



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

Intersexualidad. ¿Qué es “normal”? 4

Intersex. What is “normal”?

Y. Morant Luján

Artículos científicos originales / Original scientific articles

Incongruencia de género: detransiciones y arrepentimientos 7

Gender incongruence: detransitions and regrets

M. Gómez-Porras, F. Hurtado-Murillo, M. Gómez-Balaguer, M. Pazos-Guerra

A. Martín González, A. Broccoli, D. Meneses González, M. Rodríguez-Collados

C. Del Castillo-Villaescusa, E. Cuñat-Navarro, C. Morillas-Ariño

**Análisis relacional entre la imagen corporal, la satisfacción sexual femenina
y factores sociodemográficos** 24

Relational analysis between body image, female sexual satisfaction and
sociodemographic factors

GE. Buri Guamán, AC. Ochoa Pineda, KR. Parada Muñoz.

Reflexiones en sexología / Reflections on sexology

**La atención a la respuesta sexual del paciente con cardiopatía isquémica
de debut en fase hospitalaria: Consideraciones desde la Psicocardiología** 34

The attention to the sexual response of the patient with ischemic heart disease
of debut in hospital phase: Considerations from the Psychocardiology

T. Rodríguez-Rodríguez

Sexualidad y cultura / Sexuality and culture

La Lozana Andaluza 38

F. López Sánchez

Agenda / Events 46

Normas de publicación / Authors guidelines 48

Boletín de suscripción / Subscription form 77

Revista Desexología

Revista Científica de Sexología

Director

Felipe Hurtado Murillo

Directores asociados

Carlos San Martín Blanco (Santander)

María Pérez Conchillo (Valencia)

Consejo de redacción

Ana Rosa Jurado López (Málaga)

María Lameiras Fernández (Ourense)

Antonio Casaubón Alcaráz (Granada)

Andrés López de la Llave (Madrid)

Comité editorial

Marta Arasanx Roche (Barcelona)

Rosemary Coates (Australia)

José Díaz Morfa (Madrid)

Rubén Hernández Serrano (Venezuela)

Félix López Sánchez (Salamanca)

Cristina Tania Fridman (Argentina)

José Luis Arrondo Arrondo (Navarra)

Eusebio Rubio Auriolos (México)

Carmen Pérez-Llantada Rueda (Madrid)

Antonio Pacheco Palha (Oporto, Portugal)

Manuel Más García (Tenerife)

Teresita Blanco Lanzillotti (Uruguay)

José Bustamante Bellmunt (Alicante)

Beverly Whipple (New Jersey, EE.UU.)

Ignacio Moncada Iribarren (Madrid)

Eli Coleman (Minnesota, EE.UU.)

Rafael García Álvarez (Rep. Dominicana)

José Cáceres Carrasco (Navarra)

Felipe Navarro Cremades (Alicante)

Francisco Donat Colomer (Valencia)

Marcelino Gómez Balaguer (Valencia)

Olatz Gómez Llorens (Valencia)

Antonio Martín Morales (Málaga)

Ángel Luis Montejo González (Salamanca)

Manuel Lucas Matheu (Almería)

Ramón González Corrales (Ciudad Real)

Ana Puigvert Martínez (Barcelona)

Gemma Pons Salvador (Valencia)

Antonio Sánchez Ramos (Toledo)

M. José Tijeras Úbeda (Almería)

Froilán Sánchez Sánchez (Valencia)

Inmaculada Bayo (Barcelona)

Rafael Prieto Castro (Córdoba)

Isbelia Segnini (Venezuela)

Carolina Villalba (Uruguay)

Kevan Wyle (UK)

Rosa María Montaña (Valladolid)

Carlos De La Cruz (Madrid)

Silverio Saenz Sesma (Zaragoza)

Natalia Rubio (Madrid)

Koldo Seco (Bilbao)

Concepción San Luis Costas (Madrid)

Francisco Javier Giménez Río (Granada)

Luz Jaimes (Venezuela)

Jaqueline Brendler (Brasil)

María de Los Ángeles Nuñez (Ecuador)

Dinorah Machin (Uruguay)

Cristina González Martínez (España)

Ligia Vera Gamboa (México)

Francisco Javier del Río Olvera (España)

María Honrubia Pérez (España)

Francisca Molero Rodríguez (España)

Guillermo González Antón (España)

Intersexualidad. ¿Qué es “normal”?

Intersex. What is “normal”?

Morant Luján Y

Médica Psiquiatra. Sexóloga y Terapeuta de Pareja. Unidad de Salud Mental Paterna. Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Lliria. Valencia.

Correspondencia

Yolanda Morant Luján

Dirección postal: Calle Espartero, 61, 2ª

46450-Benifaió. Valencia

Dirección electrónica: yolimorantlujan@gmail.com

Fecha de recepción: 1 de mayo de 2020. **Fecha de aceptación:** 16 de junio de 2020

Palabras clave: Intersexualidad. Sexo. Reasignación de sexo.

Keywords: Intersex. Sex. Sex reassignmet.

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

La intersexualidad es una condición sexual más incluida dentro del continuum de seres sexuados, existiendo tantas condiciones sexuales como personas somos en el mundo.

El concepto de SEXUACIÓN^{1,2} es entendido como el proceso a través del cual, y a lo largo de toda la vida, las personas se construyen como “hombres” y “mujeres”, entendiendo estos dos conceptos creados por la sociedad como “grupo de características que en su conjunto forman lo que entendemos como hombre o mujer”. De esta manera categorizamos de forma binaria³ -y quizá demasiado simplista- la sexualidad de cada persona (es decir, como se vive cada uno su propio proceso de sexuación).

El proceso de sexuación es per se un proceso longitudinal, que requiere de tres elementos fundamentales: característica sexual, agente sexual y TIEMPO. Tiempo que en muchas ocasiones no se ofrece, ni a la propia persona ni a la familia cuando se trata de condiciones presentadas al nacer,

exigiendo siempre premura para “decidir que es”, coartando y reduciendo la capacidad de expresión. Me cuestiono: ¿porque las “personas con condición sexual definida” no somos juzgadas si variamos a lo largo de nuestra vida, y aquellas “consideradas intersexuales” deben tomar decisiones con rapidez, muchas veces desde el secreto, y con una historia posterior forzada hacia la condición elegida? Pasamos la vida conociéndonos...la intersexualidad es una condición más y también requiere un tiempo de autodescubrimiento.

Volviendo al hilo inicial, el hecho de dividir en dos un grupo de características que inicialmente son indiferenciadas pero con alto poder sexual es una opción aceptable, dado que una gran parte se pueden incluir dentro de la curva de la campana de gauss, pero a su vez muy reduccionista, dejando fuera a todos aquellos seres que se presentan con “variantes de la normalidad”.

Este hecho tiene elevadas connotaciones a varios niveles: personal/individual, familiar, social y de salud:

- Personal/individual: sobre las dudas que pueden surgir ante la vivencia de la sexualidad, tal y como pasa en cualquier persona, pero con un peso social añadido debido a los cánones de la época, lo que puede llevar a sensación de confusión, rareza, incluso enfermedad.
- Familiar-Social: marcada influencia en base a la mirada que les devuelve el entorno en el que se desenvuelven: de comprensión, de ignorancia, de compasión...en base a esto podrán sentir confusión, empoderamiento y reafirmación o normalización de la condición sexual.
- Salud: sobre la respuesta ofrecida desde la comunidad médico-científica, que al menos en el pasado ha sido poco inclusiva con tendencia a la “corrección” de aquellos caracteres que no entraban dentro de los conceptos poco flexibles de “normalidad”, contribuyendo gratuitamente a la patologización de la variabilidad⁴.

Puedo llegar a entender, que no justificar, que en el pasado, con menos conocimientos científicos y en busca de la “máxima normalidad” posible con la finalidad de reducir el supuesto estigma asociado a la intersexualidad (encuadrado todo ello en una sociedad heteropatriarcal, con roles de género estrictos en los que cada uno tenía una función definida y aquel que no la cumplía quedaba desterrado socialmente, y con alta importancia de la procreación) se pudieron cometer muchos errores que han conllevado una carga y sufrimiento emocional difícil de subsanar.

La cuestión del tabú asociado a lo anterior, del “aquí no pasa nada” ha formado parte de la sociedad en muchos ámbitos, en distancias económicas, sociales y como no en la salud. Pero el tabú también incide, y traduce vacío: aquello que se transmite, que se habla, se puede transformar; pero lo que no se transmite se registrará como un vacío de pensamiento. Todo lo que queda arrasado genera inseguridad, desapego y desvinculación...y todo ello coincide en demasiados casos en lo que han sentido y sienten las personas intersex.

En esta línea, y teniendo en cuenta todos los factores, la reasignación de sexo gonadal al nacer en personas intersexuales es un “arma de doble filo”, y la repercusión que pueda tener en caso de hacerla o no dependerá de cada persona. Por un lado entiendo el menor impacto que puede tener las cirugías cuanto menor edad se tenga, así como la necesidad de tratar enfermedades co-mórbidas en algunos tipos de intersex que forman parte de un síndrome. En estos casos la reasignación de sexo puede ser necesaria para el adecuado funcionamiento de genitales y evitar problemas de salud (infecciones, etc.). Por otro lado, elegir “en que bando debe jugar” una persona que tiene toda la vida para desarrollar su proceso de sexuación es arriesgar demasiado. La sexuación acaba de empezar y cada uno de los caracteres y características de cada persona no tiene porque ser o claramente “femenina”, o claramente “masculina”; pues no hay nadie, tampoco las personas no intersexuales, que sea al 100% hombre o al 100% mujer.

En resumen, es clave entender que todos construimos nuestra identidad –y nuestra sexualidad- en base a lo que sentimos, pero también en espejo de aquellos que tenemos a nuestro alrededor, de los iguales, de su forma y contenido, que nos devolverán un conjunto de características que asumiremos como “normales”, y que contribuyen enormemente a nuestro levantamiento como individuos. No siempre se vive con normalidad el “sentirse diferente”, sino que en ocasiones también lleva a elevada angustia. ¿Cual es la solución? Debe haber un cambio conceptual conjunto y sinérgico para que la auto y heteroinspección sea congruente. La congruencia viene acompañada de una mejor comprensión. Y la comprensión significa, muchas veces, ausencia de malestar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amenzúa E. Educación de los sexos: la letra pequeña de la educación sexual. Revista Española de sexología. 2001; 107-108.
2. Landaarroitajauregui JM. Términos, conceptos y reflexiones para una comprensión sexológica de la transexualidad. Anuario de Sexología. 2000; 6:79-126

3. Fine C, Joel D, Rippon G. Eight things you need to know about sex, gender, brains and behaviour: a guide for academics, journalists, parents, gender diversity advocates, social justice warriors, tweeters, facebookers, and everyone else. S&FOnline. 2019; 15:2
4. Carroble JA, Sanz A. El tratamiento de los problemas sexuales. In: Fundación Universidad-Empresa, editores. Terapia Sexual. Madrid; 1991. p83-124

Incongruencia de género: detransiciones y arrepentimientos

Gender incongruence: detransitions and regrets

Gómes-Porras M^{1*}, Hurtado-Murillo F², Gómez-Balaguer M¹, Pazos-Guerra M^{1*}, Martín-González A^{1*}, Broccoli A^{1*}, Meneses González D^{1*}, Rodríguez-Collados M^{1*}, Del Castillo-Villaescusa C³, Cuñat-Navarro E¹, Morillas-Ariño C¹

1- Servicio de Endocrinología y Nutrición de la Unidad de Identidad de Género del Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

2- Centro de Salud Sexual y Reproductiva de la Unidad de Identidad de Género del Departamento Valencia Doctor Peset, Valencia, España.

3- Servicio de Endocrinología Pediátrica de la Unidad de Identidad de Género del Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Correspondencia

Felipe Hurtado Murillo

Unidad de Identidad de Género

Centro de Salud “Fuente San Luis”

Calle Arabista Ambrosio Huici, 30

46013-Valencia

Correo electrónico: felipehurtadomurillo@gmail.com

Fecha de recepción: 24 de febrero de 2020. **Fecha de aceptación:** 28 de mayo de 2020

Resumen

Introducción: La demanda de atención sanitaria a personas transexuales y con diversidad en identidad ha aumentado en los últimos años, con especial incidencia en menores de edad. También, hay un interés social y sanitario creciente en el fenómeno contrario conocido como detransición o retransición que consiste en detener y/o revertir, parcial o total, temporal o permanentemente, la identificación transexual o la transición de género, ya sea por medios sociales, legales y/o médicos. Aunque comúnmente se asocia con arrepentimiento, no siempre coinciden.

