Hajeri RM, Khader YS, Shegem NS, Ajlouni KM. Sexual dysfunction in Jordanian diabetic women. *Diabetes Care* 2008; 31:1580–1.
33. Wallner LP, Sarma AV, Kim C. Sexual functioning among women with and without diabetes in the Boston Area Community Health Study. *J Sex Med* 2010; 7:881–7.
34. Tagliabue M, Gottero C, Zuffranieri M, Negro M, Carletto S, Picci RL, Tomelini M, Bertaina S, Pucci E, Trento M, Ostacoli L. Sexual function in women with type 1 diabetes matched with a control group: Depressive and psychosocial aspects. *J Sex Med* 2011; 8:1694–700.
35. Leedom L, Feldman M, Procci W, Zeidler A. Symptoms of sexual dysfunction and depression in diabetic women. *J Diabet Complications* 1991; 5:38–41.
36. Ogbera AO, Chinenye S, Akinlade A, Eregie A, Awobusuyi J. Frequency and correlates of sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *J Sex Med* 2009; 6:3401–6.
37. Jensen SB. Sexual dysfunction in younger insulin-treated diabetic females. A comparative study. *Diabete Metab* 1985; 11: 278–82.
38. Campbell LV, Redelman MJ, Borkman M, McLay JG, Chisholm DJ. Factors in sexual dysfunction in diabetic female volunteer subjects. *Med J Aust* 1989; 151:550–2.
39. Salonia A, Lanzi R, Scavini M, Pontillo M, Gatti E, Petrella G, Licata G, Nappi RE, Bosi E, Briganti A, Rigatti P, Montorsi F. Sexual function and endocrine profile in fertile women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29:312–6.
40. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537–544.
41. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, et al. Epidemiology/ risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004; 1: 35–39.
42. Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Arch Sex Behav* 2001; 30: 177–219.
43. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 423.
44. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril* 2002; 77:Suppl 4: 42–48.
45. Cain VS, Johannes CB, Avis NE, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res* 2003; 40: 266–276.
46. Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer K. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18–74 year old Swedes. *Scand J Sexology* 2006; 2: 79–105.
47. Ventegodt S. Sex and the quality of life in Denmark. *Arch Sex Behav* 1998; 27: 295–307.
48. Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we

underestimated the prevalence of vulvodynia? *J Am Med Womens Assoc* 2003; 58: 82-88.

49. Enzlin P, Mathieu C, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Diabetes mellitus and female sexuality: a review of 25 years' research. *Diabet Med* 1998; 15: 809-815.

50. Enzlin P, Mathieu C, Van den Bruel A, et al. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: a controlled study. *Diabetes Care* 2002; 25: 672-677.

51. Enzlin P, Mathieu C, Van Den Bruel A, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 409-414.

52. Enzlin P, Rosen R, Wiegel M, et al. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: long-term findings from the DCCT/EDIC study cohort. *Diabetes Care* 2009; 32: 780-785.

53. Dimitropoulos K, Bargiota A, Zachos I, Koukoulis G, Melekos M, Tzortzis V. Sexual dysfunction in Greek women with type 1 diabetes: A comparative study. *J Sex Med* 2010; 7: supp 16: 452-453.

54. Basson R, Leiblum S, Brotto L, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003; 24: 221-229.

55. Berman JR. Physiology of female sexual function and dysfunction. *Int J Impot Res* 2005; 17 Suppl 1: S44-51.

56. Erol B, Tefekli A, Sanli O, et al. Does sexual dysfunction correlate with deterioration of somatic sensory system in diabetic women? *Int J Impot Res* 2003; 15: 198-202.

57. Duby JJ, Campbell RK, Setter SM, White JR, Rasmussen KA. Diabetic neuropathy: an intensive review. *Am J Health Syst Pharm* 2004; 61: 160-173; quiz 175-176.

58. Rockliffe-Fidler C, Kiemle G. Sexual function in diabetic women: A psychological perspective. *Sexual and Relationship Therapy* 2003; 18: 143.

59. Park K, Ahn K, Chang JS, et al. Diabetes induced alteration of clitoral hemodynamics and structure in the rabbit. *J Urol* 2002; 168: 1269-1272.

60. Park K, Ryu SB, Park YI, et al. Diabetes mellitus induces vaginal tissue fibrosis by TGF-beta 1 expression in the rat model. *J Sex Marital Ther* 2001; 27: 577-587.

61. Giraldi A, Persson K, Werkström V, et al. Effects of diabetes on neurotransmission in rat vaginal smooth muscle. *Int J Impot Res* 2001; 13: 58-66.

62. Kim NN, Stankovic M, Cushman TT, et al. Streptozotocin-induced diabetes in the rat is associated with changes in vaginal hemodynamics, morphology and biochemical markers. *BMC* 2006; *Physiol* 6:4.

63. Wincze JP, Albert A, Bansal S. Sexual arousal in diabetic females: physiological and self-report measures. *Arch Sex Behav* 1993; 22: 587-601.

64. Brown JS, Wessells H, Chancellor MB, et al. Urologic complications of diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 177-185.

65. Lorenz T, Rullo J, Faubion S. Antidepressant-Induced Female Sexual Dysfunction. *Mayo Clin Proc* 2016; 91(9):1280-6.

66. Feldhaus-Dahir M. The causes and prevalence of hypoactive sexual desire disorder: part I. *Urol Nurs* 2009; 29: 259-260, 263.

67. Schreiner-Engel P, Schiavi RC, Vietorisz D, Smith H. The differential impact of diabetes type on female sexuality. *J Psychosom Res* 1987; 31: 23-33.

68. Sarkadi A, Rosenqvist U. Intimacy and women with type 2 diabetes: an exploratory study using focus group interviews. *Diabetes Educ* 2003; 29: 641-652.

69. Eplov L, Giraldi A, Davidsen M, Garde K, Kamper-Jørgensen F. Sexual desire in a nationally representative Danish population. *J Sex Med* 2007; 4: 47-56.

70. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005; 172: 1327-1333.

71. Althof SE. What's new in sex therapy (CME). *J Sex Med* 2010; 7: 5-13; quiz 14-15.

72. Pasqualotto EB, Pasqualotto FF, Sobreiro BP, Lucon AM. Female sexual dysfunction: the important points to remember. *Clinics (Sao Paulo)* 2005; 60: 51-60.

73. Jovanovic L. Finally, it is our turn! *Diabetes Care* 2002; 25: 787-788.

74. Al-Azzawi F, Bitzer J, Brandenburg U, et al. Therapeutic options for postmenopausal female sexual dysfunction. *Climacteric* 2010; 13: 103-120.

75. Wylie K, Malik F. Review of drug treatment for female sexual dysfunction. *Int J STD AIDS* 2009; 20: 671-674.

76. Stevenson JC. Type and route of estrogen administration. *Climacteric* 2009; 12: Suppl 1: 86-90.

77. Schram MT, Baan CA, Pouwer F. Depression and quality of life in patients with diabetes: a systematic review from the European depression in diabetes (EDID) research consortium. *Curr Diabetes Rev* 2009; 5: 112-119.

78. Esposito K, Ciotola M, Marfella R, Di Tommaso D, Cobellis L, Giugliano D. The metabolic syndrome: A cause of sexual

dysfunction in women. *Int J Impot Res* 2005; 17:224-6.

79. Castellini G, Mannucci E, Mazzei C, Lo Sauro C, Faravelli C, Rotella CM, Maggi M, Ricca V. Sexual function in obese women with and without binge eating disorder. *J Sex Med* 2010; 7:3969-78.

80. Martelli V, Valisella S, Moscatiello S, Matteucci C, Lantadilla C, Costantino A, Pelusi G, Marchesini G, Meriggiola MC. Prevalence of sexual dysfunction among postmenopausal women with and without metabolic syndrome. *J Sex Med* 2012; 9:434-41.

81. Miner M, Esposito K, Guay A, Montorsi P, Goldstein I. Cardiometabolic risk and female sexual health: The Princeton III summary. *J Sex Med* 2012; 9:641-51.

Hipersexualidad versus trastorno de conducta sexual compulsiva (TCSC)

Hipersexuality versus Compulsive sexual behaviour disorder (CSBD).

Navarro-Cremades F¹, Hernández Serrano R², Parra Colmenares A³, Bianco Colmenares F², Berenguer Soler M⁴, Villa Aranda S⁴, Montejo González AL⁵, Hurtado-Murillo F⁶

1- Universidad Miguel Hernández (Cátedra de investigación). Academia Internacional de Sexología Médica. España.

2- Academia Internacional de Sexología Médica. Venezuela.

3- Unidad de Educación y Terapias Sexuales (UTES). Caracas. Venezuela-

4- Universidad Miguel Hernández (Estudiante de grado). España.

5- Universidad de Salamanca. Academia Internacional de Sexología Médica. España.

6- Centro de Salud Sexual y Reproductiva "Fuente San Luis". Unidad de referencia de Identidad de Género. Unidad de referencia para la reconstrucción genital de mujeres con mutilación genital. Departamento Valencia Doctor Peset. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. España.

Correspondencia

Felipe Navarro Cremades

Dirección electrónica: fenacr@gmail.com

Fecha de recepción: 4 de diciembre de 2019. **Fecha de aceptación:** 18 de diciembre de 2019

Se presenta aquí el texto-síntesis de dos presentaciones en simposios en recientes congresos mundiales en su tenor original: Ponencias en el WCP de Lisboa, agosto 2019 y WAS WC en México, octubre 2019). Presentados en dichos foros por Rubén Hernández en Lisboa y, con la colaboración de Fernando Bianco, en México.