Objetivo: Proporcionar datos sociodemográficos, antecedentes de identidad, de la salud y del proceso asistencial de las personas que solicitan iniciar el proceso de tratamiento de afirmación de género en la Unidad de Identidad de Género (UIG) Valencia Doctor Peset. En segundo lugar, obtener los mismos datos y antecedentes en personas que han decidido desistir y/o detransicionar.

Material y métodos: Cohorte de 226 personas con incongruencia de género que habían solicitado demanda asistencial en la UIG, entre el 1 de enero 2017 y el 31 de diciembre 2018. Por otro lado, se analizaron las historias clínicas de aquellas personas que decidieron desistir y/o detransicionar en su demanda asistencial, con independencia del tiempo de inicio de su proceso de transición médica en la UIG. Los datos fueron obtenidos mediante la revisión de historias clínicas y entrevistas telefónicas semiestructuradas.

Resultados: 143 (63.3%) eran hombres transexuales (MaH) y 83 (36.7%) mujeres transexuales (HaM), con una razón hombre transexual/mujer transexual de 1.7:1. La edad media de inicio del sentimiento identitario fue de 13.6±5.5 años. La disforia de género intensa estuvo presente en el 72,1%. En la revisión de las historias clínicas había registros de 4 personas desistentes y 14 con

detransiciones. Las cuatro desistencias de género fueron mujeres transexuales que manifestaron una disforia de género de intensidad leve y tres tenían antecedentes de salud mental (una depresión y dos con esquizofrenia). En las 14 personas con detransición, nueve eran mujeres transexuales, ocho manifestaron leve de disforia de género y solamente tres tenían apoyo familiar. La mitad tenían antecedentes de salud mental.

Conclusión: En nuestra cohorte, la mitad de las detransiciones fueron debidas a factores externos (5 por falta de apoyo familiar, 1 por falta de apoyo de la pareja y 1 por efectos adversos de la THC), el resto por factores internos debidos a insatisfacción personal y arrepentimiento.

En contraste, todas las desistencias fueron justificadas por factores internos (dudas identitarias y psicopatología descompensada) detectados durante el seguimiento psicológico y que probablemente, de no haber sido valoradas oportunamente en la evaluación psicológica habrían transicionado sin conseguir alivio de la disforia de género.

Palabras clave: Incongruencia de género. Detransición. Desistencia de género. Causas de detransición. Causas de desistencia.

Abstract

Introduction: The demand for health care for transgender people and people with identity diversity has increased in recent years, with special incidence in minors. Also, there is a growing social and health interest in the opposite phenomenon known as detransition or re-transition that consists of stopping and / or reversing, partially or totally, temporarily or permanently, transsexual identification or gender transition, either through social media, legal and / or medical. Although commonly associated with regrets, they do not always coincide.

Objective: To provide sociodemographic data, identity history, health and care process of people who request to start the process of treatment of gender affirmation in the Gender Identity Unit (GIU) Valencia Doctor Peset. Second, obtain the same data and background on people who have decided to desist and / or detransition.

Material and methods: Cohort of 226 people with gender incongruence who had requested healthcare demand at the GIU, between January 1, 2017 and December 31, 2018. On the other hand, the medical records of those people who decided to desist and / or detransition in your healthcare demand, regardless of the start time of your medical transition process at the UIG. Data were obtained by reviewing medical records and semi-structured telephone interviews.

Results: 143 (63.3%) were transsexual men (MaH) and 83 (36.7%) transsexual women (HaM), with a ratio of transsexual man / transsexual woman of 1.7: 1. The mean age of onset of identity feeling was 13.6 ± 5.5 years. Intense gender dysphoria was present in 72.1%. In the review of the medical records, there were records of 4 people who were absent and 14 with detransitions. The four with gender desistance were transsexual women who manifested mild intensity gender dysphoria and three had a history of mental health (one depression and two with schizophrenia). Of the 14 people with detransition, nine were transsexual women, eight manifested mild gender dysphoria and only three had family support. Half had a history of mental health.

Conclusion: In our cohort, half of the people with detransition were due to external factors (5 due to lack of family support, 1 due to lack of partner support and 1 due to adverse effects of THC), the rest due to internal factors due to personal dissatisfaction and regret.

In contrast, all the people with gender desistance were justified by internal factors (identity doubts and uncompensated psychopathology) detected during the psychological follow-up and that probably, if they had not been timely evaluated in the psychological evaluation, they would have transitioned without obtaining relief from dysphoria gender.

Keywords: Gender incongruence. Detransition. Gender desistance. Causes of detransition. Causes of desistance.

*El artículo se ha realizado con los datos pertenecientes a la Unidad de Identidad de Género del Departamento Valencia Doctor Peset (Comunitat Valenciana), y forma parte del trabajo efectuado durante su rotación externa los y las residentes de los hospitales Clínico de San Carlos (Madrid) y la Paz (Madrid).

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

INTRODUCCIÓN

En el proceso de acompañamiento de las personas transexuales, la medicalización es una opción libremente escogida y forma parte del proyecto que cada persona desarrolla y elige. La llamada transición de género es un proceso personal y único de autoafirmación de la propia identidad que persigue la adaptación progresiva a la identidad de género sentida¹. Para algunas personas implica aprender a vivir socialmente en el otro rol de género, mientras que para otras, significa encontrar un rol y expresión de género que les resulte más cómodo². Es un proceso complejo que puede involucrar cambios a distintos niveles: sociales (nombre, artículos y pronombres, dinámica de relaciones sociales, roles de género, vestimenta, peinado, técnicas de aseo o maquillaje, creencias religiosas, filosóficas y/o políticas), legales (nombre y género en documentos oficiales) y/o médicos (tratamientos hormonales y cirugía de afirmación de género), ocurrir a diferentes niveles entre las distintas esferas de la vida y su duración es variable³. A pesar de que los tratamientos de afirmación de género no son la única solución a la disforia de género, existe evidencia de que los tratamientos de afirmación de género son efectivos para mejorar la disforia de género, disminuir la presencia de psicomorbilidad y optimizar la calidad de vida^{4,5}.

En los últimos años, hay un interés social y sanitario creciente en el fenómeno contrario conocido como detransición o retransición. La detransición también es un proceso personal y único que consiste en detener y/o revertir, parcial o total, temporal o permanentemente, la identificación transexual o la transición de género, ya sea por medios sociales, legales y/o médicos^{3,6}. Aunque comúnmente se asocia con arrepentimiento, no siempre coinciden.

Varios autores afirman que la decisión de detransicionar se presenta con mayor frecuencia en las etapas iniciales del proceso de transición, cuando las personas transexuales aún están explorando sus opciones, siendo excepcional después de la cirugía de afirmación de género⁷⁻⁹.

Por otra parte, el proceso de desistencia es también muy controvertido y se refiere a la no persistencia de la incongruencia de género en la adolescencia y adultez, generando el debate de cuál es la edad prudente para permitir que los niños y las niñas vivan públicamente en su género sentido¹⁰. Esta definición no discrimina a quienes transicionaron de los que no lo hicieron, por lo que podrían solaparse casos de desistencias transicionadas y detransiciones reales en adolescentes y adultos jóvenes. En el presente estudio, el término desistencia se utiliza para englobar a todas las personas transexuales, en cualquier etapa de la vida, que interrumpieron el tratamiento y seguimiento psicológico y/o médico previamente a la transición de cualquier tipo, postergándola temporal o definitivamente, por causas relacionadas con su identidad de género. Mientras que los casos de pérdida del seguimiento sin cese de la transición y por motivos independientes a la identidad de género fueron clasificados dentro de la categoría de otras causas.

Existe una atmósfera de censura en torno a la investigación de la detransición y por ende un gran vacío sanitario y legal, principalmente debido a que grupos transfobos han intentado utilizarla como justificación para invalidar la experiencia transidentitaria y la necesidad de la terapia transafirmativa y, algunos activistas, temen que se convierta en una amenaza política para los derechos de las personas transexuales y con diversidad identitaria. Además, la censura ha alcanzado el ámbito sanitario, quedando reflejado con el cierre de

mesas redondas dirigidas a la detransición en la Conferencia de Salud Trans de Filadelfia del Centro Mazzonli del 2017 alegando que "cuando un tema se vuelve controvertido, como este se ha convertido en las redes sociales, existe el deber de asegurar que el debate no se salga de control". La censura ha traído como consecuencia que, hasta la fecha, ni la Asociación Profesional Mundial para la Salud del Transgénero en su séptima edición², ni las distintas Sociedades Europeas relacionadas, hayan elaborado directrices legales, psicológicas ni médicas dirigidas a prestar una atención sistematizada a las personas detransicionadoras en las Unidades de Identidad de Género (UIG).

El objetivo de este estudio fue, en primer lugar, proporcionar datos sociodemográficos, antecedentes de identidad, de la salud y del proceso asistencial de las personas que solicitan iniciar el proceso de tratamiento de afirmación de género en la UIG. En segundo lugar, obtener los mismos datos y antecedentes en personas que han decidido desistir y/o detransicionar tras iniciar procesos de demanda asistencial de afirmación de género en la Unidad de Identidad de Género Valencia Doctor Peset de la Comunidad Valenciana en España.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre los meses de julio y agosto de 2019, obtuvimos datos para un estudio transversal, que, por un lado, reclutó 226 personas transexuales que habían solicitado demanda asistencial por primera vez en la Unidad de Identidad de Género (UIG) Valencia Doctor Peset de la Comunidad Valenciana, entre el 1 de enero 2017 y el 31 de diciembre 2018. Por otro lado, se analizaron las historias clínicas de personas transexuales que habían decidido desistir y/o detransicionar en su demanda asistencial con independencia del tiempo de inicio de su proceso de transición médica en la UIG.

Los datos se obtuvieron mediante la revisión de historias clínicas y entrevistas telefónicas semiestructuradas, hasta en dos ocasiones, a aquellas personas transexuales que presentaban un seguimiento irregular. Los datos fueron recogidos por dos investigadores

independientes y revisados por un tercer investigador.

Los datos recogidos fueron los siguientes: datos sociodemográficos, antecedentes de identidad de género (identidad sentida, edad de inicio, presencia de fenómeno Rapid Onset Gender Dysphoria-ROGD e intensidad de la disforia de género), orientación sexual, hábitos de consumo de sustancias, antecedentes de salud, datos de la evaluación de la demanda asistencial, de los tratamientos de afirmación de género, del apoyo familiar, motivos y tiempo transcurrido hasta la desistencia y/o detransición en la UIG.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico Stata/IC v.15.1 (StataCorp LLC, College Station, TX, USA). La descripción de los datos cualitativos se realizó en forma de frecuencias y porcentajes y los datos cuantitativos mediante media aritmética, desviación típica, máximo y mínimo. Se realizó un análisis de regresión logística univariante, después de lo cual se eliminaron las variables con errores estándar elevados y aquellas no significativas. Para la inclusión en el modelo de regresión logística multivariante, se siguió la estrategia listwise (se descartaron las observaciones con valores ausentes) y se introdujeron las variables con significación estadística y las más importantes desde el punto de vista teórico.

Para detransición se introdujeron las variables se identificaron como factores predictores independientes de detransición: identidad de género, mayoría de edad legal, fenómeno ROGD, género no binario y falta de apoyo familiar.

Para desistencia se introdujeron las variables que se identificaron como factores predictores independientes de desistencia: mayoría de edad legal, edad de inicio del sentimiento identitario, fenómeno ROGD y falta de apoyo familiar.

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos y de antecedentes identitarios se muestran en la tabla 1. Un total de 226 personas solicitaron demanda asistencial para iniciar procesos de transición de género en la UIG entre el 2017 y 2018. De ellas, 67 (29.6%) eran menores de 18 años y 159 (70,4%) mayores de edad,

siendo su edad media de 22.9 ± 9.5 años (con una edad mínima de 8 años y una edad máxima de 69 años).

Según identidad de género sentida, 143 (63.3%) eran hombres transexuales (MaH) y 83 (36.7%) mujeres transexuales (HaM), con una razón hombre transexual/mujer transexual de 1.7:1. La edad media de inicio del sentimiento identitario fue de 13.6 ± 5.5 años (edad mínima de 3 años y edad máxima de 41 años), con una distribución de la siguiente manera: 13.5% en la infancia (0-9 años), 77% en la adolescencia (10-20 años), 9% personas adultas jóvenes (21 a 35 años) y 0.5% personas adultas mayores (36 a 60 años). Se identificaron como fenómeno ROGD a 8 sujetos (3.5%) y 6 (2.7%) se autoclasificaron como personas no binarias aunque mostraron preferencias corporales hacia uno de los dos sexos binarios y por ello solicitaron tratamientos de afirmación de género.

El 97,1% tenía algún nivel de estudios (36.8% bachillerato, 31.6% secundarios y 28.7% universitarios). Según el estado civil, el 92.5% eran personas solteras, 6.1% estaban casadas y 1,4% divorciadas.

Distribuidas por orientación sexual, el 40% se definía bisexual, el 30.9% heterosexual y 29,1% homosexual.

Los datos de disforia de género, hábitos de consumo de sustancias y antecedentes de salud se muestran en la tabla 2.

La disforia de género intensa estuvo presente en el 72,1%, la disforia de género leve se mostró en el 22,1% y el 5,8% manifestó no tener disforia de género.

En cuanto a los hábitos de consumo de sustancias de abuso, el 21,1% no consumía ninguna sustancia, el 71,4% tabaco, el 6% alcohol y el 1,5% cannabis.

Con respecto a los antecedentes de salud, en la esfera mental la tasa más elevada era el trastorno depresivo (26.4%) con una tasa de ideación/intento autolítico del 10,1%, la fobia social se manifestó en el 3,6%, los trastornos de la personalidad en el 2,7%, el síndrome de Asperger y TDAH se mostraron en tasas iguales (1.8%) y la esquizofrenia en el 1,4%. En cuanto a trastornos orgánicos, el sobrepeso/obesidad se manifestó en el 11,8% y el VIH en el 0,9% de la muestra.

En la tabla 3, se muestran los datos de la evaluación psicológica inicial y de los tratamientos de afirmación de género.

La evaluación psicológica de la demanda asistencial de tratamiento de afirmación de género, fue realizada en el 84,1% de las personas. El 11,5% ya vino con uso de hormonas (7,5% por indicación médica y 4% con autotratamiento). Asimismo, el 21.2% presentaba alguna cirugía de reafirmación de género.

Se inició en la UIG tratamiento hormonal de afirmación de género en un 86,3% y solamente el 3,5% manifestó efectos adversos del tratamiento hormonal. La mayoría (73,9%) tenía apoyo familiar para iniciar la transición de género social, legal y médica.

Las características sociodemográficas y los antecedentes de identidad y de salud en personas con desistencias y detransiciones se puede ver en la tabla 4.

En la revisión de las historias clínicas de la UIG había registros de 4 personas desistentes y 14 con detransiciones.

En las 4 personas que habían desistido, 2 eran menores de 18 años y otras 2 mayores de edad. Las 4 personas desistentes fueron mujeres transexuales, en dos de ellas el inicio de la manifestación de la identidad se manifestó en la adolescencia y en las otras dos en la edad adulta joven. Una de ellas fue clasificada como fenómeno ROGD y otra se autoclasificó como no binaria pero con preferencia binaria corporal y necesidad de tratamiento de afirmación de género. Dos decidieron desistir con menos de seis meses desde el inicio del proceso en la UIG y otras dos entre los seis y los doce meses. Las cuatro manifestaron una disforia de género de intensidad leve. Dos tenían apoyo familiar y las otras dos no tenían tal apoyo. En cuanto a sus antecedentes de salud, tres tenían antecedentes de salud mental (una depresión y dos con esquizofrenia).

En las 14 personas con detransición, nueve eran menores de edad y cinco mayores de edad. Nueve eran mujeres transexuales y cinco hombres transexuales. En la mayoría (13 sujetos) el inicio del sentimiento de identidad de género apareció en la adolescencia y en uno en la infancia. En dos

de los sujetos se manifestó el fenómeno ROGD y 4 plantearon una autoclasificación de personas no binarias pero con preferencia binaria corporal. La mitad (7 sujetos) decidieron detransicionar con menos de seis meses desde el inicio del proceso en la UIG, dos entre seis y 12 meses, otros dos entre uno y tres años, uno entre 3 y 5 años y dos más entre 7 y 9 años de tratamiento. Ocho manifestaron en la evaluación inicial una leve de disforia de género y seis de forma intensa. Solamente tres sujetos tenían apoyo familiar frente a la mayoría (11 sujetos) que no tenían. Respecto a sus antecedentes de salud, la mitad (siete) tenían antecedentes de salud (cuatro con depresión, uno con intento autolítico, uno con trastorno de personalidad y otro con sobrepeso/obesidad).

En la tabla 5 se pueden ver los datos del proceso de transición médica en personas con desistencias y detransiciones.

Las cuatro personas que desistieron tuvieron evaluación y seguimiento psicológico. No llevaban ningún tipo de tratamiento hormonal de afirmación de género cuando empezaron en la UIG pero tampoco llegaron a empezar terapia hormonal pautada en la UIG. Del mismo modo, tampoco tenían realizada ninguna cirugía de afirmación de género. Dos desistieron en los primeros 6 meses desde el inicio de la evaluación y seguimiento en la UIG y las otras dos desistieron entre los seis y los doce meses desde el inicio en la UIG.

Los motivos de desistencia fueron en dos sujetos la inseguridad sobre realizar tratamientos de afirmación de género por dudas de identidad (uno autoclasificado como no binario y otro como fenómeno ROGD) y en otros dos por psicopatología descompensada.

Centrándonos en las detransiciones, de las 14 personas que detransicionaron, 11 tuvieron evaluación y seguimiento psicológico en la UIG, dos llegaron a la UIG con hormonación médica pautada y a nueve se les pautó terapia hormonal cruzada, dos tuvieron efectos adversos por el tratamiento hormonal y tres tenían alguna cirugía de afirmación de género.

Los motivos de detransición socio-legales y médicos están descritos en la tabla 6 y el tiempo transcurrido en la tabla 7.

Cinco sujetos hicieron detransición socio-legal por falta de apoyo familiar en los primeros 6 meses desde el inicio del proceso en la UIG. Nueve hicieron la detransición médica, dos que se habían autoclasificado como no binarios, uno detransicionó en los primeros seis meses y otro entre uno y uno y tres años de tratamiento, tres por insatisfacción personal con los efectos conseguidos por el tratamiento, uno con 6-12 meses, otro con 1-3 años y otro con 3-5 años de tratamiento. Otro sujeto hizo la detransición médica por falta de apoyo de la pareja en los primeros seis meses de tratamiento. Dos decidieron hacer la detransición médica por efectos adversos de la terapia hormonal cruzada entre los seis meses y los 3 años del inicio. Finalmente, otros dos se arrepintieron de la identificación transgénero con cirugía de afirmación de género realizada entre los 7 y los 9 años de haber iniciado el proceso transición médica.

Las variables categóricas asociadas con detransición estadísticamente significativas en el análisis de regresión logística univariante (Tabla 8) fueron: mujer transexual (OR 3.55, IC 95% 1.14-10.99, p 0.028), mayoría de edad legal (OR 0.20, IC 95% 0.066-0.637, p 0.006), el fenómeno ROGD (OR 6.77, IC 95% 1.19-38.56, p 0.031), género no binario (OR 41.2, IC 95% 6.73-252.29, p < 0.001) y falta de apoyo familiar (OR 15.63, IC 95% 4.16-58.78, p < 0.001). Mientras que en desistencia resultaron estadísticamente significativas en el análisis univariante (Tabla 9), el inicio del sentimiento identitario de adulto joven (OR 1.13, IC 95% 1.01-1.27, p 0.033) y el fenómeno ROGD (OR 12.87, IC 95% 1.13-146.31, p 0.039).

El análisis de regresión logística multivariante fue un modelo significativo que explicó entre el 0.219 y el 0.719 de la detransición y clasificó correctamente el 95.8% de los casos. La mayoría de edad legal resultó ser un factor protector de detransición (OR 0.04, IC 95% 0.01-0.28, p 0.001), en cambio, el género no binario (OR 184.8, IC 95% 4.95-6894.07, p 0.005) y la falta de

apoyo familiar (OR 108.79, IC 95% 9.09-1301.51, $p > 0.001$) fue factor de riesgo de detransición con significación estadística en el análisis multivariante (Tabla 8). En cuanto a las desistencias (tabla 9), el análisis de regresión logística multivariante mostró igualmente como factor protector a la mayoría de edad legal (OR 0.03, IC 95% 0.00-0.68, $p = 0.027$) y resultaron factores de riesgo el inicio del sentimiento identitario de adulto joven (OR 1.25, IC 95% 1.06-1.47, $p = 0.008$), el fenómeno ROGD (OR 59.35, IC 95% 1.52-2320.76, $p = 0.029$) y la falta de apoyo familiar (OR 19.32, IC 95% 1.26-295.41, $p = 0.033$).

DISCUSIÓN

No es posible precisar la prevalencia de la transexualidad y por ende de la detransición, debido a la baja tasa de prevalencia de la demanda asistencial en la población relacionada con la afirmación de género (tasas entre 1:11900 y 1:200000)^{11,12}. Los estudios disponibles son escasos, con defectos metodológicos y con tendencia a infraestimar las tasas de detransición (probablemente como estrategia para contrarrestar los ataques transfobos) y sobreestimar las tasas de desistencia en la infancia (diagnósticos erróneos ya que no fueron estudios diseñados para valorar identidad de género).

La frecuencia publicada de detransición varía desde el 0 al 8% en los dos estudios más representativos^{13,14}. El primero fue el estudio sueco que examinó a personas con incongruencia de género desde 1960 a 2010, informando una tasa de arrepentimiento del 2,2% para ambos sexos¹³. El segundo, la encuesta estadounidense de personas transexuales del 2015, hasta la fecha el mayor estudio dedicado a las experiencias de vida de las personas transexuales, con casi 28.000 participantes, reportó un 8% de detransición¹⁴.

En nuestra UIG hemos contabilizado 14 de detransiciones desde que se creó la UIG en enero de 2008 hasta diciembre de 2018 (5 socio-legales y 9 médicas), dado que a esa fecha la cohorte de personas atendidas fue de 796, nuestra frecuencia de detransición se sitúa en el 1,8%. La mayoría de las detransiciones correspondieron mujeres transexuales menores de 18 años, que iniciaron el sentimiento de identidad

transgénero entre los 10 y los 20 años de edad, sin apoyo familiar, con intensidad leve de disforia y presencia de antecedentes de salud en la mitad. Más de la mitad de las detransiciones fueron precoces entre los seis primeros meses y el año, siendo la falta de apoyo familiar y de pareja junto con la autoclasificación como género no binario y la insatisfacción personal los motivos de la decisión. Las detransiciones más tardías fueron postquirugía.

Hay estudios que indican tasas muy bajas de persistencia de identidad transgénero en la adolescencia de niños y niñas que iniciaron la manifestación de identidad transgénero en la infancia (alrededor del 27%)^{15,16} con desistencias muy altas (65-94%)¹⁷. Ahora bien, distintos autores reconocen errores metodológicos en la clasificación de los niños y niñas como transgénero¹⁷. En nuestra cohorte la tasa de persistencia es muy alta dado que solamente 18 sujetos han detransicionado o desistido de una cohorte de 796, lo que supone una tasa de persistencia del 97,7%.

Se han descrito muchos factores predictores de desistencia y detransición, sin embargo, ninguno ha demostrado ser una contraindicación absoluta para iniciar tratamientos de afirmación de género con efectos corporales y funcionales irreversibles. Los más estudiados son: aparición tardía del sentimiento identitario, menor intensidad de disforia, falta de apoyo familiar, travestismo fetichista, psicopatología descompensada, aislamiento social relacionado con estrés, grupos no clásicos de transexuales o géneros no binarios^{6,18,19}, orientación heterosexual e insatisfacción con los resultados quirúrgicos.

Por otro lado, el fenómeno conocido como ROGD (Rapid Onset Gender Dysphoria) fue descrito a mediados del 2018 basado en las observaciones, experiencias y perspectivas de los padres de adolescentes y adultos jóvenes con disforia de género de inicio repentino o rápido y postpuberal, con entorno transgénero y aumento del uso de las redes sociales antes de la divulgación de la nueva identidad y se relacionó con riesgo de detransicionar a corto-mediano plazo²⁰.

Nuestro estudio incluyó 23 factores predictores de desistencia y detransición, resultando estadísticamente significativos en el análisis univariante 4 para detransición (de riesgo: mujer transexual, ROGD, el género no binario y la falta de apoyo familiar; de protección: la mayoría de edad legal) y 2 para desistencia (de riesgo: inicio tardío del sentimiento identitario y ROGD). En el análisis multivariante, la mayoría de edad legal fue un factor protector con significación estadística tanto para detransición como para desistencia. En detransición, alcanzó significación estadística la falta de apoyo familiar mientras que para desistencia la alcanzaron el inicio tardío del sentimiento identitario, ROGD y falta de apoyo familiar. Nuestros resultados coinciden con los reportados en un estudio sueco que analizó transgéneros con cirugía de reafirmación de género entre 1972 y 1992, en el que el análisis de regresión logística multivariante indicó que los factores que predecían el arrepentimiento fueron la falta de apoyo familiar y la pertenencia al grupo no clásico de transexuales²¹.