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

Hypersexuality is characterized by intrusive fantasies and thoughts regarding sex, excessive sexual behaviours, and the inability to control one's own sexuality, resulting in an impairment of relational and social life.

Hypersexuality includes: excess of sexual activities, the obsession toward sex and its consequences.

Hypersexual behaviours include excess of: compulsive masturbation, pornography, sexual behaviour with consenting adults, cybersex or telephone sex use and strip clubs

attendance (Ciocca G, 2018) (Kaplan MS, 2010)

Kafka MP (2010) proposed the criteria to detect hypersexuality: Epidemiological as well as clinical evidence are suggesting that non paraphilic "excesses" of sexual behavior (i.e., hypersexual behaviors and disorders) can be accompanied by both: clinically significant personal distress and social and medical morbidity (Kafka MP, 2010).

Hypersexual Disorder is conceptualized as primarily a nonparaphilic sexual desire

disorder with an impulsivity component (Kafka MP, 2010).

Specific polythetic diagnostic criteria, as well as behavioral specifiers, are proposed, intended to integrate empirically based contributions from various putative pathophysiological perspectives, including: dysregulation of sexual arousal and desire, sexual impulsivity, sexual addiction, and sexual compulsivity (Kafka MP, 2010).

Compulsive Sexual Behavior (CSB) has also been variously described as hypersexual behavior, sexual impulsivity, sexual compulsivity, and sex addiction (Kafka MP, 2010).

Immediately some papers against this proposal of hypersexuality disorder were published, e.g. criticizing it as unnecessary and harmful (Halpern AL, 2011).

Problematic hypersexuality is referred as compulsive sexual behavior (CSB), such behavior has also been variously described as hypersexual behavior, sexual impulsivity, sexual compulsivity, and sex addiction.

(Kafka MP, 2010) (Kraus SW, 2018) (Rosenberg KP, 2014) (Walton MT, 2018)

Theories of hypersexuality, main (selected ones): Compulsivity model, with parallelism with the phenomenology of obsessive-compulsive disorder (OCD).

Impulsivity model: impulse dyscontrol. Addiction model, with parallelism between hypersexuality and the common addictive disorders (Ciocca G, 2018) (Potenza MN, 2017) (Stein DJ, 2018) (Efraty Y, 2019).

The American Psychiatric Association (APA) still does not include this condition as a category of mental disorder. DSM-5 does not include hypersexuality as a psychopathological category in se (Kraus SW, 2018) (Ciocca G, 2018).

In some people this behavior can be associated a less condom use and an increased TSI risk (WHO, 2019).

Compulsive sexual behaviour disorder (CSBD) ICD-11:

ICD-11 describes hypersexuality as a compulsive sexual behaviour disorder (CSBD); the only conditions to be excluded

when diagnosing CSBD are paraphilic disorders; specification concerning the terminology: hypersexuality or hypersexual disorder is better defined as CSBD (Ciocca G, 2018) (WHO, 2018).

Comorbidity versus Differential diagnosis: Differential diagnosis, to distinguish hypersexuality/CSBD from paraphilic disorders. OCD. Other medical conditions, neuropsychiatric diseases, neurodegenerative disorders and from iatrogenic effects of some medications

The hypersexual behaviour can be considered a manifestation of those primary diagnoses as a first episode of psychosis, an iatrogenic effect of Parkinson's therapy, following dopaminergic therapy

If hypersexuality is not better accounted for by another mental disorder it could be considered a category per se (Ciocca G, 2018, adapted).

Compulsive sexual behaviour disorder (CSBD) is characterized by a persistent pattern of failure to control intense repetitive sexual impulses or urges, resulting in repetitive sexual behaviour over an extended period (e.g., six months or more) that causes marked distress or impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning (Kraus SW, 2018).

CSBD Possible manifestations of the persistent pattern include:

- 1 repetitive sexual activities becoming a central focus of the individual's life to the point of neglecting health and personal care or other interests, activities and responsibilities;

- 2 the individual making numerous unsuccessful efforts to control or significantly reduce the repetitive sexual behaviour;

- 3 the individual continuing to engage in repetitive sexual behaviour despite adverse consequences such as repeated relationship disruption; and

- 4 the individual continuing to engage in repetitive sexual behaviour even when he or she no longer derives any satisfaction from it (Kraus SW, 2018).

CSBD ICD-11 inclusion in the ICD-11 impulse control disorders.

Although this category phenomenologically resembles substance dependence,

it is included in the ICD-11 impulse control disorders section in recognition of the lack of definitive information on whether the processes involved in the development and maintenance of the disorder are equivalent to those observed in substance use disorders and behavioural addictions.

Its inclusion in the ICD-11 will help to address unmet needs of treatment seeking patients as well as possibly reducing shame and guilt associated with help seeking among distressed individuals (Reed GM, 2019) (Kraus SW, 2018).

Compulsive Sexual Behavior Disorder. From Fuss J (2019) "Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health" results:

CSBD received the highest number of submissions of all mental disorders (N=47), but often from the same individuals (N=14).

The introduction of this diagnostic category has been passionately debated and comments on the ICD-11 definition recapitulated ongoing polarization in the field.

Submissions included antagonistic comments among commenters,

One group expressed support (20%) and considered that there is sufficient evidence (20%) for inclusion; the other strongly opposed inclusion (28%).

Both groups cited neuroscientific evidence (35%) to support their arguments.

Few commenters proposed actual changes to the definition (4%). (Fuss J, 2019)

Nosological questions such as conceptualization of the condition are discussed as: impulsivity, compulsivity, behavioural addiction or expression of normal behavior. (Fuss J, 2019) (Walton MT, 2018) (Potenza MN, 2017) (Stein DJ, 2018) (Efraty Y, 2019)

CSBD is classified on ICD-11 as impulse control disorder.

The WHO believes that the inclusion of this new category is important for a legitimate clinical population to receive services.

Concerns about overpathologizing are addressed in the CDDG, but this guidance

does not appear in the brief definitions available to beta platform commenters (Fuss J, 2019) (Kraus SW, 2018).

ICD-11. WHO released It on 18 June 2018. This release is an advance preview that will allow countries to plan how to use the new version, prepare translations, and train health professionals all over the country.

The new ICD also includes new chapters as one on sexual health.

ICD-11 was presented at the World Health Assembly in May 2019 for adoption by Member States, and will come into effect for the Members on 1 January 2022 (WHO, 2018).

Appendix

Final selected comments from the presenters:

Compulsive sexual behavior is a clinical extensive framework characterized by Sexual Function Dependency, with a craving behavior for no consensual sexual activities, with or without guilt feelings, and a clear Abstinence Syndrome, which produces clear consequences in Life Quality, and social repercussions.

Currently we have a big issue in stigmatization of people, without opportunity for legal defense.

References, selected ones

Ciocca G, et al: Hypersexuality: the controversial mismatch of the psychiatric diagnosis. *Journal of psychopathology*. 2018; 24:187-191

Efrati Y, Shukron O, Robert Epstein R. Compulsive sexual behavior and sexual offending: Differences in cognitive schemas, sensation seeking, and impulsivity. *J Behav Addict*. 2019 Sep 1;8(3):432-441. doi: 10.1556/2006.8.2019.36.

Fuss J, Lemay K, Stein DJ, Briken P, Jakob R, Reed GM, Kogan CS. Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. *World Psychiatry*. 2019 Jun;18(2):233-235. doi: 10.1002/wps.20635.

Halpern AL. The proposed diagnosis of hypersexual disorder for inclusion in DSM-5: unnecessary and harmful. *Arch Sex Behav*. 2011 Jun;40(3):487-8

Kafka, MP. Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav.* 2010; 39:377–400.

Kaplan MS, Krueger RB. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *J Sex Res*, 2010;47(2):181–198

Kraus SW, Krueger RB, Briken P, First MB, Stein DJ, Kaplan, MS, ... Reed G M. et al. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry* 2018; 17:109-10.

Potenza MN, Gola M, Voon V, Kor A, Kraus SW. Is excessive sexual behaviour an addictive disorder? *Lancet Psychiatry* 2017; 4:663-4.

Reed GM, First MB, Kogan CS, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* 2019 Feb; 18:3–19

Rosenberg KP, CarnesP, O'Connor S. Evaluation and treatment of sex addiction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2014;40:77–91.

Stein DJ, Billieux J, Bowden-Jones H et al. Balancing validity, utility and public health considerations in disorders due to addictive behaviours. *World Psychiatry* 2018; 17:363-4.

Walton MT, Bhullar N. Compulsive Sexual Behavior as an Impulse Control Disorder: Awaiting Field Studies Data. *Arch Sex Behav.* 2018; 47:1327. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1200-0>

Walton MT, Cantor JM, Bhullar N, Lykins AD. Hypersexuality: A Critical Review and Introduction to the "Sexhavior Cycle". *Arch Sex Behav.* 2017 Nov;46(8):2231-2251. doi: 10.1007/s10508-017-0991-8.

WHO, 2018. International Classification of Diseases (ICD-11). 2018 (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1630268048>). (Accessed: August, 07/2019)

WHO, 2019. <https://www.who.int/hiv/pub/condoms/statement/en/> (Accessed: August, 02/2019)

LA REGENTA

Félix López Sánchez

Catedrático de Psicología de la sexualidad

Universidad de Salamanca (España)

Correspondencia

Correo electrónico: flopez@usal.es

1.- Contexto.