Con respecto a la desistencia en niños, los factores género y orientación sexual presentan resultados contradictorios²²⁻²⁶. Aunque en nuestro estudio ser mujer transexual y disforia no alcanzó significación estadística, si la tuvieron clínicamente ya que todas eran mujeres transexuales y ninguna de ellos rechazaba sus genitales (disforia leve).

Los motivos para desistir o detransicionar son diversos y complejos, pudiendo involucrar tanto decisiones propias (cambio en el sentimiento identitario, deseo reproductivo, psicopatología descompensada) como forzadas (ambiente familiar/social hostil, dificultades económicas, falta de cobertura de seguro médico, encarcelamiento, intolerancia a la THC)²⁷. Por su parte, la encuesta anónima dirigida a los Cirujanos de [WPATH](#)¹⁴, reportó que la razón más común para la detransición fue el cambio en la identidad de género, seguida de complicaciones quirúrgicas, el rechazo familiar o social y dificultad para entablar relaciones románticas.

En nuestra cohorte, la mitad de las detransiciones fueron debidas a factores externos (5 por falta de apoyo familiar, 1 por falta de apoyo de la pareja y 1 por efectos adversos de la THC), el resto por factores internos debidos a insatisfacción personal y arrepentimiento.

En contraste, todas las desistencias fueron justificadas por factores internos complejos (dudas identitarias y psicopatología descompensada) detectados durante el seguimiento psicológico, probablemente de no haber sido valoradas oportunamente en la evaluación psicológica habrían transicionado sin conseguir alivio de la disforia de género.

En conclusión, las UIG deben ofrecer atención multidisciplinar transafirmativa ajustada a las necesidades y circunstancias de cada persona con incongruencia de género. El apoyo familiar, especialmente en menores de edad, y la evaluación psicológica especializada e integral de las personas con incongruencia de género que manifiestan disforia de género y sus familias son indispensables para prevenir transiciones fallidas. Por otra parte, es necesario que se elaboraren directrices legales y sanitarias para sistematizar la atención en detransición.

Posibles limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio es que no lo hemos comparado con un grupo control y, también, que la población estudiada no representa posiblemente al total de la población, sino a la que busca atención clínica.

Son necesarios más estudios y con muestras más amplias para identificar durante la fase de evaluación inicial de la demanda asistencial, los factores predictores de desestimiento identitario y de la detransición, con el fin de optimizar la toma de decisión antes de iniciar tratamientos de afirmación de género con posibilidad de efectos irreversibles y arrepentimiento posterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Presidencia de la Generalitat Valenciana Ley 8/2017, de 7 de abril, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunitat Valenciana. España; 2017.

2. The World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th Version. USA: WPATH; 2012.
3. Gomes Porras MJ, Gómez Balaguer M, Hurtado Murillo F. Transiciones y detransiciones. En: Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, coordinadores. Atención sanitaria de la transexualidad y diversidad identitaria. Cádiz: Sotavento Editores; 2020. P. 215-223.
4. Murad MH, Elamin MB, García MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, Montori VM. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010;72:214-31. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x.
5. Weyers S, Elaut E, De Sutter P, Gerris J, T'Sjoen G, Heylens G, De cuypere G, Verstraelen H. Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *J Sex Med*. 2009;6:752-60. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01082.x.
6. Pazos Guerra M, Gómez Balaguer M, Gomez Porra M, Hurtado Murillo F, Solá Izquierdo E, Morillas Ariño C. Transexualidad: transiciones, detransiciones y arrepentimientos en España. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.202003.008>.
7. Danker S, Narayan D, Bluebond-Langner R, Schechter L, Berli J. Abstract: A Survey Study of Surgeons' Experience with Regret and/or Reversal of Gender-Confirmation Surgeries. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open Thought*. 2018;6:189. doi: 10.1097/01.GOX.0000547077.23299.00
8. Boslaugh, S. Transgender Health Issues. USA. ABC-CLIO, LLC; 2018.
9. Marchiano, L. Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics. *Psychological Perspectives. A Quarterly Journal of Jungian Thought*. 2017; 60(3), 345-366. doi: 10.1080/00332925.2017.1350804
10. Drescher J, Cohen-Kettenis PT, Reed GM. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(3), 297–304. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00586-6.
11. Olson J, Forbes C, Belzer M. Management of the transgender adolescent. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165:171-176. doi: 10.1001/archpediatrics.2010.275.
12. Castilla-Peón, M. Manejo médico de personas transgénero en la niñez y la adolescencia. *Bol. Med. Hosp. Infant*. 2018;75(1). <http://dx.doi.org/10.24875/bmhim.m18000003>
13. Dhejne C, O'Berg, Arver S. An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, Incidence, and Regrets. *Archives of Sexual Behavior*. 2014; 43(8), 1535–1545. doi: 10.1007/s10508-014-0300-8
14. James S, Herman J, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. Resumen Ejecutivo del Informe sobre el 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality; 2016.
15. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:1413-23. doi: 10.1097/CHI.0b013e31818956b9.
16. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol*. 2008;44:34-45. doi: 10.1037/0012-1649.44.1.34.
17. Brooks J. The controversial Research on Desistance in Transgender Youth. KQED science. USA; 2018.
18. Conaty T. ANOTHER ONE, IT JUST DOESN'T STOP. In *Your Face: Political Activism Against Gender Oppression*. 1995;2:2.
19. Wilchins R. GENDERQUEER CHARGED WITH RAPE FOR CONSENSUAL SEX. In *Your Face: Political Activism Against Gender Oppression*. 1995;2:3.
20. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE*. 2018; 14(3):

e0214157.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>

21. Landén, M, Wallinder J, Lambert G, Kundstrom B. Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatr Scand.* 1998; 97 (4): 284-9. doi [10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x)

22. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008 Dec;47(12):1413-23. doi: [10.1097/CHI.0b013e31818956b9](https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9).

23. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol.* 2008;44:34-45. doi: [10.1037/0012-1649.44.1.34](https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34).

24. Green R, Roberts CW, Williams K, Goodman M, Mixon A. Specific cross-gender behaviour in boyhood and later homosexual orientation. *Br J Psychiatry.* 1987;15:84-88. doi :[10.1192/bjp.151.1.84](https://doi.org/10.1192/bjp.151.1.84)

25. Money J, Russo AJ. Homosexual outcome of discordant gender identity/ role in childhood: longitudinal follow-up. *J Pediatr Psychol.* 1979;4:29-41. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/4.1.29>

26. Zuger B. Early effeminate behavior in boys: outcome and significance for homosexuality. *J Nerv Ment Dis.* 1984;172:90-97.

27. Graham J. Detransition, Retransition: What Providers Need to Know (PDF) (Presentation slides). Fenway Health.

TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos y antecedentes identitarios

Variables	N	(%)	Edad Media	DT	Edad Mínima	Edad Máxima
Edad						
< 18 años	67	(29,6)				
> 18 años	159	(70,4)				
Total	226	(100,0)	22,9	9,5	8	69
Género						
Hombre transexual	143	(63,3)				
Mujer transexual	83	(36,7)				
Total	226	(100,0)				
Inicio del sentimiento de identidad			13,6	5,5	3	41
0-9 años	28	(13,5)				
10-20 años	165	(77,0)				
21-35 años	19	(9,0)				
36-60	1	(0,5)				
Total	213	(100,0)				
Fenómeno ROGD	8	(3,5)				
Género no binario	6	(2,7)				
Nivel de estudios						
Sin estudios	5	(2,9)				
Primarios	63	(36,8)				
Secundarios	54	(31,6)				
Universitarios	49	(28,7)				
Total	171	(100,0)				
Estado civil						
Soltero/a	136	(92,5)				
Casado/a	9	(6,1)				
Divorciado/a	2	(1,4)				
Total	131	(100,0)				
Orientación sexual						
Heterosexual	34	(30,9)				
Homosexual	32	(29,1)				
Bisexual	44	(40,0)				
Total	110	(100,0)				

DT= Desviación típica. ROGD: Rapid Onset Gender Dysphoria.

Tabla 2. Datos de disforia de género, hábitos de consumo y antecedentes de salud

Variables	N	(%)
Disforia de Género		
Sin disforia	13	(5,8)
Leve	50	(22,1)
Intensa	163	(72,1)
Total	226	(100,0)
Hábitos de consumo		
Ninguno	42	(21,1)
Tabaco	142	(71,4)
Alcohol	12	(6,0)
Cannabis	3	(1,5)
Total	199	(100,0)
Antecedentes de salud		
Depresión	58	(26,4)
Ideación/intento autolítico	23	(10,1)
Fobia social	8	(3,6)
Trastorno de personalidad	6	(2,7)
Síndrome de Ásperger	4	(1,8)
TDAH	4	(1,8)
Esquizofrenia	3	(1,4)
Sobrepeso y obesidad	26	(11,5)
VIH	2	(0,9)

TDAH: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. VIH: Virus Inmunodeficiencia Humana

Tabla 3. Datos de la evaluación inicial y de los tratamientos de afirmación de género.

Variables	N	(%)
Evaluación psicológica		
Si	190	(84,1)
No	36	(15,9)
Total	226	(100,0)
Tratamiento hormonal previo		
Con hormonación médica previa	17	(7,5)
Con auto-hormonación	9	(4,0)
Total con hormonación previa	26	(11,5)
Total sin hormonación previa	200	(88,5)
Total	226	(100,0)
THC pautado		
Si	195	(86,3)
No	31	(13,7)
Total	226	(100,0)
Efectos adversos de la THC		
Si	8	(3,5)
No	218	(96,5)
Total	226	(100,0)
Cirugía de afirmación de género		
Si	48	(21,2)
No	178	(78,8)
Total	226	(100,0)
Apoyo familiar		
Si	167	(73,9)
No	59	(26,1)
Total	226	(100,0)

THC: terapia hormonal cruzada

Tabla 4. Características sociodemográficas y antecedentes de identidad y de salud en desistencias y detransiciones.

Variables	Desistencias		Detransiciones	
	N	(%)	N	(%)
Sujetos	4	(100,0)	14	(100,0)
Edad				
< 18 años	2	(50,0)	9	(64,3)
> 18 años	2	(50,0)	5	(35,7)
Total	4	(100,0)	14	(100,0)
Género				
Mujer transexual	4	(100,0)	9	(64,3)
Hombre transexual	0	(0,0)	5	(35,7)
Total	4	(100,0)	14	(100,0)
Inicio del sentimiento de identidad				
0-9 años	0	(0,0)	1	(7,1)
10-20 años	2	(50,0)	13	(92,9)
21-35 años	2	(50,0)	0	(0,0)
36-60 años	0	(0,0)	0	(0,0)
Total	4	(100,0)	14	(100,0)
Fenómeno ROGD	1	(25,0)	2	(14,3)
Género no binario	1	(25,0)	4	(28,6)
Tiempo hasta desis/detran desde el inicio del proceso				
<6 meses	2	(50,0)	7	(50,0)
6-12 meses	2	(50,0)	2	(14,3)
1-3 años	0	(0,0)	2	(14,3)
3-5 años	0	(0,0)	1	(7,1)
5-7 años	0	(0,0)	0	(0,0)
7-9 años	0	(0,0)	2	(14,3)
Total	4	(100,0)	14	(100,0)
Disforia de Género				
Leve	4	(100,0)	8	(57,1)
Intensa	0	(0,0)	6	(42,9)
Total	4	(100,0)	14	(100,0)
Apoyo familiar				
Si	2	(50,0)	3	(21,4)
No	2	(50,0)	11	(78,6)
Total	4	(100,0)	14	(100,0)
Antecedentes de salud				
Depresión	1	(25,0)	4	(28,6)
Ideación/intento autolítico	0	(0,0)	1	(7,1)
Trastorno de personalidad	0	(0,0)	1	(7,1)
Esquizofrenia	2	(50,0)	0	(0,0)
Sobrepeso/obesidad	0	(0,0)	1	(7,1)
Total con antecedentes	3	(75,0)	7	(50,0)
Total sin antecedentes	1	(25,0)	7	(50,0)
Total	4	(100,0)	14	(100,0)

• ROGD: Rapid Onset Gender Dysphoria.