En una ciudad, Vetusta (sustituto del verdadero nombre, Oviedo), por entonces, provinciana, sucia y pobre, escribe Clarín La Regenta, una de las obras mejores de la literatura castellana.

Estábamos en la segunda mitad del siglo XIX, periodo donde liberales y conservadores luchan por el poder, con revoluciones y restauraciones de la monarquía. A pesar del peso de los liberales, todas las estructuras, valores y formas de vida eran conservadoras.

Un conservadurismo clerical, en el que la Iglesia, el papado, los obispos, magistrales, canónigos, curas y todo tipo de frailes y monjas tenían una red que llegaba a todas partes, adoctrinando y confesando a la mayor parte de la población, dominándola con los secretos de confesión. “Los conventos ocupaban casi la mitad del terreno de la ciudad” (pág. 17), nos cuenta Clarín.

Las personas liberales, si eran revolucionarias y ateas, como el padre de La Regenta, eran mal vistos y rechazados por los conservadores. Aunque no todos los liberales eran tan radicales y consecuentes como el padre de la regenta. Los jefes de ambos partidos, no solo se toleraban, sino que sabían apoyarse el uno al otro, protegiéndose y dándose beneficios. Álvaro Mesías, el presidente del partido liberal en Vetusta, por ejemplo, era muy político y nada radical, sabiendo obtener lo mejor, tanto cuando gobernaban en España los Conservadores,

como los Liberales; un don Juan en las relaciones con las mujeres y también en la política.

También había personas con ideas y conductas aparentemente contradictorias en su vida personal: conservadoras y libertinas, liberales y religiosas, como sigue ocurriendo hoy.

Nadie como Clarín ha hecho un retrato tan profundo social y psicológico de esta sociedad y su época.

Una sociedad sexofóbica y morbosa, en la que además de reprimir la sexualidad, lleva a muchas personas a estar obsesionadas con la sexualidad propia y ajena. Vivían una moral hipócrita, en la que no era tan grave el pecado sexual, cuanto que sea conocido socialmente. Mantener formalmente el honor de las personas y de las familias era más importante que la propia conducta.

Una sociedad clasista con un orden superior, los que tienen origen nobiliario y los ricos, entre ellos, los indianos que vuelven adinerados. Este orden social rige las relaciones sociales, los matrimonios concertados, salvo excepciones muy mal vistas por las clases altas, las aficiones y el lugar que se ocupa en la Iglesia, el Casino y todas las reuniones sociales.

La mujer es vista como un objeto sexual, siempre conquistable, y sometida al marido; pero también había mujeres con una moral sexual muy abierta, aunque muy hipócrita. Algunas mujeres lo defienden abiertamente, en reuniones privadas: “yo soy religiosa salvo en el sexto mandamiento” (pág. 141), “si no

podemos ser como los nobles, al menos aceptemos sus vicios” (pág. 14). También era frecuente que las mujeres tuvieran una visión muy negativa de los maridos (pág. 141) y la idea de que el interés sexual y el amor dura como mucho dos años (pág. 156).

Casi toda la novela se desarrolla en una ciudad descrita como pobre y sucia, salvo los barrios ricos. Los nobles y los ricos tenían en los alrededores de la ciudad villas y casas solariegas, a las que viajan en carrozas tiradas por caballos. Parte de la novela se desarrolla en las reuniones y fiestas que tenían lugar en estas casas.

Los campesinos y ganaderos, en esta sociedad aun muy rural, alimentan a las personas que disfrutan de este orden social, y eran servidas por multitud de criados y criadas, que viven en condiciones laborales y sociales muy precarias.

La obra permite hacer una visita a la catedral con el arqueólogo y sus acompañantes, escuchar las conversaciones de los canónigos y de los miembros del Casino, asistir a cenas y fiestas en casas y villas, compartir sus bailes y sus juegos, dar un paseo por el Espolón, como si el lector estuviera presente.

Buena parte de las conversaciones son comentarios, discusiones y calumnias sobre las supuestas relaciones sexuales de los demás, el poder de la Iglesia, la vida privada y religiosa de las personas, incluyendo las confesiones de numerosas mujeres en la catedral.

La riqueza de esta obra es tan grande que me atrevo a darle el mismo consejo que merece *El Quijote*, toda persona hispana debería leerla y estudiarla para disfrutar de su escritura y conocer lo que ha sido España en tiempos no tan lejanos, con características que aun tienen peso en nuestras vidas.

2.- El autor.

Clarín es el seudónimo de Leopoldo Alas, nació En Zamora en 1852 y murió en Oviedo en 1901. Estudió derecho y llegó a ser catedrático de la Universidad de Oviedo. Escribió cuentos, relatos cortos y libros, todos de gran interés. También escribió en los periódicos.

Su estilo es realista, ofreciendo análisis precisos de la sociedad, y naturalista, por sus observaciones minuciosas, cercano a las obras de Galdós. Da también gran peso a la psicología de sus personajes, como Flaubert. Su intención es ética, criticando la miseria, hipocresía y corrupción humana, con personajes que incluso se engañan a sí mismos; pero también con personas buenas y honestas que saben ser buenos amigos, liberales honestos y generosos, incluso un obispo bueno, en medio del caos moral de los clérigos.

La obra fue mal recibida en su ciudad y prohibida por el obispo. Provocó una gran conmoción y discusiones por doquier, intentando describir los supuestos personajes reales en los que se había inspirado.

3.- El argumento.

Suele considerarse como una novela centrada en el tema de la seducción y adulterio espiritual del Magistral de la catedral y de un Don Juan (Alvaro Mésías, presidente del partido Liberal en Oviedo), seductor y adultero material de Ana, La Regenta, casada con un magistrado que fue regente, don Víctor.

Pero es una novela más compleja y rica que *Madame Bovary* de Flauvert y otras muchas que se centran en el adulterio. Es un mosaico de las personas de una ciudad, lo que hacen, sienten y piensan, también de colectivos como los clérigos, los nobles, los ricos, los políticos y las criadas.

4.- Los personajes y su entorno.

Los personajes claves de la novela son Ana, llamada La Regenta y Víctor, su marido, el Magistral de la Catedral y su madre, doña Julia, Álvaro Mesías y Petra, una e las criadas. La novela se desarrollada en el entorno de la propia catedral, en el confesionario, en las casas o villas alrededor de la ciudad y en el Casino. Pero hay otros muchos personajes, hasta un centenar, magníficamente descritos, física, psicológica y socialmente que merecerían un tratamiento detallado. Personajes buenos y malos, un obispo bueno y numerosos canónigos morbosos, llenos de rivalidades, mujeres supuestamente fieles y

adulteras, hombres seductores, fieles e infieles.

El Magistral, con 35 años, es un hombre atlético, de rasgos proporcionados y porte poderoso, un atleta alto y fuerte (pág.12); su rostro serio y cejijunto, con una sonrisa y expresión de bondad estereotipada. Su piel blanca y los pómulos discretamente adelantados...para dar energía al rostro. Ojos verdes y una mirada difícil de resistir. Su cabeza, con pelo negro, sobre un cuello grueso y un tronco y extremidades de un fornido canónigo.

Usaba con frecuencia el castigo físico con los menores e inspiraba temor en todas las personas, incluidos sirvientes, sacristanes y canónigos. Pero sabía ser muy formal y correcto, cuando quería.

Le gustaba subir a la torre de la catedral y con prismáticos observar con la ciudad desde lo alto. “Vetusta era su pasión y su presa” (pág. 14) Desde allí vigilaba con especial cuidado a la Regenta, su pieza preferida.

Gran orador, sentía, desde lo alto del púlpito, la “adoración que subía hacia él” (pág.16). Confesor de personas con prestigio social, incluida la Regenta.

Es el rey entre los canónigos, dominador incluso del obispo, aunque con muchos enemigos silenciosos que le detestan. Criticarle o defenderle entre los canónigos, cuando estaba ausente, y entre los ciudadanos de Vetusta se convirtió en un tema constante.

El ambiente entre los canónigos era hipócrita, lleno de rencillas, envidias y tensiones, bandos y luchas intestinas. Dedicados a ritos aburridos y a confesar a los fieles, disputándose especialmente a las pecadoras más nobles o ricas, estaban muy ocupados en conocer sus pecados, recurriendo a preguntas morbosas. Cuando uno de sus canónigos fieles le pasó al Magistral la Regenta para que fuera su confesor, él le propuso a ella empezar con una confesión general, es decir, sobre los supuestos pecados de toda su vida. Conocerla bien era fundamental para aconsejarla.

Su ambición, clasismo y arrogancia contenida tenía su origen en la familia y su

educación con los jesuitas. Su padre era minero y murió muy joven, dejando a la madre y a él en la pobreza. Ella tuvo que ganarse la vida en un chiringuito para los mineros, lidiando con borrachos y violentos. Allí pasó Fermín, el Magistral, su primera infancia. Pronto aprendió doña Julia que su hijo, un niño listo y bien parecido que el mejor destino para él era ser cura. Primero se formó en los jesuitas y, una vez que ella se dio cuenta que éstos eran muy austeros, decidió llevarlo al seminario diocesano, donde se formaban los curas que vivían mejor y podían llegar a canónigos e incluso a Obispos.