Tabla 5. Datos del proceso de transición médica en desistencias y detransiciones

Variables	Desistencias		Detransiciones	
	N	(%)	N	(%)
Sujetos	4	(100,0)	14	(100,0)
Evaluación/seguimiento psicológico				
Si	4	(100,0)	11	(78,6)
No	0	(0,0)	3	(21,4)
Total	4	(100,0)	14	(100,0)
Tratamiento hormonal previo al inicio en UIG				
Hormonación médica	0	(0,0)	2	(14,3)
Autohormonación	0	(0,0)	0	(0,0)
No	4	(100,0)	12	(85,7)
Total	4	(100,0)	14	(100,0)
Tratamiento hormonal cruzado pautado (THC)				
Si	0	(0,0)	9	(64,3)
No	4	(100,0)	5	(35,7)
Total	4	(100,0)	14	(100,0)
Efectos adversos THC				
Si	0	(0,0)	2	(14,3)
No	4	(100,0)	12	(85,7)
Total	4	(100,0)	14	(100,0)
Cirugía				
Si	0	(0,0)	3	(21,4)
No	4	(100,0)	11	(78,6)
Total	4	(100,0)	14	(100,0)

ROGD: Rapid Onset Gender Dysphoria.

Tabla 6. Causas de detransición socio-legal y médica

Motivos	Socio-legal		Médica		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Género no binario	0	(0,0)	2	(22,2)	2	(14,3)
Insatisfacción personal	0	(0,0)	3	(33,3)	3	(21,4)
Falta de apoyo familiar	5	(100,0)	0	(0,0)	5	(35,7)
Falta de apoyo de pareja	0	(0,0)	1	(11,1)	1	(7,1)
Efectos adversos THC	0	(0,0)	1	(11,1)	1	(7,1)
Arrepentimiento con cirugía de afirmación de género	0	(0,0)	2	(22,2)	2	(14,3)
Total	5	(35,7)	9	(64,3)	14	(100,0)

THC: terapia hormonal cruzada

Tabla 7. Tiempo transcurrido hasta la decisión de detransición por causas

Motivos	<6 meses	6-12 meses	1-3 años	3-5 años	7-9 años	Total
Género no binario	1	0	1	0	0	2
Insatisfacción personal	0	1	1	1	0	3
Falta de apoyo familiar	5	0	0	0	0	5
Falta de apoyo de pareja	1	0	0	0	0	1
Efectos adversos THC	0	1	0	0	0	1
Arrepentimiento con cirugía de afirmación de género	0	0	0	0	2	2
Total	7	2	2	1	2	14
Tasa (%)	(50)	(14,3)	(14,3)	(7,1)	(14,3)	(100,0)

THC: terapia hormonal cruzada

Tabla 8. Factores independientes de detransición

Variable	Sin ajustar (univariante)			Ajustado (multivariante)		
	OR†	IC 95% (rango)	<i>p</i>	OR†	IC 95% (rango)	<i>p</i>
Mujer transexual	3.55	1.14 – 10.99	0.028*	4.23	0.65 – 47.40	0.131
Mayoría de edad legal	0.20	0.066 – 0.637	0.006*	0.04	0.01 – 0.28	0.001*
Fenómeno ROGD	6.77	1.19 – 38.56	0.031*	92.60	0.95 – 9052.01	0.053
Género no binario	41.2	6.73 – 252.29	0.000*	184.80	4.95 – 6894.07	0.005*
Falta de apoyo familiar	15.63	4.16 – 58.78	0.000*	108.79	9.09 – 1301.51	0.000*

* *p* significativa

† La OR el factor multiplicativo por el cual se cambian las probabilidades para un aumento unitario de variables independientemente relacionadas con la presencia de detransición.

ROGD: Rapid Onset Gender Dysphoria

Tabla 9. Factores independientes de desistencia

Variable	Sin ajustar (univariante)			Ajustado (multivariante)		
	OR†	IC 95% (rango)	<i>p</i>	OR†	IC 95% (rango)	<i>p</i>
Mayoría de edad legal	0.38	0.05 – 2.80	0.345	0.03	0.00 – 0.68	0.027*
Inicio del sentimiento identitario de adulto joven	1.13	1.01 – 1.27	0.033*	1.25	1.06 – 1.47	0.008*
Fenómeno ROGD	12.87	1.13 – 146.31	0.039*	59.35	1.52 – 2320.76	0.029*
Falta de apoyo familiar	4.36	0.59 – 32.00	0.148	19.32	1.26 – 295.41	0.033*

* *p* significativa

† El OR es el factor multiplicativo por el cual se cambian las probabilidades para un aumento unitario de variables independientemente relacionadas con la presencia de desistencia.

ROGD: Rapid Onset Gender Dysphoria

Análisis relacional entre la imagen corporal, la satisfacción sexual femenina y factores sociodemográficos

Relational analysis between body image, female sexual satisfaction and sociodemographic factors

Buri Guamán GE¹, Ochoa Pineda AC², Parada Muñoz KR³

1- Municipio de Biblián - Biblián. Ecuador.

2- Universidad del Azuay - Cuenca. Ecuador.

3- Consulta privada - Cuenca. Ecuador.

Correspondencia

Karina Raquel Parada Muñoz

Código postal 010103 Yanahurco e Ignacio Cordero

Ecuador

Dirección electrónica: kariparadamunoz@outlook.com

Fecha de recepción: 10 de abril de 2020. **Fecha de aceptación:** 29 de junio de 2020

Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar la relación entre la imagen corporal, la satisfacción sexual femenina y variables sociodemográficas en 406 mujeres usuarias de redes sociales. Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, correlacional y exploratoria. Se usó una ficha sociodemográfica *ad hoc*, el Índice de Satisfacción Sexual (α 0,86 - 0,95) y el cuestionario *Body Shape Questionnaire* (α 0,96), que en este estudio se analizó su nivel de confiabilidad. Los resultados indicaron que el 83.8% muestra satisfacción sexual y el 82% se encuentra satisfecha con su imagen corporal; se determinó una correlación entre satisfacción sexual y satisfacción corporal $p < 0.001$. Estos hallazgos nos permiten visualizar de un modo más cercano la sexualidad femenina, que en nuestro medio está escasamente investigada.

Palabras clave: Sexualidad femenina. Satisfacción sexual. Imagen corporal.

Abstract

The objective of this study was to identify the relationship between the body image, female sexual satisfaction and variables sociodemographic in 406 women users of social networks. A quantitative, correlational and exploratory investigation was carried out. The study used an *ad hoc* sociodemographic record, the Sexual Satisfaction Index (α 0.86–0.95) and the *Body Shape Questionnaire* (α 0.96). The reliability of the latter questionnaire was also analyzed in this study. The results showed that 83.8% demonstrate sexual satisfaction and 82% are satisfied with their body image. A correlation between sexual satisfaction and body satisfaction $p < 0.001$ was determined. These findings help to visualize female sexuality in a closer way since in our environment this field is scarcely researched.

Keywords: Female sexuality. Sexual satisfaction. Factors. Body image.

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

INTRODUCCIÓN

La sexualidad en el ser humano se manifiesta desde su nacimiento, y uno de sus componentes primordiales es la satisfacción sexual, misma que está influenciada por sentimientos, actitudes, pensamientos y comportamientos (Scott, Sandberg, Harper & Miller, 2012). Entonces una relación sexual satisfactoria se deriva de la buena interacción de diversos factores personales, anatómicos, biológicos, fisiológicos y psicológicos, agregando la interrelación con la pareja (Rivera & Bayona, 2014).

Sin embargo, existen múltiples factores que influyen y perjudican la satisfacción sexual, como son factores personales; familiares, religiosos, salud física y mental. Así mismo dentro de estos factores se puede mencionar mitos sobre la sexualidad femenina, que han sido uno de los principales factores limitantes de la satisfacción sexual plena.

Por su parte la imagen corporal según Grogan (2016) son las percepciones, sentimientos y pensamientos de una persona acerca de su cuerpo (Vaquero et al., 2013), que se establece mediante las experiencias individuales, pudiendo ser positiva o negativa, es positiva cuando se tiene un esquema corporal correctamente integrado, lo percibe bien y está de acuerdo con su apariencia, por otra parte cuando la persona no se siente cómoda y no existe conformidad con el propio cuerpo, la imagen es negativa (Díaz, 2014). Así mismo la formación de la imagen corporal va transformándose a lo largo de la vida en función de aspectos psicológicos y sociales (Quiroz, 2015).

Entonces para la formación de una imagen corporal depende de varios factores influyentes entre ellos el más importante que es el juicio social, mismo que por décadas ha impuesto estereotipos estéticos que tienden a ser más inflexibles en las mujeres que en los hombres; la apreciación del atractivo físico es el señalador más importante de su autoconcepto, donde se establece la moda y la estética como factor cultural predominante.

En la actualidad se ha evidenciado la belleza como un criterio estricto y estructurado que devalúa lo que no está de acuerdo a la moda, llevando así a que la mujer busque este ideal bajo cualquier costo, lo que en varias ocasiones deriva en trastornos alimenticios (Cabera, 2010).

Considerando lo expuesto anteriormente el objetivo principal de la investigación fue identificar la relación entre la imagen corporal, la satisfacción sexual femenina y factores sociodemográfico.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo-transversal, no experimental, ya que se pretende medir de forma precisa la satisfacción sexual y la insatisfacción corporal de mujeres adultas, en un período específico de tiempo. El alcance de la investigación es descriptivo-exploratorio y correlacional, ya que, existe escasa información respecto a la temática de satisfacción sexual femenina e imagen corporal, así también busca evaluar el grado de vinculación entre estas dos variables y su relación con las variables sociodemográficas propuestas.

Los datos fueron recolectados de diferentes redes sociales, como WhatsApp y Facebook a través de la socialización de las escalas y los objetivos de investigación, durante un período de 3 meses alcanzando una población final de 406 mujeres entre las edades de 18 a 60 años, con las que se llevó a cabo el estudio.

Los instrumentos que se aplicaron fueron una ficha sociodemográfica de elaboración propia, Índice de Satisfacción Sexual que está integrada por 25 ítems y mide: la satisfacción sexual, insatisfacción sexual y evitación sexual por parte de la pareja o incompatibilidad sexual (Hudson et. al, 1981) y el Cuestionario Body Shape Questionnaire (BSQ) que consta de 34 ítems, mide de la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso (Moreno, Montaña, & Prieto, 2007). Para estas dos últimas escalas se procedió a la obtención un índice de fiabilidad con nuestra población en donde para el Índice de

Satisfacción Sexual se obtuvo un α 0.869 y para el Cuestionario Body Shape Questionnaire un α 0.901.

RESULTADOS

El estudio fue realizado con 406 mujeres, de entre 18 y 60 años ($\bar{x}$ =30,47 años; DE =9,14), la mayoría de ellas contaba con educación superior (78,3%); la mitad de las personas se encontraban con una pareja de convivencia sea casados o unión de hecho, el nivel socioeconómico de casi todas las participantes (91,9%) era medio y según la orientación sexual el 88,2% se definió como heterosexual (Tabla 1). La tercera parte de participantes (35,5%) mencionó tener algún aspecto de su apariencia que le provoque malestar.

Satisfacción sexual y su relación con las variables sociodemográficas: Se encontró que el 83,8% de participantes manifiesta una satisfacción sexual alta.

El 89,6% de mujeres con edad comprendida entre 18 y 39 se encontraban satisfechas sexualmente frente al 82,9% de mujeres entre 40 y 60 años. Aquellas que estaban casadas o en unión de hecho reflejaron mayor satisfacción sexual (93,2%); así mismo, el 90,9% de mujeres con educación superior manifiestan satisfacción sexual; respecto a la orientación sexual todas las mujeres asexuales se revelaron satisfechas sexualmente; aquellas mujeres sin hijos eran quienes se sentían más satisfechas sexualmente ($p=0.038$). En relación al ítem que cuestiona si presenta algún aspecto que le provoque malestar en su cuerpo, se encontró que quienes afirmaban aquello, presentaban una insatisfacción sexual significativamente mayor ($p=0.000$; por otra parte, quienes se comparan con otras mujeres y se sienten mal tenían menor satisfacción sexual general ($p=0.001$) y como dimensión ($p=0.009$); así también se evidencian resultados significativos en la dimensión de insatisfacción, reflejando mayores niveles de insatisfacción sexual aquellas que suelen compararse con las demás ($p=0.000$).

Insatisfacción corporal y su relación con las variables sociodemográficas: Se determinó que el 18% de mujeres tenían algún nivel de preocupación con su imagen corporal,

encontrándose la mayoría (14,3%) en un nivel de preocupación leve.

Los resultados mostraron que el 15,33% de mujeres de entre 18 y 39 años presentaban preocupación por su apariencia corporal, frente al 8,9% de mujeres en edades de entre los 40 y 60 años. Se encontró que un 20% de las mujeres divorciadas, al igual que aquellas que estaban casadas o en unión de hecho presentan preocupaciones de su apariencia física; en relación al nivel de escolaridad el 20% de mujeres con instrucción básica y superior muestra algún nivel de preocupación con su cuerpo. Se concluyó que todas las personas que se consideraban de un nivel socioeconómico alto no tenían preocupaciones sobre su apariencia corporal; según la orientación sexual, las participantes heterosexuales (18,7%) mostraron mayor insatisfacción corporal. Los resultados muestran una diferencia significativa en la satisfacción corporal respecto al número de hijos, aquellas personas que tenían un sólo hijo eran quienes se encontraban más insatisfechas con su imagen corporal ($p=0.000$). Respecto al ítem que interroga si existe algún aspecto en el cuerpo que le provoque malestar, se encontró que quienes afirmaban aquello, presentaban una insatisfacción corporal significativamente superior ($p=0.000$). Quienes se comparan con otras mujeres y se sienten mal, tienen mayor insatisfacción corporal en general ($p=0.007$), además se encontró que, las participantes que tienden a compararse, presentan una preocupación por el peso significativamente mayor que quienes no suelen compararse con otras ($p=0.000$).

Relación entre la satisfacción sexual e insatisfacción corporal: Finalmente, se puede concluir que existen correlaciones negativas entre la insatisfacción corporal y la satisfacción sexual ($r_s=-0,162^{**}$; $p=0.001$), es decir que a mayor insatisfacción corporal menor satisfacción sexual y viceversa.

Análisis de regresión multivariante: En el modelo de análisis multivariante tomando como variable dependiente la satisfacción sexual, se pudo determinar los factores predictores que influyen en la misma (Tabla 2).

De manera complementaria, se realizó un análisis breve de las respuestas a las preguntas abiertas planteadas en esta investigación (Figuras 1, 2 y 3).

DISCUSIÓN

Significado y aplicación práctica de los resultados: Como se ha referido en líneas anteriores existe una influencia importante de la imagen corporal en la satisfacción sexual; en esta investigación, se pueden observar correlaciones negativas entre dichas variables. La conducta sexual en mujeres está relacionada con la percepción que se tiene del atractivo físico individual y la comparación del propio cuerpo respecto a los demás; es decir, quienes tienen una autopercepción negativa de sí mismos registran menor actividad y disfrute sexual.

Consideraciones sobre posibles limitaciones y las razones por las que los resultados pueden ser válidos: Se determinó que son escasos los estudios que tratan la temática de satisfacción sexual femenina; este hecho es explicado por el temor a hablar de estos tópicos y debido a la sociedad tradicionalista de nuestro medio siguen siendo temas tabúes. Es por esta razón que se propuso realizar un cuestionario on-line para que las participantes sintieran mayor seguridad y se expresaran de manera más libre y abierta al momento de llenar la encuesta y de esta forma sus respuestas sean más confiables.

Relación con publicaciones científicas similares tratando de explicar discrepancias y acuerdos: Los datos encontrados por Elías (2017) confirman que si se tiene una percepción positiva de la imagen corporal se experimentarán las relaciones sexuales de manera satisfactoria con disfrute y plenitud de su sexualidad. Varios estudios corroboran una mayor satisfacción sexual, entre sujetos con una autoestima más alta y una imagen corporal positiva (Higgins, Mullinax, Trussell, Davidson, & Moore, 2011). De igual forma aquellas personas que gustan de su cuerpo y se sienten conformes con el mismo, refieren mayores niveles de satisfacción sexual e inclusive mayor confianza al momento de usar dispositivos electrónicos con fines eróticos (Ochoa, 2018).

BIBLIOGRAFIA

Elías, A. (2017). *Satisfacción Sexual e Imagen Corporal en Mujeres Universitarias de Lima Metropolitana* (Tesis de pregrado). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Perú.

Higgins, J., Mullinax, M., Trussell, J., Davidson, J. & Moore, N. (2011). Sexual satisfaction and sexual health among university students in the United States. *American Public Health Association*, 101(9), 1643–1654.

Hudson, W., Harrison, D. & Crosscup, P. (1981). A short-form scale to measure sexual discord women. *Journal of Sex Research*, 17, 157-174.

Moreno, D., Montaña, I. & Prieto, G. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (cuestionario de la figura corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 15-23.

Ochoa, A. (2018). *Sexting en adolescentes y universitarios de Cuenca - Ecuador* (Tesis de doctorado). Universidad de Almería, España.

Quiroz, Y. (2015). *Autopercepción de la imagen corporal* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Ramírez, M. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: Prácticas de crianza. *Estudios Pedagógicos*, 31(2), 167-177.

Rivera, D. & Bayona, S. (2014). Climaterio y función sexual: un abordaje integral a la sexualidad femenina. *Revista CES Salud Pública*, 5(1), 70-76.

Scott, V., Sandberg, G., Harper, M. & Miller, R. (2012). The impact of depressive symptoms and health on sexual satisfaction for older couples: implications for clinicians. *Contemporary Family Therapy*, 34, 376-90

PUNTOS BÁSICOS

Lo que sabemos del tema

Luego de una extensa revisión bibliográfica, se ha determinado que no existen estudios suficientes que aborden específicamente el tema de satisfacción sexual femenina e imagen corporal; este hecho es explicado por el temor a hablar de estos tópicos que tienen una historia que se explica antropológicamente, y dado que hoy en día vivimos en una sociedad tradicionalista, cerrada a hablar de ciertas temáticas, no se ha podido llevar a cabo los estudios suficientes.

Lo que aporta esta investigación

Es así, que este estudio puede ser tomado como un referente para futuras investigaciones, siendo prioritario extender esta temática a otros grupos poblacionales. Por otro lado, se debería ampliar la muestra y realizar estudios cualitativos en donde se hable a cerca de otras características no solo referentes a imagen corporal, sino también autoestima, educación sexual y otras variables que pueden influir en la satisfacción sexual.

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. *Características sociodemográficas de las participantes*

Característica		n	%
Escolaridad	Básica	10	2,5
	Secundaria	78	19,2
	Educación superior	318	78,3
Estado Civil	Soltera	167	41,1
	Casada/unión de hecho	206	50,7
	Separada/divorciada	30	7,4
	Viuda	3	0,7
Nivel socioeconómico	Alto	11	2,7
	Medio	373	91,9
	Bajo	22	5,4
Orientación sexual	Heterosexual	358	88,2
	Homosexual	12	3
	Bisexual	29	7,1
	Asexual	7	1,7
Número de hijos	Ninguno	172	42,4
	Uno	119	29,3
	Dos o más	115	28,3

Tabla 2. Análisis de regresión multivariante: VD. Satisfacción sexual

	Coeficientes		t	p	Estadísticas de colinealidad	
	no estandarizados B	Coeficientes estandarizados Beta			Tolerancia	VIF
Constante	67.076		6.468	0.000		
Edad	0.007	0.005	0.072	0.943	0.560	2.0
Escolaridad	4.351	0.138	2.755	0.006	0.930	1.0
Estado civil	-0.010	0.000	-0.007	0.994	0.601	2.0
Nivel socioeconómico	0,034	0.001	0.013	0.990	0.930	1.0
Orientación sexual	-0,021	- 0.037	-0,744	0.457	0.911	1.0
Número de hijos	2.767	0.151	2.139	0.029	0.493	2.0
Insatisfacción corporal	-0.219	-0.204	-2.974	0.003	0.497	2.0
Preocupación por el peso	0.196	0.088	1.271	0.205	0.493	2.0
Existencia de abortos	-0.425	-0.010	-0.192	0.848	0.854	1.1
Aspecto de apariencia que cause malestar	3.888	0.123	2.362	0.019	0.863	1.1
Al momento está atravesado algún problema que afecte su estado de ánimo	1.027	0.027	0.538	0.591	0.910	1.0
¿Cuándo me comparo con otras mujeres me siento mal?	2.003	0.076	1.518	0.130	0.945	1.0

Figura 1. Aspectos que causan malestar

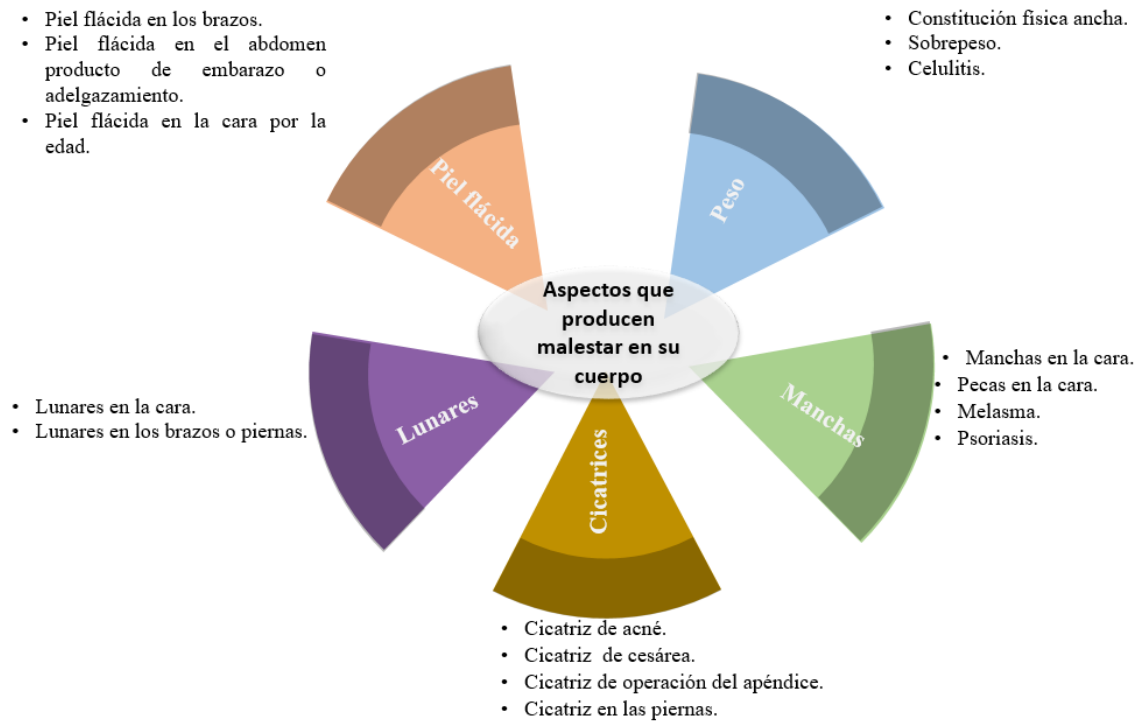
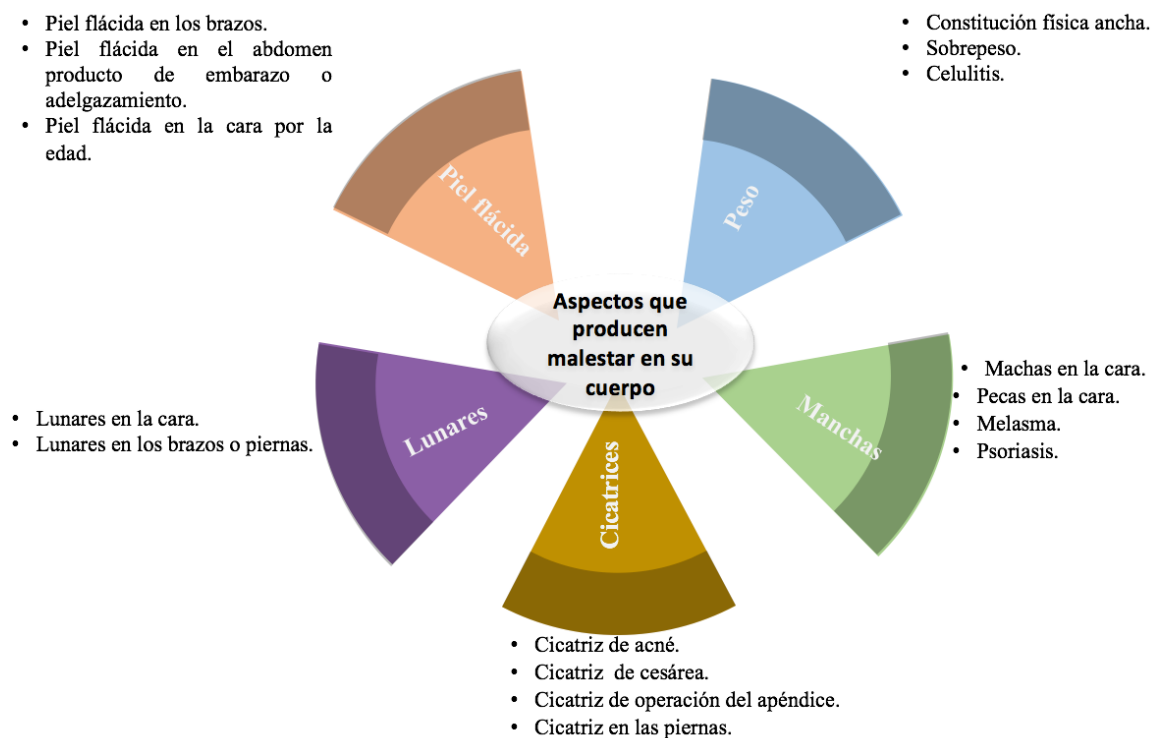


Figura 2. Problemas que afectan el estado anímico



Figura 3. Molestias surgidas en la comparación con otras mujeres



La atención a la respuesta sexual del paciente con cardiopatía isquémica de debut en fase hospitalaria: Consideraciones desde la Psicocardiología

The attention to the sexual response of the patient with ischemic heart disease of debut in hospital phase: Considerations from the Psychocardiology

Rodríguez-Rodríguez T

1-PhD en Ciencias Psicológicas. Psicocardióloga. Profesora e Investigadora Titular. Departamento de Ciencia e Innovación Tecnológica. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía. Lima. Cienfuegos. Cuba.