Doña Julia, trabajadora, eficaz y ambiciosa, consiguió ser el ama de llaves de un sacerdote y después del Obispo. Un Obispo, hombre “bueno, condescendiente e inocentón” que manipuló y usó para que apoyara a su hijo, por otra parte, un joven prometedor, tanto por sus estudios, como por su buena conducta. Cuando el hijo “cantó misa” la madre se fue con él y siguió manipulando tanto al Obispo como a su propio hijo. Su ambición, erradicada en una infancia, juventud, matrimonio y trabajo muy duros, solo tenía dos límites: guardar las apariencias y no perder el apoyo de los poderosos.

A él le manipulaba su madre, pero era el hombre más poderoso de todos los clérigos de Vetusta, incluido los canónigos y el Obispo.

De la Regenta, Ana, hace el autor una presentación larga y pormenorizada, describiendo con todo detalle una sociedad dominada por el clero en la que, como se decía, “el Papa, manda más que el rey”.

Su padre fue un liberal radical y ateo consecuente, que gastó buena parte de su patrimonio en causas políticas, a la vez que era muy generoso con sus hermanas solteras, aunque ellas muy conservadoras. Se casó por amor, en contra de las tradiciones, con una modesta modista de origen italiano, que nunca fue aceptada por su familia. A su madre le atribuyeron sus tías haber dado una mala herencia a Ana. La madre murió muy pronto y su padre, ausente por cuestiones políticas, no ejerció de verdadero padre; la dejó con un “aya”, extremadamente conservadora y religiosa

Su padre murió pronto y Ana fue acogida por sus tías solteras, no menos conservadoras que el “aya”, aunque la trataban, en cuanto a los cuidados, físicos mejor. Los cuidados dieron resultado y se desarrolló como adolescente esbelta y muy atractiva. A Ana le empiezan a interesar los hombres, pero éstos la defraudan sobremanera por maleducados, maliciosos y porque esa es la idea que las tías le habían transmitido.

Uno de los aspectos más interesantes de la obra es la descripción progresiva y detallada de los **cambios que va haciendo Ana**, la Regenta, desde la infancia a la vida adulta: (a) educación católica muy represiva que asimila, vive y el cuesta abandonar, (b) estado de confusión y melancolía durante la primera adolescencia, con una visión negativa de los hombres, por machistas, pero con sentimientos contradictorios con alguno de ellos, (c) reconocimiento de la frustración y el sin sentido de su vida, (d) casamiento como mejor alternativa de vida, pero sin enamoramiento, (e) tentaciones sexuales de infidelidad y lucha por evitarlas, (f) reconocimiento del derecho a conocer el amor, (g) sucesivas etapas de misticismo intercaladas de rebeliones contra la ideas represivas y finalmente, (h) la caída en el adulterio. Detallaremos este proceso más adelante, tan frecuente en no pocas mujeres españolas durante varios siglos: desde la represión religiosa, dominación y doble moral del marido, hasta la rebelión.

Don Víctor, esposo de La Regenta. Creyente pero muy incómodo con los periodos de misticismo de su mujer, aficionado a la caza y la creación de artilugios simi-científicos, es un hombre convencional, mucho mayor que La Regenta, enamorado de Ana, con algunos escarceos amorosos con su criada, Petra, que no detalla Clarín.

Álvaro Mesías, presidente del partido liberal, político corrupto, es el gran Don Juan de Vetusta. Buen mozo y astuto seductor, se propone seducir a La Regenta, con paciencia y buenas formas, hasta conseguirlo. Es el gran competidor del Magistral, llenos ambos de celos y rivalidad que se va agudizando a lo largo de la narración. Petra es la criada de Ana, prototipo de mujer sensual que reconoce,

defiende y responde a sus deseos sexuales; tiene, además, grandes habilidades para tejer intrigas entre don Álvaro Mesías y el Magistral y obtener todo tipo de favores. Ella juega un rol fundamental, desvelando el adulterio de La Regenta con don Álvaro, y sacando provecho de ambos hombres.

5.- La visión de la sexualidad.

5.1.- Diversidad e actitudes y conductas, uniformidad de la moral religiosa y social, hipocresía y dependencia del “qué dirán”.

La diversidad de personas, actitudes y conductas sexuales es tan amplia que se dan varias concepciones de la sexualidad considerándola: un instinto peligroso, una necesidad biológica, una dimensión negativa de los seres humanos, una de las motivaciones mayores, un vicio sucio, una fuente de tentaciones y pecados, etc.

En el caso de las mujeres, aparecen desde solteras y casadas muy reprimidas y beatas, hasta mujeres muy liberales en actitudes y conductas, aunque socialmente todas tenían muy presente el miedo “al qué dirán” y se veían obligadas a mantener una gran hipocresía social.

En el caso de los hombres, la diversidad es menor, sometidos a dos sistemas de supuestos valores contrapuestos, el de la iglesia católica y el machismo social. Por un lado, también ellos debían teóricamente cumplir la moral religiosa, pero por otro, se regían en la práctica, en su mayoría, por actitudes supremacistas con las mujeres. Ejercían el poder en la pareja y la familia, tenían una doble moral sexual, se permitían ser seductores y conquistadores, considerando que en ellos es un mérito tener relaciones sexuales extramatrimoniales. Ser adultero era un pecado religioso y, a la vez, un valor social para los hombres. Por eso el seductor Don Álvaro era admirado, aplaudido y envidiado por muchos hombres e incluso algunas mujeres.

Los clérigos, la mayoría de los que aparecen en la obra, vivían una gran contradicción: mensajeros de la doctrina ortodoxa, pero a la vez, obsesionados con la sexualidad, vivida (sentimientos, pensamientos, fantasías y conversaciones) de

forma morbosa y maliciosa, pendientes de la vida sexual de los demás o llevando una doble vida, como el resto de los hombres. El confesionario era su actividad preferente, especialmente si se trataba de mujeres nobles o ricas.

Todos, mujeres y hombres, incluso el Magistral, consideraban que era más importante el “honor” y la “imagen social” (“el qué dirán”) que la propia conducta. Los pensamientos, fantasías y conductas pecaminosas, leves o graves, se perdonaban en la confesión, pero las consecuencias sociales no se podían evitar, ni controlar. La vida de La Regenta es la demostración de ello. El “honor” era el máximo valor: Ana lo perdió porque el adulterio fue conocido socialmente, don Víctor lo perdió también por haber sido engañado y burlado con gran escándalo social, el Magistral fue declarado perdedor frente a Don Alvaro y no pudo soportarlo socialmente, negando toda relación posterior con Ana, y don Álvaro, tuvo que huir a Madrid, a pesar de que fue el triunfador social. Mientras el adulterio no fue socialmente conocido, todos estaban a salvo. El escándalo social les coloca a todos en una posición insostenible por humillante (Don Víctor y el Magistral), en unos casos, y degradante (Don Alvaro), en otros.

Esta concepción social de la moralidad se refleja muy bien en los temores de la madre del Magistral, doña Julia, porque la conducta de su hijo da lugar a calumnias o llega a temer que su hijo se enamore de Ana y cometa una locura. Lo importante no era el supuesto pecado, sino que madre e hijo lo perderían todo si llegaba a ser un escándalo social.

5.2.- El discurso religioso sobre la sexualidad.

5.2.1.- La sexualidad como instinto peligroso.

La sexualidad es un instinto peligroso, fuente de tentaciones y pecados, y solo es legítima en el matrimonio heterosexual. Tan peligrosa que todas las mujeres, si son bien seducidas, acaban cediendo, con lo que no se puede confiar en el rol que se le ha asignado: controlar la sexualidad de los varones, si no están casadas o no es su marido el seductor, y atender los deseos del marido, si son casadas.

Y peligrosa para ambos sexos si, teniendo relaciones fuera del matrimonio, estas son conocidas socialmente. El miedo a la pérdida de honor y a las calumnias atenaza a todos, hasta el punto que lo grave no es pecar, sino que el pecado sea socialmente conocido. Por ello, reconocen el poder motivador de la sexualidad y con frecuencia no evitan la tentación y los pecados, pero la única alternativa es la hipocresía para ocultar los pecados a la sociedad.

La peligrosidad de la conducta sexual pecaminosa, como el adulterio, si se acaba conociendo socialmente, es tan grande que La Regenta acaba siendo rechazada y aislada. Estaba dispuesta a volver a confesarse y reconocer el pecado, pero una vez desencadenado el escándalo, también el Magistral la rechaza, no acepta ser el supuesto mediador ante un Dios que siempre, según decía la doctrina, acoge al pecador. Don Álvaro también se desentiende de ella y huye a Madrid. Todo se puede perdonar, menos el escándalo social.

La finalidad legítima de la sexualidad es la procreación y la única alternativa para las personas no casadas era la abstinencia y la lucha contra las inevitables tentaciones. La represión era tan grande que se convertía en obsesión, porque todo evocaba la sexualidad. Todo estaba contaminado de sexualidad y sus tentaciones: las formas de vestir y de andar, las miradas y gestos, las fiestas, los bailes, el teatro y las relaciones sociales. Por eso, hasta se separaban los hombres e las mujeres en misa. Las beatas más devotas, una verdadera plaga en Vetusta, no iban al teatro, ni a fiestas. La obsesión dominaba las conversaciones, con calumnias o verdades sobre la vida sexual real o supuesta de los demás. Incluso los canónigos tenían este tipo de conversaciones, con comentarios maliciosos o un gusto morboso por los chistes que hoy llamamos verdes.