Correspondencia

Teresa Rodríguez Rodríguez

Dirección postal: Calle 51-A y Avda 5 de septiembre. Cienfuegos. Cuba. Apartado 55 100

Dirección electrónica: teresarr559@gmail.com

Fecha de recepción: 3 de junio de 2020. **Fecha de aceptación:** 22 de junio de 2020

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

INTRODUCCIÓN

La Cardiopatía Isquémica (CI), es una de las manifestaciones más elevadas de las enfermedades cardiovasculares (ECV)⁽¹⁾, tiene diferentes expresiones clínicas todas con repercusiones que afectan la calidad de vida de los pacientes y su familia; entre estas se encuentran las alteraciones de la respuesta sexual de estos pacientes.

Los Programas de Rehabilitación Cardiovascular (RC), surgen encaminados a disminuir las consecuencias que pueden acarrear. Cada una de sus fases (I u hospitalaria, II o convalecencia, III o Mantenimiento) tienen objetivos específicos dentro del proceso rehabilitador⁽²⁾.

Tradicionalmente se ha prestado poca atención a la sexualidad de los cardiopatas⁽³⁾. Constituye un problema a resolver, dado que las guías publicadas esencialmente se refieren a ofrecer al paciente en fase I orientaciones generales, e informar el momento de inicio de la actividad sexual (AS) acorde a indicadores biológico ajustadas a los resultados de la

Prueba de Esfuerzo (PE) como indicador de la capacidad funcional, y a la estratificación del riesgo teniendo en cuenta posibles complicaciones durante el ejercicio físico^(4,5).

También son recomendadas las posturas adecuadas, condiciones del entorno, tipo de ingesta previa y uso adecuado de Sildenafil^(6,7,8,5) pero sin tener en cuenta qué características clínicas tiene la respuesta sexual del paciente y toda la carga psicológica que la acompaña desde la propia subjetividad de cada enfermo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Visto así, la atención a la AS de estos pacientes se centra en aspectos generales e indicadores biológicos, desestima estados emocionales y otras características psicológicas asociadas a este complejo fenómeno que a su vez se convierten en factores que complejizan la evolución y estabilidad de la entidad cardiovascular⁽⁹⁾ y deja a los pacientes y a sus parejas en una

posición de incertidumbre y duda en cuanto al desempeño sexual desde una perspectiva personalizada.

El **objetivo** de este reporte es hacer desde la Psicocardiología⁽¹⁰⁾ un análisis de la atención y tratamiento a la respuesta sexual de los pacientes portadores de CI desde la fase I de la RC, procurando la reflexión sobre la individualidad de la misma, sus características clínicas y las alteraciones emocionales que la acompañan cuando está afectada, sin desechar el cuadro clínico cardiológico de cada paciente en toda su magnitud y en consecuencia pautar el tratamiento y seguimiento de estas personas desde la evaluación sexológica integral que acoge la multidisciplinariedad.

El abordaje al paciente isquémico durante la hospitalización bajo estrictos patrones éticos, permite profundizar en la evaluación de aspectos vinculados a su vida sexual, matizadas por diferentes formas de percepción, evaluación, respuestas emocionales y conocer los factores biomédicos y conductuales a que se asocian.⁽¹⁰⁾

La herramienta básica para la obtención de la información necesaria es la entrevista psicocardiológica. A partir de sus resultados, la atención se personaliza, teniendo en cuenta el cuadro interno (subjetivo), el cuadro clínico sexológico y las características clínicas del padecimiento isquémico y se define la labor terapéutica ajustada a necesidades individuales.

Partiendo de estas consideraciones, del estado del arte sobre RC, de la sistematización del conocimiento y de la sugerida atención a la esfera sexual de los cardiopatas, a su enorme implicación en la vida afectiva y al reclamo científico de armonizar saberes para conseguir mayor calidad asistencial, se proponen pautas de actuación profesional para la atención a la respuesta sexual del paciente portador de CI desde la fase I de la RC.

PAUTAS A SEGUIR:

-Antes del alta hospitalaria evaluar integralmente al paciente orientar cómo y cuándo retomar la AS, edad del paciente por las implicaciones fisiológicas del envejecimiento, factores que han incidido en

la aparición de alteraciones de la misma en caso de tenerlas, posibilidades de tratamiento y la adecuación de expectativas acorde a sus posibilidades reales en cuanto desempeño sexual.

-evaluar la respuesta sexual hacia el final de la hospitalización, para evitar molestias en los momentos iniciales que son los de mayor riesgo para el paciente.

-conocer las características de la esfera sexual y hacer el diagnóstico de disfunción si existe (precisar el tipo, clasificación, características clínicas, grado de afectación, tiempo de evolución, fármacos que consume, comorbilidades, percepción personal, factores culturales, vulnerabilidad individual, y afrontamiento a esta problemática), así como tratamientos recibidos.⁽¹¹⁾

-identificar la presencia de emociones negativas asociadas a la disfunción sexual, por su implicación en el bienestar y en la ECV^(9, 10).

-identificar miedos, mitos, temores e ideas irracionales del paciente relacionados con la actividad sexual después de padecer una ECV

-conocer la dinámica de las relaciones de la pareja (conflictos, tipo de comunicación) orientar todo lo referente a la AS acorde a necesidades individuales e identificar disposición de apoyo del cónyuge⁽¹⁰⁾.

-a partir del tipo de disfunción sexual y según la estratificación del riesgo definida por el especialista de cardiología, tipo de CI y gravedad de la misma, definir la conducta a seguir y la continuidad de la atención en el proceso rehabilitatorio.

-es importante la colegiatura (Cardiólogo-Psicocardiólogo) porque permite considerar todos los factores imbricados con la respuesta sexual; y en consecuencia la terapéutica se individualiza. Debe evaluarse el uso de sildenafil en el momento requerido⁽⁶⁾.

-Esta actuación permite establecer un nexo entre la Fase I - Fase II de la RC en el tratamiento integral de los pacientes. En la Fase II debe vigilarse el comportamiento de la respuesta sexual en los pacientes que egresaron sin alteraciones en esta esfera (Fase I u hospitalaria), dadas las consecuencias que derivan del tratamiento farmacológico indicado y de la complejidad de los

padecimientos coronarios ⁽¹¹⁾ y de ser necesario se incorporan a los especialistas de la Sexología Clínica si es necesario.

CONCLUSIONES:

La autora de este reporte concluye que es necesario profundizar en el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones en la respuesta sexual en pacientes portadores de CI, desde el debut de la enfermedad, por la implicación que tiene en la vida afectiva, en el bienestar y en la calidad de vida de las personas. Implementar estas acciones en los PRC mejora la atención clínica integral de estos pacientes y aportan información útil para el manejo multidisciplinar del enfermo durante la hospitalización y en la post-hospitalización.

Este posicionamiento se adhiere al reclamo de crear nuevas alternativas⁽¹²⁾ para lograr modelos rehabilitatorios más completos e integradores.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. The top 10 causes of death. Updated in May 2018. (2019). Disponible en: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death.

2. WHO Working Group. A program for the physical rehabilitation of patients with acute myocardial infarction. Freiburg.1968;March 4-6 Disponible:<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=56842>

3. Del Campo, F, Velasco, MJ, del Campo, S, Centeno, MA, Oreja, C. Disfunción eréctil en cardiología. Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1):65 <http://www.revespcardiol.org>

4. Guía de la Sociedad Europea de Cardiología sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (2016) Sexto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. Rev Esp Cardiol. 2016; 69(10): 939.e1-e87. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-2016-sobre-prevencion-articulo-S0300893216304146>

5. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, Bozkurt B, Cheitlin MD, Conti JB, et al. Sexual activity and cardiovascular disease: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2012; 125:1058-72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22267844>

6. Lindau ST, Abramsohn E, Gosch K, Wroblewski K, Spatz ES, Chan PS, et al. Patterns and loss of sexual activity in the year following hospitalization for acute myocardial infarction (a united states national multisite observational study). Am J Cardiol 2012; 109:1439-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22546209>

7. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, et. al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2016; 67(1):1 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26764059>

8. Rocha; J, González, AI, Rocha, DS. Counseling on Sexual Activity after Acute Myocardial Infarction: Are We Overlooking It? Int J Cardiovasc Sci. 2016; 29(2):152-154. Disponible en URL: <https://www.scholar.google.com>

9. Esquivel, MR, Garzona, A, Sauma, A. Depresión post-infarto agudo del miocardio: implicaciones en el manejo y la mortalidad. Rev Cúpula, 2015; 29, 1, 23-31. Disponible en URL: www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v29n1/art04.pdf

10. Rodríguez, T, Navarro, JJ, González, C. Psicocardiología en el proceso salud-enfermedad: de la teoría a la práctica. Edit. Cien Med (ECIMED); 2013. La Habana. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/libros-de-autores-cubanos/>

11. Hurtado, F, Domínguez, O. VADEMECUM SEXUAL: Fármacos y disfunción sexual. Rev Psicosom. Psiquiatr. 2017;(1)1:27-59.<https://www.google.com/search?biw=>

12. Sandesara PB, Lambert CT, Gordon NF, Fletcher GF, Franklin BA, Wenger NK,

et. al. Cardiac rehabilitation and risk reduction: time to “rebrand and reinvigorate.” J Am Coll Cardiol 2015; 65: 389-395.Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25634839>

LA LOZANA ANDALUZA (Francisco Delicado)

Félix López Sánchez

Catedrático de Psicología de la sexualidad

Universidad de Salamanca (España)

Correspondencia

Correo electrónico: flopez@usal.es

En los inicios del siglo XVI, se publicó una obra que nos sorprende por muchos motivos. Es la historia la de una prostituta española en Italia.

En este tiempo, España era ya un Imperio y dominaba parte de la actual Italia, por lo que la presencia de españoles, especialmente procedentes de lo que fue la Corona de Aragón, era muy numerosa. Soldados, comerciantes, clérigos españoles - especialmente en Roma- y prostitutas de todas las regiones de España se encontraban por doquier. Por cierto, se insiste varias veces en que las prostitutas españolas eran excelentes y, entre todas, La Lozana Andaluza, sin duda, era la mejor. Unas 14.000 prostitutas españolas, sea o no una cantidad exagerada, se ganaban la vida en Italia, especialmente en Roma.

Escrita de forma desenfadada, como si fuera autobiográfica, aunque también hay un narrador y muchos personajes. La prostitución se describe como un trabajo y una condición mejor que la de estar casada o ser sirvienta. La protagonista, llamada La Lozana Andaluza, se siente orgullosa de su trabajo y espera merecer el paraíso (página 249).

Nos ofrece una visión positiva de la vida y de los seres humanos, a diferencia, por ejemplo, de La Celestina, mucho más pesimista y corrosiva (López, 2017). No niega la crueldad y la miseria, pero el tono es alegre y vitalista.