Vetusta era una ciudad dominada doctrinalmente por el clero, con numerosos canónigos en torno a la catedral, un obispo y un Magistral, el más poderoso de todos. Casi toda la población, especialmente las clases altas, nobleza y ricos, asistían con regularidad a fiestas y actos religiosos, incluso los liberales. Se podía ser un hombre machista y

liberal, pero, a la vez, acudir a determinadas fiestas religiosas, aun sin creer en la doctrina moral de la iglesia y en la moralidad del clero. De hecho, en las conversaciones se criticaba mucho a los clérigos, especialmente al Magistral, pero luego se asistía a sus homilias y se admiraba el don de su palabra.

A dos ateos confesos, le hacían la vida imposible, empeñados en que se convirtieran al final de sus vidas. Uno de ellos fue pertinaz hasta el final. Con ayuda de su compañero ateo, no se confesó y no tuvo funeral religioso, ni fue enterrado en el cementerio católico. El otro, aunque había ayudado a su compañero a permanecer como ateo, cede a las presiones familiares y sociales, después de haber sido testigo del trato dado a su compañero. Por eso, finalmente acepta confesarse con el Magistral antes de morir. El Magistral y el obispo convirtieron esta confesión y el entierro en un triunfo social del Magistral y el catolicismo.

El peligro de la sexualidad era tal que si se había pecado gravemente contra la moral cristiana y no se confesaban antes de morir, irían al infierno, un destino eterno. Siempre me he preguntado como los creyentes aceptaban esta doctrina, cuando los hombres tenemos problemas para aceptar sobre la tierra, en una vida tan corta, las condenas largas en la cárcel, un lugar menos tenebroso que el Infierno: ¿somos más bondadosos que Dios?

5.2.2.- Los recursos del poder del clero.

Las leyes legitimaban la moral sexual en un Estado que, de hecho, era confesional. Por eso, el adulterio, tema central de la novela, no solo es pecado, también es perseguido legalmente.

Los recursos materiales y humanos de la Iglesia eran ilimitados. En todas las aldeas hay una iglesia y al menos un párroco, Vetusta estaba llena de conventos e iglesias, la Catedral contaba con muchos canónigos, toda diócesis tenía un obispo, un vicario y otros clérigos encargados de la burocracia, un seminario y varios conventos de las diferentes órdenes religiosas, para formar al clero. Era la única red que llegaba con eficacia a todas las partes de la ciudad y la provincia.

Los sermones desde el púlpito, bien elevado sobre todos los fieles, eran una pieza fundamental del adoctrinamiento y la misa de

los domingos y festivos era obligatoria según la moral católica y las costumbres sociales.

Todos los ritos de paso por la vida estaban en manos de la iglesia: el nacimiento con el bautismo, el llamado uso de razón al final de la primera infancia, con la comunión, la adolescencia con la confirmación, la pareja con el matrimonio y la vejez y la muerte con la extremaunción, el funeral y el entierro. Siete sacramentos a lo largo de la vida que consagraban el dominio de la Iglesia sobre la población.

La confesión, un tema central de la novela, era un poder personalizado para el que no había secretos. La doctrina afirmaba que Dios todo lo ve y en la confesión el cura debía conocer todos los pecados y perdonarlos en nombre de Dios. Es así como el clero se apoderaba también de la intimidad de las personas y manejaban toda la información. Entre sus contenidos tenían especial importancia los referidos a los deseos, pensamientos y conductas sexuales de los penitentes. No en vano, a la sexualidad se dedican dos mandamientos, mientras que a la violencia, incluida la muerte, solo uno: no matarás. Con frecuencia, como rebela Clarín, estos contenidos eran tratados de manera morbosa. De la sexualidad solo se debía hablar para confesar los pecados, en voz baja, de rodillas ante el confesor. El primer mandamiento es “no matarás”, escueto y directo. Pero de la sexualidad se ocupan mucho más, por lo menos en las traducciones con que nos educaron: el sexto mandamiento, “no fornicarás, no tendrás pensamientos y deseos impuros”. Comprendían que a veces una persona pudiera desear matar a alguien, pero eso no era pecado si no lo llevaba a término. El noveno, “no desearás a la mujer de tu prójimo”, suponía, de paso, la negación del deseo sexual en la mujer. Se trataba de controlar los deseos, fantasías, pensamientos, el lenguaje y la conducta siempre que tuviera contenidos sexuales de algún tipo.

La violencia emocional y sexual que usa el Magistral con Ana es otro aspecto fundamental de la novela que permite acercarnos a las causas de diferentes violencias sexuales. Hacia esa violencia va evolucionado el Magistral, por los celos frente a don Álvaro y el sentido de propiedad que

tiene de Ana, llegando a fantasear y legitimizar la violencia, como hacen los que asesinan a sus parejas. Llegado este punto, el Magistral deja de ser sacerdote y se convierte en un hombre que no acepta perder a una mujer. Si no lo llega a hacer es por el temor a las consecuencias del escándalo, la cárcel y la pérdida de todo lo que tienen él y su madre.

Someter la conciencia y la voluntad de quienes se confiesan, usar discursos legitimadores que hasta el confesor parece creerse, no aceptar la libertad de pensamiento de los pacientes, ni una vida social normalizada y no tolerar que se liberen de estos lazos, es propio de sectas. Y, en efecto, como “gurú” de una secta se comportó el Magistral con Ana.

5.2.3.- La evolución del Magistral, como ejemplo de perversión del clero.

La relación con su madre, su historia, el uso que hacía del púlpito y del confesionario y, por fin, su relación con Ana, refleja el poder de la iglesia y las estrategias que usaban algunos clérigos.

La madre del Magistral, doña Julia, no solo se sacrificó por su hijo, para que estudiara, sino que diseñó con detalle el destino para él: estudiar con los jesuitas, porque son buenos docentes, ordenarse como cura diocesano, porque viven mejor y pueden tener más recursos y más poder, hacer carrera en la jerarquía eclesiástica, ser un sacerdote ejemplar ante la sociedad, cuidar su imagen para asegurarse el éxito social y eclesial.

Por eso, es importante que no tenga tentaciones sexuales y no peque, pero si lo llega a caer en estos pecados, lo más importante es que no se sepa. Incluso, si no puede aguantar sus deseos sexuales, para facilitarle las cosas, tendrá siempre en la habitación de al lado a una criada, que estará a su servicio y le tratará como un señorito. Cuando de hecho tuvo una relación con una mujer, aunque no explica el autor los detalles sexuales, o cuando se da cuenta que está enamorado de La Regenta, su mayor temor no es lo que realmente sucedía, sino que le calumniaran o que se produzca un escándalo social y “lo perdamos todo”. La moral sexual

católica es para ella una cosa instrumental, porque la sexualidad es peligrosa; lo importante es que no haya un escándalo incontrolable y ella y su hijo “pierdan todo”, algo por lo que ella ha dado la vida. Valora mucho a su hijo, pero considera que le debe todo a ella.

El Magistral, por su parte, tenía miedo de su madre y había obedecido siempre. Aunque, finalmente, hace lo posible por ocultarle sus errores sexuales y la verdadera relación que tiene con Ana, La Regenta.

La mujer no cree las disculpas y la versión de su hijo, pero es curioso que cuando comprueba que es “socialmente prudente”, no comete errores públicos con las mujeres, ella se siente segura, justo porque su hijo es hábil y consigue que no haya un escándalo.

El Magistral hace una evolución religiosa, sexual y afectiva exitosa, porque a partir de su autocontrol, sus habilidades sociales, su apariencia y conducta ejemplar, su inteligencia y formación, sus dotes de gran predicador y los manejos de su madre, que manipula hasta al Obispo en favor de su hijo, llega a ser Magistral. Un sacerdote que todos admiran o envidian, ambicioso pero contenido, interesado en su propia carrera, pero hábil. Su vida era ordenada, al menos en apariencia, relacionándose con las clases altas de Vetusta y seleccionando a los penitentes para confesarlos. Hombre respetado, admirado y odiado, pero sin personas que realmente se le enfrentaran. Incluso manejaba a su antojo al bueno del Obispo.

Tuvo varias, no se indican cuantas, relaciones sexuales (que no se explicitan), con una mujer y una o dos criadas, pero lo que desencadena en él un conflicto, en el que acaba perdiendo el control, es el conocimiento, las confesiones y los encuentros con Ana, la Regenta.

Ana, mujer guapa, de buen origen social, cambió la vida del Magistral. Él se atribuyó autoridad para, desde el principio, imponerle condiciones referidas a la hora y tipo de confesión. La primera confesión debía ser “general”, de toda su vida y sobre todos los aspectos, para conocerla mejor. Desde el primer día la trató como una penitente especial, dedicándole mucho tiempo (con

escándalo de los demás) y “poco a poco” la orientaba en su vida religiosa y en todos los aspectos de la vida cotidiana, hasta convertirla en “una beata” especial, distinta a las demás, justo como él quería. Primero se sintió “padre espiritual”, para, a medida que avanzaba su interés amoroso por ella, (no reconocido como un interés sexual, sino espiritual), declararla su hermana, su amor espiritual, su mujer, amiga y confidente espiritual. En el delirio final, acaba considerándola suya, su propiedad. En este trayecto vital, cada vez se siente más atraído por ella. Acaban por verse en diferentes lugares, ocultándose de la gente y del marido de Ana, para evitar críticas y habladurías. Los encuentros se camuflan en un lenguaje religioso y en gestos contenidos, no explícitamente sexuales, pero con una sensualidad y morbosidad desbordante.

En este proceso de seducción y dominio religioso y posesión vital de ella, tuvo muchos altibajos en la relación, siempre sin intimidad explícita sexual. Ana, unas veces se somete a él y le jura fidelidad espiritual eterna, “seremos hermanos espirituales de por vida”, y otras tiene graves conflictos con el Magistral por hacer cosas, como ir al “teatro” (en cuaresma) y a fiestas, o acercarse a un hombre del que pronto empezó a tener celos, don Álvaro Mesías. En efecto, ambos hombres entran en una competencia silenciosa, llegando a pensar Ana que los dos estaban enamorados de ella. La Regenta lucha entre la dependencia psicológica y espiritual del Magistral y la tentación de sucumbir a los encantos de Mesías. Periodos de misticismo y dependencia espiritual y vital extrema del Magistral, y periodos de tentaciones y confusión, acabando por sucumbir ante el seductor don Álvaro. Las piezas de la tragedia entran entonces en el juego final.

Final acorde con el inicio y el núcleo clerical morbosos de la novela, que acaba como empezó, pero de forma aun más perversa. La novela se inicia con el Magistral observado desde la torre de la catedral, con prismáticos, la vida privada de La Regenta, y acaba con un canónigo dando un beso en los labios mientras ella estaba desmayada. “Abrió, entró y reconoció a La Regenta desmayada. Celedonio sintió un deseo miserable, una

perversión de la perversión de su lascivia; y por gozar un placer extraño, o por probar si lo gozaba, inclinó el rostro asqueroso sobre el de la Regenta y le besó en los labios.

Ana volvió a la vida rasgando las nieblas de un delirio que le causaba náuseas.

Había creído sentir sobre la boca el vientre viscoso de un sapo” (pág. 677)

El análisis de los pensamientos, afirmaciones y conductas del Magistral, como anunciábamos más arriba, permite comprender **las fantasías, deseos y conductas que pueden llegar a tener algunos hombres, cuando la mujer decide separarse de ellos.** La victoria de Mesías seduciendo a Ana, no puede soportarla el Magistral. Y no es porque Ana hubiera pecado, porque en ese caso las recibiría evangélicamente cuando todos la abandonaron, sino porque el Magistral, como los asesinos de mujeres, no aceptaba el triunfo del rival (el amante), ni la libertad de su pareja para romper su dependencia y ser libre; pero, sobre todo, porque dejaba de ser suya, de pertenecerle, de aceptarle como propietario único y eterno. El Magistral con su conducta final desvela que sus doctrina y discursos legitimadores eran una falacia, su relación con Ana una representación engañosa de la realidad, una farsa, una instrumentalización en nombre de Dios. Él era un hombre machista, inmaduro y perverso, como demuestran, y son solo unos ejemplos, los siguientes textos:

- “*Se le ocurrían proyectos disparatados, crímenes de tragedia* (pág. 651)

- “*Sin saber lo que hacía y sin poder contenerse corrió a un armario y sacó un traje de cazador*” ... “*en el armario había un cuchillo de montaña*”. .. *lo buscó, lo encontró y se lo colgó del cinto de cuero negro*”... “*nadie le reconocería*”... *podría ir a esperar a don Álvaro*”... “*obligarle a luchar, vencerle, derribarle, matarle*” (pág. 651).

“Podía subir, entrar en su cuarto y ahogarlo allí”... “Y era lo que debía hacer, si no la hacía, era un cobarde; tenías miedo a su madre, al mundo a la justicia... Temía el escándalo” ... “Era un cobarde”, se decía a sí

mismo. Si no fuera así, mataría y cuando me preguntaran “por qué mato? .Porque me han robado a mi mujer, porque me ha engañado mi mujer...”prostituta como todas” (pág. 647). “mato porque debo, porque puedo, porque soy fuerte, porque soy hombre..., y porque soy fiera” ” (pág. 648).

El sentimiento de propiedad, como ocurre en tantos maridos asesinos hoy día, está muy bien reflejado en esta obra. En una carta, que finalmente no le mandó, le decía”: “Yo soy tu esposo... yo soy tu dueño...mandaba en tu alma que es lo principal, toda eres mía... tú sabías estas cosas y las olvidaste por un cacho de carne” (pág. 649). Pero su cobardía le lleva a cambiar de estrategia: “guardaré el cuchillo, mi espada tiene que ser la lengua” (pág. 652.

Por eso, decidió convencer a la criada de la Regenta que le comunico el adulterio, para que hiciera estallar el escándalo; nada mejor, para ello, que Don Víctor, sorprendiera a don Álvaro descolgándose de la habitación de Ana.

5.2.4.- La evolución de Ana, La Regenta.

El proceso de Ana, desde la infancia es muy revelador de lo que una mujer podía sufrir en aquellos tiempos.

(a)Primera infancia: Represión obsesiva y morbosa de la sexualidad.

Al morir su madre, el padre, la pone bajo los cuidados de un “aya”, doña Camila, una mujer muy religiosa, que educó a Ana con una disciplina muy autoritaria y una moral católica sexofóbica e hipócrita por ella tenía un amante. Del amante recordará Ana toda la vida una mirada perturbadora, porque, nos narra Clarín, “miraba a la niña con ojos de cosechero que se prepara a recoger los frutos” (pág.75). Con este hombre y esa mirada soñó muchas veces, aun sin saber el motivo.

(b) Pubertad y primera adolescencia: Represión-Confusión y Primeras Dudas.

Las primeras dudas las empieza a tener porque un episodio inocente es interpretado por el “aya” y su entorno como una conducta sexual explícita, culpándola y escandalizando a todos, incluidas sus tías solteronas morbosas y beatas. Ana y un chico se montaron en una

barca que se quedó varada en la arena obligándoles a pasar una noche fría juntos, hasta la mañana siguiente. Hablaron y hablaron hasta dormir abrazados para evitar el frío, eso fue todo. La reacción del entorno, acusándoles de haber tenido relaciones sexuales, peligrosa, sucias y pecaminosas, provocó en Ana gran confusión y sufrimiento, que tardó años en elaborar. Le dio mil vueltas a este tema y llegó a dudar de si realmente habían hecho algo terrible. En ello insistieron posteriormente sus tías, considerándola pecadora, heredera de supuestos instintos pecaminosos de su madre.

Estas dudas se acrecentaron cuando, muerta el “aya”, el padre quiso hacerse cargo de ella y la llevaba a reuniones con sus amigos liberales. Las miradas y comentarios de éstos, junto con las críticas que hacía su padre de la Iglesia, le resultaban escandalosas, y fueron otra fuente de confusión que chocaba frontalmente con su formación religiosa.

Cuando finalmente, el padre, dedicado a viajar y luchar por la causa liberal, la dejó con sus tías, éstas insistieron en la acusación por su conducta sexual, la obligaron a una vida muy restringida y estricta y le llenaron de miedos y temores hacia la sexualidad. Ella legó a enfermar de melancolía y aburrimiento y temores de todo tipo.

(c)La segunda adolescencia. Frustración.

Los cuidados físicos de las tías y los cambios adolescentes hicieron de ella una mujer muy atractiva, que llamaba la atención de las mujeres y, sobre todo, de los hombres. Pero la vida que llevaba con las tías era muy represiva, sin verdadera relación con chicas y chicos de su edad. Se sentía cada vez peor, a la vez que buscaba refugio en la religión y en la lectura de santos. San Agustín, primero, y Santa Teresa fueron las lecturas que más le influyeron.

(d) El casamiento como salvación.

Un matrimonio concertado, aunque aceptado por Ana, con una amplia simetría de edad.

Las tías se sentían orgullosas de su belleza y empezaron a buscarle un posible marido, pensando en in indiano, recién llegado de las

Américas y muy rico. Este estaba fascinado con la idea de tenerla por esposa.

Al mismo tiempo, un cura que la conocía bien, le aconsejó a don Víctor, un abogado de prestigio, que se casara con ella. De esta forma, Ana se encontró con que tenía dos pretendientes. Don Víctor decidió ser prudente y, de acuerdo con el cura, darle tiempo a Ana para que madurara la relación (cosa difícil por tratarse de encuentros fugaces, sin que lo supieran las tías).

Al enterarse Don Víctor de que tenía otro pretendiente, aconsejado por amigos dio el paso y se reunió con las tías arreglando el matrimonio. Víctor era un buen partido y lo aceptaba Ana, sin oponerse. Ana tenía 19 años y Don Víctor cuarenta y tantos, señala con sarcasmo Clarín. A Ana le pareció bien porque se trataba de un hombre educado, muy cortés y atento, distinto a otros hombres, y porque así se veía libre de sus tías. Se casaron en Vetusta y se fueron inmediatamente a Alicante, donde él había conseguido una plaza de magistrado.

Nada nos cuenta de la noche de bodas de Ana virgen, ni de la vida sexual de ambos, salvo que no tuvieron hijos. Pero Ana. A medida que fue cambiando ella misma, se quejaba amargamente de su vida matrimonial, aunque reconocía la educación, bondad y cortesía de su marido.

(d) Adulta casada, frustrada, entre el misticismo y la dominación del Magistral, por un lado, y las tentaciones y primeras rebeldías de Ana, por otro.

Una mujer ociosa, con criada y criados, frustrada en su matrimonio, aunque quería a Don Víctor, ya Regente de Vetusta, de vuelta a Vetusta, era una mujer muy joven y muy atractiva que no pasaba desapercibida para nadie. El Magistral la acogió encantado y la manipuló haciendo de ella una nueva beata, aunque no pudo evitar que sus arrebatos religiosos se combinaran con sentimientos insoportables de frustración y deseos de cambio. Nuevamente enferma de melancolía, tanto el médico como su marido, coinciden en que necesita divertirse, salir más, conocer otras personas. En ese contexto aparece don Álvaro, el seductor más famoso de Vetusta.

(e) Su lucha interior entre la religión y las tentaciones y el conflicto exterior entre el Magistral y don Álvaro.

La Regenta entra en una larga fase de vaivenes insufribles, caída en supuestas enfermedades con desmayos incluidos, tentaciones que está al borde de no poder superar, culpabilidades y confesiones morbosas en las que llega a ocultarle algunas cosas al confesor, perseguida por dos hombres atractivos, celosos y rivales irreconciliables. Ambos guardaban las formas en sociedad, pero ella sufría una tensión que no podía soportar. Ambos hacían lo posible por criticar al otro, mientras se cuidaban mucho de hacerlo de forma que no molestara a Ana.

Por un lado, se siente dependiente del Magistral y los planes religiosos que le inculca. Con él llega a hacer pactos y juramentos de fidelidad mutua, ser hermanos espirituales para siempre, legitimando este disparate, con ideas y objetivos religiosos, una relación muy sexuada, reprimida morbosamente.

Por el otro don Álvaro, un seductor con experiencia, que sabe ser cortés, educado, jovial y respetuoso, madurando la relación y esperando su oportunidad. Un proceso de seducción lento, con altibajos que no desesperan al seductor que sabe esperar a su presa. Un proceso en que les ayudan algunas mujeres, con invitaciones a sus fiestas, mientras los amigos de don Álvaro hacen apuestas sobre el resultado.

Un conflicto, primero larvado y después cada vez más explícito, entre el Magistral y el Don Juan, del que estaba pendientes todo su entorno, incluida la madre del Magistral, y las criadas de ambos, todos menos el inocente Don Víctor, que no sospechaba nada.

Ana en unos momentos sentía el peligro de las tentaciones y se refugiaba en la religión y el Magistral, mientras en otros empezaba a tomarse pequeñas libertades que desesperaban al Magistral. Ya no podía aceptar en su interior las renunciaciones a que la sometían el matrimonio y la religión, reclamaba para sí el derecho a cambiar.

(f) El cántaro se rompe, don Álvaro, con astucia y paciencia consigue que Ana vaya aceptando ciertos contactos y momentos de

cierta intimidad, sin conductas sexuales explícitas, hasta que cede y comete adulterio.

Esta fase, en la que la seducción tiene finalmente éxito, es la peor descrita en la novela, seguramente porque, como en toda la obra, no se describe en ningún momento conductas sexuales explícitas de excitación y placer.

En todo caso, el conflicto era inevitable, bien por el choque entre lo que realmente quería La Regenta y lo que deseaba don Álvaro, bien porque el escándalo social acabaría estallando. Don Álvaro tenía un concepto del amor reducido al placer sexual, mientras Ana es una soñadora romántica que, sintiendo también deseos sexuales, buscaba salir de su soledad y amar y gozar con un verdadero hombre. Ella sí estaba verdaderamente enamorada y entregada, mientras a él le sostiene la pasión del deseo, el placer sexual y el gozo personal y social de haber conquistado a La Regenta

Don Álvaro domina la relación, consigue convencerla con su plan de vida adultera que considera seguro, a pesar que era muy temerario. Según este plan, se podrían ver todas las noches, hasta la madrugada, en la habitación de Ana, saltando él una valla, que rodeaba el jardín de la casa, y subiendo a su balcón. Un plan para el que era suficiente la complicidad de la criada, Pilar. Este plan era la consumación de su aceptación del adulterio como un derecho, sin otra obligación o compromiso, algo que satisfacía a don Álvaro. Ana, sometida a él, como antes al Magistral, no plantea explícitamente otras exigencias, como si hizo Madame Bovary, aunque de poco le sirvieron a ésta. En ambos casos, sus amantes solo querían instrumentalizarlas.

Nada se nos dice de qué tipo de conductas sexuales tenían, solo que ambos estaban de acuerdo y gozaban de la intimidad hasta el amanecer. Tampoco nos comenta Clarín si este tipo de relación colmaba las aspiraciones de Ana y si ésta, como Madame Bovary, exigía mucho más, como huir juntos (uno de sus sueños) o romper la relación con las parejas de ambos, un problema social y legal en aquellos tiempos.

El conflicto estalla porque la criada, Pilar, ve la ocasión para sacar provecho de la situación y vengarse de todos. Para ello, le cuenta al Magistral dónde y cuándo tienen las relaciones Mesías y Ana. Bastó adelantar la hora del despertador de don Víctor para que, al salir temprano a cazar, coincidiera con Mesías, descendiendo del balcón y saltando la tapia. El bueno de don Víctor le tuvo a tiro, pero se dio cuenta que no era capaz de matar a nadie.

Don Víctor, sin saberlo Ana, reta a un duelo a Mesías. Éste lo acepta solo por no parecer cobarde, hiere a don Víctor y huye a Madrid.

Ana, al enterarse, vuelve a caer enferma, como siempre que tenía problemas, busca de nuevo refugio en la religión y el Magistral, pero éste ni siquiera acepta hablar con ella, dándole la espalda, como la sociedad de Vetusta entera. Solo don Víctor y dos de sus amigos íntimos se portan bien con ella.

En este caso, los dos maridos, el de Ana y el de Madame Bovary, merecen la misma consideración por parte de sus esposas: son buenos, inocentes, pero nada atractivos para ellas. Los novelistas son más despiadados, porque tanto el magistrado como el médico aparecen como personajes que no se enteran de lo que está pasando, colaboran sin saberlo en los procesos de seducción y reaccionan perdonando a sus esposas.

5.2.5.- Don Álvaro Mesías, el seductor. Un don Juan aplaudido por numerosos hombres y ayudado y deseado por algunas mujeres.

Presidente de los liberales de Vetusta, poco radical y muy dispuesto a todo tipo de apañes políticos, que le permitían manipular al presidente de los conservadores, es un hombre maduro, en torno a los 50 años, seductor reconocido y admirado por numerosos hombres y no pocas mujeres.

Su concepción del amor se reducía al placer sexual, aunque sabía adaptarse a las mujeres si le interesaban. En el caso de Ana, siguió toda una estrategia de seducción basada en varios pilares:

- (a) La paciencia, no forzando situaciones ni conductas, mientras ella estaba en una fase mixtico-religiosa,

convencida de sus deberes matrimoniales y sometida al Magistral. Una paciencia sin fin, mientras todo su entorno, muy pendiente de su fracaso o éxito, creía que ya había vencido el Magistral.

(b) Tratarla con educación y cortesía, manteniendo la distancia, y con conductas convencionales propias de un hombre de mundo que sabe alagar, sin ofender. Tenía que ofrecer una visión correcta y distinta a su fama de don Juan, convencerla de que él no era así y, sobre todo, haciéndole creer que ella era una mujer única, especial, la mejor, de la que realmente estaba enamorado.

(c) Hacerse amigo, más bien solo parecerlo, del marido de Ana. Esto le daba ocasiones para verla y estar cerca de ella, a la vez que se aseguraba que un hombre digno y bueno hablara bien de él, como amigo y persona. De hecho, Don Víctor aceptó de buen grado que estuviera en muchas ocasiones cerca de Ana, bailara con ella y hablaran en su propia casa a solas.

(d) Reprimir la tentación de forzar la situación haciendo lo que él llamaba un “ataque”.

(e) Valerse de Pilar, la criada, para poder llevar una doble vida con Ana, encontrándose cada noche en la propia cama de La Regenta, porque siempre dormía en diferente habitación que su marido.

(f) Usar cualquier tipo de medio, siempre que no conllevara un rechazo por parte de Ana o un escándalo social. Por ejemplo, cuándo intentó comprar a Pilar, la criada, ésta le sorprendió no aceptando su oferta económica, pero si asegurándole que le serviría con gusto a sus propósitos si, a la vez, también tenía relaciones sexuales con ella. Mesías no lo dudó y aceptó algo que no hubiera soportado Ana, si lo hubiera sabido. De esta forma engañaba, a la vez, a su mujer, a Don Víctor y a Ana.

Por lo demás, Clarín no detalla, como era propio de su tiempo, las palabras y conductas concretas de naturaleza sexual que llevó a cabo en el proceso final de seducción, ni tampoco las relaciones sexuales, a diferencia de lo que ocurre en la novela de Madame de Bovary.

En todo caso, no puede hablarse de enamoramiento de Mesías, ni de un proyecto de compromiso, sino de un fuerte Deseo sexual y una alta Atracción, como demuestran lo que hizo, en paralelo, teniendo relaciones con Ana y con Pilar, la criada de la Regenta, y su huida a Madrid una vez estallado el conflicto.

Clarín prefirió el final que hemos señalado, poniendo el énfasis en la hipocresía social y el triunfo de Mesías sobre el Magistral, con una crítica mordaz del clero y más liviana del machismo, en lugar de explorar el posible conflicto entre el tipo de relación que quería Ana y el que tenía Mesías. Clarín prioriza la denuncia del clero y el peso que sus doctrinas tienen socialmente, por perversas, y a toda la sociedad por ser, por un lado, hipócrita, y por otro, por estar sometidos a los valores y costumbres dominantes, como el concepto de “honor”, la dominación religiosa y la leyes opresoras, especialmente para las mujeres, en un Estado confesional.

Esta obra, como se ve, como la de Madame Bovary está muy lejos del enfoque y los personajes de “El amante de Chatterley”, que no se doblegan a esa sociedad sexofóbica e hipócrita.

Nota:

Las citas se toman de la versión: Leopoldo Alas “Clarín”: La Regenta Volumen I y II. Barcelona, Ediciones Orbis.

Eventos / Events 2020

Junio

04-07

AASECT 2020 Annual Conference

Palm Springs (EEUU)

www.aasect2020.com

Septiembre

Pendiente de fecha

XX Congreso de la Federación Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual (FLASSES)

Lima (Perú)

www.flasses.net

Octubre

21-24

1^{er} Congreso Latinoamericano de la Academia Internacional de Reproducción Humana

Cartagena (Colombia)

www.reproduccionhumana2020.com

Noviembre

5-7

XV Congreso Español de Sexología y IX Encuentro Iberoamericano de Profesionales de Sexología

Jérez de la Frontera (España)

www.fessjerez2020.es

23-26

15th Congress of the European Federation of Sexology

Aalborg (Dinamarca)

www.europeansexologycongress.org

NORMAS PARA LOS AUTORES DE LA REVISTA “De Sexología”

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

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

NORMAS GENERALES

- Carta de presentación
- Primera página

NORMAS ESPECIFICAS POR SECCIONES

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

- Noticias nacionales e internacionales
- Agenda
- Comentarios de libros, fármacos, instrumentos....
- Información de sociedades científicas

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- Tablas y Figuras
- Bibliografía
- Listado de comprobación

NORMAS GENERALES

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

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

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

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

CARTA DE PRESENTACIÓN

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

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

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

PRIMERA PÁGINA

La primera página del texto debe incluir:

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

NORMAS ESPECÍFICAS POR SECCIONES

EDITORIALES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

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

ORIGINALES

ESTUDIOS ORIGINALES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

Resumen

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

Debe incluir el **título del trabajo**.

El resumen deberá ser comprendido sin necesidad de leer total o parcialmente el artículo. Debe ser redactado de modo preciso desarrollando los puntos esenciales del artículo y no podrá incluir información que no aparezca en el texto. No excederá las **250 palabras**, estructurándose en los apartados:

-Objetivo: identificación clara del propósito principal el estudio.

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

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

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

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

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

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

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

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

Texto

Se recomienda la redacción en impersonal.

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

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

-Introducción

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

-Material y métodos.

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

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

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

-Resultados

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

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

-Discusión

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

-Agradecimientos

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

-Bibliografía

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

Puntos básicos y esquema general del estudio

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

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

Material informático adicional

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

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

COMENTARIOS A ORIGINALES

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

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

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

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

ORIGINALES BREVES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

CASOS CLÍNICOS

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación (ver normas generales)
- Primera página (ver normas generales)
- Texto (máximo: 4 hojas DIN-A4 a doble espacio)

-Tabla y/o figuras (máximo: 1). (ver información complementaria) .

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

La estructura del texto será la siguiente:

-Introducción

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

-Discusión y conclusiones.

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

-Carta de presentación (ver normas generales)

-Primera página (ver normas generales)

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

-Resumen

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

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

El texto debe estructurarse en los siguientes apartados:

Introducción

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

Objetivos

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

Método

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

Discusión

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

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

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

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

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

REVISIONES

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

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

DERECHOS SEXUALES

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

ARTICULOS ESPECIALES

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

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

(con distinta denominación según contenido) :

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

CARTAS AL DIRECTOR

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

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

El número máximo de autores será de 4.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

-TABLAS Y FIGURAS

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

Las tablas deben ser sencillas y no duplicarán información del texto. Constarán de un título breve que explique su contenido. Su estructura debe ser simple presentando la información en una

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

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

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

-FOTOGRAFIAS

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

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

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

-BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

Revista

1) Artículo ordinario .

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

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

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

2) Author corporativo

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

3) No se indica el nombre del autor

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

4) Suplemento de un volumen

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

5) Suplemento de un número

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

6) Número sin volumen

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

7) Indicación del tipo de artículo

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

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

8) Trabajo en prensa

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

Libros y otras monografías

9) Autores personales

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

10) Editores o recopiladores como autores

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

11) Capítulo de un libro

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

12) Actas de reuniones

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

Material electrónico

13) CD-ROM

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

14) Artículos de revistas en Internet

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

15) Monografías en Internet

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

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

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

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

GENERAL GUIDELINES

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

SPECIFIC GUIDELINES PER SECTION

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

SUPPLEMENTAL INFORMATION

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

GENERAL RULES

Space for authors: manuscripts may be sent **via e-mail** to the following address: felipehurtadomurillo@gmail.com, or through **regular mail (in duplicate)** to the following address: Calle Serpis, 8-1º-2ª. 46021 - Valencia

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

Printed manuscripts must be accompanied by a copy on magnetic support (diskette or CD). A commonly known word processor must be used, the format must be as simple as possible, avoiding automatic formats such as headings or foot marks. The diskette or CD must be labeled with the work title, first author's last name, and word processor used.

Manuscripts must have the following structure:

- Introductory letter.
- Title page.
- Core of the work according to the section guidelines.

The Editorial Board will notify the reception of all manuscripts and will assign a code to each one. The Editorial Board may reject any manuscript not considered appropriate, and may suggest any modifications considered appropriate, and shall not be held responsible for any material that has been rejected, once the decision has been communicated to the authors.

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

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

INTRODUCTORY LETTER

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

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

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

TITLE PAGE

The title page must include:

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

Abstract

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

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

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

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

SPECIFIC GUIDELINES FOR SECTIONS

EDITORIALS

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

Maximum number of authors: 2.

The structure of the study shall be as follows:

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

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

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

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

Maximum reference number: 12.

ORIGINALS

ORIGINAL STUDIES

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

Maximum recommended number of authors: 6.

Studies must adhere to the following structure:

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

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

Abstract

An abstract in Spanish and English must be included.

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

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

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

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

Text

Impersonal style recommended.

Maximum text length shall be **8 DIN-A4 pages**, on one surface, doublespace,

Times New Roman type 12 cpi.

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

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

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

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

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

Subheadings may be used to aid in the presentation. **Tables and figures** are strongly recommended, without repeating the data shown in the main text. Main results must include corresponding **confidence intervals**, and types of **measurements** and **statistical tools** utilized, if applicable must be indicated. If the value of statistical significance is below 0.20, the exact value should be stated.

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

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

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

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

Basic points and overall scheme of the study

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

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

Additional computer material

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

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

COMMENTARIES TO ORIGINAL WORKS

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

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

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

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

SHORT ORIGINALS

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

Maximum number of authors: 6.

The manuscript shall have the following structure:

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

Each section must start on a new page.

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

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

- Objective
- Design
- Site
- Participants
- Interventions (if applicable)
- Main measurements
- Results
- Discussion and conclusions

Maximum number of references: 6.

CLINICAL CASES

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

Maximum author number: 6.

The manuscript structure will be as follows:

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

Each section must start on a new page.

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

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

Maximum number of references: 6.

RESEARCH PROJECTS

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

Maximum author number: 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

The text must contain the following sections:

- **Introduction:** a brief review on background information on the topic under discussion, focus will be placed on the interest and need to conduct the study.
- **Objectives:** the main and secondary (if applicable) study objective/s shall be clearly defined.

- **Methods:** the study's design features must be described in detail to facilitate understanding. Subtitles may be used, and the following are recommended: study design, site, inclusion and exclusion criteria, group formation (if applicable), interventions (if applicable), subject follow-up (if applicable), measurement definitions and methods of the main variables, analysis strategy.

- **Discussion:** this section should have **two subtitles**:

- **Design limitations:** comments of the limitations and study design decision justification.

- **Practical application:** comments on potential utility of expected results and practical application and sexologic relevance.

Maximum reference number: 20.

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

UPDATES ON SEXOLOGY

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

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

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

Maximum number of authors: 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

Maximum reference number: 50.

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

PUBLICATIONS REVIEWS

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

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

Maximum number of authors: 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

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

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

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

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

REFLECTIONS ON SEXOLOGY

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

The maximum number of authors is 3.

The manuscript must have the following structure:

- Introductory letter (see general guidelines).
- Title page (see general guidelines).
- Abstract (150 words), key words (3).

- Text (maximum: 7 DIN-A4 pages, double-space).
- Tables and figures (maximum: 2) (see supplemental information).

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

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

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

Maximum reference number: 12.

SEXUAL RIGHTS

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

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

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

LETTERS TO THE EDITOR

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

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

Maximum number of authors: 4.

The manuscript must have the following structure:

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

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

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

SUPPLEMENTAL INFORMATION

Tables and figures

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

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

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

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

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

Figures must be used only if there is no other format to clearly explain the information obtained.

Data appearing elsewhere must not be presented in this format.

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

Photographs

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

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

References

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

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

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

The following are examples of reference formats:

Journal

1) Regular article.

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

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

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

2) 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>