La sexualidad es vista de forma positiva, muy lejos del ideario cristiano, aunque con

realismo. El placer sexual es una necesidad, especialmente sentido por los hombres; precisamente por ello, las mujeres tienen el poder de instrumentalizar a los hombres. Este es el caso de La Lozana, una mujer que sabe manejar a los hombres en su propio provecho.

También las mujeres desean y disfrutan el placer, pero de él y las artes amorosas se habla muy poco; el placer de la mujer se silencia, aunque no se niega, pero hay que leer con cuidado, para encontrar textos claros en su defensa.

Aunque se llega a idealizar el trabajo de prostituta en algunos textos, también queda clara la dureza de esta actividad y la diferencia entre el éxito de algunas de ellas, como La Lozana, y otras muchas. La mayor amenaza para todas son los procesos de envejecimiento. Aún así, la prostitución es presentada, ya lo hemos señalado más arriba, como una forma de vida más libre que la de la mujer casada o las sirvientas.

La Lozana Andaluza se tiene a sí misma en gran estima. Bella, hábil y atrevida presume de su capacidad para seducir y ganar dinero, dominado los hombres a su antojo. De hecho, a lo largo de su vida tuvo mucho éxito como prostituta; y también como cocinera y curandera (pág. 11 y 12).

Por lo demás, el considerado oficio más antiguo tiene algunas semejanzas con la actualidad, tanto en las causas que la originan, como en las características de su actividad. El mal funcionamiento de la familia de origen, la

pérdida o abandono de la familia, la pobreza, el ansia de manejar dinero y llevar un estilo de vida más elevado están entre las causas más destacadas que llevan a las mujeres a optar por esta actividad. Las diferentes formas de ejercer la prostitución (en la calle, en prostíbulos o en la propia casa; con autonomía o dependiente de "chulos"; prostitutas muy pobres y prostitutas muy ricas, etc.) se repiten también ahora.

Los clientes son hombres que no tienen pareja, soldados, solteros y clérigos; también los ricos, comerciantes y nobles.

La prostitución tenía gran presencia en la vida social. Una actividad oculta, pero conocida por todo el mundo; pecaminosa, pero a la recurren también sacerdotes y obispos. Con razón siempre se ha hablado de que eran mujeres "públicas". En este sentido, La Celestina tiene muchos elementos en común con esta obra.

Este libro tiene mucho interés también para conocer la gastronomía, cómo se guisaba y qué se comía en este siglo. También son interesantes sus aportaciones sobre las curanderas y las formas de vida del siglo XVI.

1.- Contexto social.

Frente a una España depauperada, entregada a conquistas por doquier, la impresión que ofrece esta obra es que las zonas de Italia dominadas por los españoles, especialmente algunas ciudades, como Roma, gozaban de mayor riqueza y ofrecían mejores condiciones para el ejercicio de la prostitución.

El tratamiento social de la prostitución tenía muchas cosas en común con la España actual. Los gobiernos y la Iglesia católica eran y son, en teoría, abolicionistas, mientras en la práctica eran y son hipócritas. El ejercicio y consumo de la prostitución era y es "alegal", como si no existieran.

2.- Argumento.

Infancia feliz con final dramático.

Aldonza, llamada La Lozana Andaluza, por su belleza y gracia, nace en Córdoba, como Séneca, dice ella con orgullo. Asegura haber tenido una infancia feliz en compañía de sus

padres, que "se casaron por amor" (pág. 12) y vivían en prosperidad (pág. 12), hasta que éstos tuvieron problemas, mueren y se queda sola. "Fui querida por los padres por ser aguda en servilios y contentallos" (pág. 11), aunque los hechos que narra después no confirman que ellos fueran verdaderamente responsables, como señalaremos.

Eran tiempos de infancia dura, en la que los hijos estaban al servicio de los padres. Su padre acabó en prisión y murió pronto; y su madre le hizo aprender a "texer" y trabajar duro.

En efecto, la visión que da de sus padres es contradictoria porque, si bien asegura que fue feliz con ellos, afirma, a la vez, que su padre era muy putaño y jugador, que les dejó como única herencia en herencia una casa en pleito (pág. 11).

Adolescencia.

En plena adolescencia "convulsó con personas que la amaban por su hermosura y gracia..., así mismo, saltando una pared sin licencia de su madre, se le derramó la primera sangre que de natural tenía" (pág. 12 y 13), perdiendo la virginidad muy pronto, aunque no precisa la edad.

Durante la pubertad o primera adolescencia, se murió su madre y quedó huérfana. Una tía suya se hizo cargo de ella, pero en realidad estuvo a su servicio.

Resume la infancia y primera adolescencia, a diferencia de su vida adulta de prostituta, de manera muy gráfica. "entonces estaba ocupada en agradar a los míos y ahora a los extraños" (pág. 12). En definitiva, toda su vida fue "servir a los demás".

Matrimonio concertado y rol de la mujer.

La tía pronto le organiza una relación con un mercader (¿la vende?), ofreciéndole como dote lo trabajadora y bien que guisaba. Estas capacidades, pensaba su tía, "me dará remedio para que vos seáis casada y honrada", le decía a Lozana (pág. 13). El mercader, asegura la tía, también hubiera querido que supiera labrar

(¿para poner algún defecto y bajar el precio de la venta?).

A Lozana el mercader le parece un hombre bien dispuesto, con bonitos ojos. Le gustaba tanto que su tía tuvo que frenarla para que fuera comedida, de entrada. El siguiente consejo de la tía refleja el rol de la mujer ante el que espera ser su marido: “Si os hablare, abaxa la cabeza y pasaos, y si yo os dixere que le habléis, vos llega cortés, y hace una reverencia, y si os tomare la mano, retraeos hacia atrás porque, como dicen, amuestra a tu marido el copo, más no del todo” (pág. 14).

La relación con él fue de obediencia y sumisión; por eso, cuando él le pregunta el nombre ella responde: Aldonza, “al servicio y mandado de su merced” (pág. 15).

El mercader, hombre con experiencia y muy galante, se declara diciéndole, “me ha dado en el corazón con una saeta dorada de amor”...”¡Oh Diana, Oh Cupido! Socorred el vuestro siervo...” pág.15 y 16). E inmediatamente le propone que se vaya con él a Cádiz.

Vida de casada feliz.

El marido, Diomenes, le impuso una serie de normas para que permanecieran mucho tiempo juntos. Él estaba convencido de lo adecuada que era Aldonza: “cada día crecía el amor en su corazón, y así determinó de no dexalla” (pág. 16). Se llevaba a Lozana a todos los viajes y “de todo cuanto tenía la hacía participe” (pág. 16).

Fueron los años mejores de Aldonza: “Y ella muy contenta, viendo en Diomenes todos los géneros y partes de gentilhombre, y de hermosura en todos sus miembros, que le parecía a ella que la natura no se había reservado nada que en su caro amante no hubiera puesto “(pág. 16 y 17).

Se sentía feliz y estaba tan guapa que los amigos de su marido y conocidos la empezaron a llamar La Lozana Andaluza, por su belleza y gracia (pág. 17).

Su marido estaba encantado con ella, por eso, “suplicola que se esforzase en no dejarlo por otro hombre, que él se esforzaría a no tomar otra mujer que a ella” (pág. 17).

Aunque ya vivían, como parejas de hecho, ambos se comprometieron, planificaron y celebraron la boda.

En resumen, con el marido asegura haber tenido una relación que describe como muy satisfactoria. Le acompaña en los viajes, se casan y tienen hijos, de los cuales, por cierto, apenas habla, desapareciendo enseguida de su biografía.

El fracaso de la familia como origen de la prostitución.

Todo se trunca cuando, estando en Marsella, con su marido e hijos, el padre de este, un mercader poderoso para el que trabajaba y al que su hijo le debía respeto y obediencia, le manda a Italia para mejorar el negocio.

La respuesta de ella es bien representativa del rol de la mujer: “yo iré de buena voluntad donde vos me mandáredes...os demando de merced que dispongáis de mi a vuestro talento, que yo tengo siempre de obedecer” (pág. 18).

Finalmente, Diomenes y su padre, su suegro, entran en conflicto y su marido acaba en prisión.

Su suegro la despoja de todo, salvo un anillo que oculta en la boca, y le encarga a un

barquero que la tire al mar. El barquero no la tira al mar, sino que la ayuda y la devuelve a tierra. Ella, viéndose sola y pobre, vendió el anillo para que una nave la llevara a Roma.

Prostituta en Roma

Sola y pobre, La Lozana, sirviéndose de su gracia y habilidades sociales, se decide a ejercer la prostitución en Roma, como mejor solución. Justifica esta opción, apostando por lo que hoy llamaríamos prostituta de alto “standing”. “Siendo ella hermosa y habladera...y habiendo sido siempre en compañías de personas

gentiles, y en mucha abundancia, y viendo que siempre fue en grades riquezas y gastos, que la hacían triunfar, y decía entre sí: si esto me falta, seré muerta, ...y como ella tenía gran ver e ingenio diabólico y gran conocer, y en ver un hombre sabía cuánto valía y qué le podía dar, y qué le podía ella sacar, ... y notaba que le parecía a ella que le había de aprovechar, para ser libre y no sujeta a ninguno” (pág. 19).

Libertad y buenos ingresos no le faltaron, podía seleccionar a los clientes y permitirse un “criado” que tan vez ejerciera de protector, pareja, marido o chulo. En todo caso, ella es la dominante en esta relación, la que le manda y ayuda, incluso sacándole de la cárcel, cuando se mete en problemas.

Además de sus cualidades como prostituta, presume de buena cocinera, conocedora de muchas recetas, y curandera, especialmente cuando se fue haciendo mayor, como también hizo la Celestina en Salamanca.

3.- El autor.

El autor pretende curarse en salud y no tener problemas con la censura, señalando en la dedicatoria, que solo cuenta lo que “ví y oí” (pág.5). Y lo hace para “traer a la memoria, muchas cosas que en nuestro tiempo pasan, que no son laude a los presentes, ni espejo a los a venir” (pág.6). Contar un mal ejemplo, le permite contarlo, sin ser perseguido, una argucia frecuente de los escritores, no solo en aquellos tiempos.

4.- Autorretrato de la Lozana Andaluza.

Aldonza, tiene un autoconcepto muy positivo y una autoestima muy elevada.

Se sintió muy querida por los padres en su infancia, mientras vivieron. Y ella fue con ellos muy buena hija, sirviéndolos y obedeciéndolos, aunque hemos dejado dicho que su padre era “putaño y jugador”. A su muerte, les dejó, a su madre y a ella, cuando ella tenía once años, en la ruina y con la casa hipotecada por las deudas de juego.

Disfruta del nombre que le pusieron los amigos de su marido, La Lozana Andaluza: “era dicho, entre todos, de su lozanía, así en la cara como en todos sus miembros, y viendo

que esa lozanía era de su natural... ya no entendían de su nombre Aldonza, salvo Lozana” (pág.17).

Se sabe atractiva, muy guapa, sensual, admirada y deseada por los hombres. Así la ve uno de ellos: “!Es andaluza; En el andar y meneo se conoce ¡oh qué piernas! En verla se me desperezó la complisión (el pene), por vida del rey que no está virgen ¡Ay qué meneos que tiene! (pág. 101).

Y lo que es más importante para su futuro trabajo, tenía muchas habilidades sociales: “embaucaba a todos” (pág.20),” siendo ella “hermosa y habladora” (pág. 19).

El criado de un embajador dice de ella: “tiene esta la mejor vida de mujer que sea en Roma... quiere ésta ser libre...sacaba dechados de todo hombre o mujer... tiene tal labia que sabe quién es el tal que viene allí, y a cada uno nombra por su nombre, y no hay señor que no desee echarse con ella una vez, y ella tiene su casa para sí, y cuanto le dan lo envía a su casa con un mozo que tiene..., y mete de su casa mucho almacén, y sabe le dar la maña..., y a todos responde y certifica, y hace que tengan esperanza aunque no la haya..., y no perdona su interés a ninguno, y si no queda contenta, luego los moteja de míseros” (pág. 102-103).

Tiene también un gran poder de adaptación a los clientes: “con los cristianos será cristiana, con los judíos, judía, con los turcos, turca, con los genoveses, genovesa, con los franceses francesa; que para todos tiene salida” (pág. 30)

Es buena cocinera y curandera, como ella misma dice: “Yo sé ensalmar, y encomendar y santiguar..., sé quitar ahitos, sé para las lombrices, sé encantar la terciana, sé remedio para las cuartanas y para el mal de madre, sé cortar frenillos..., sé hacer que no duelan los riñones..., y sé sanar la natura de la mujer y del hombre, etc. (pág. 176).

Reconoce también usar la mentira, cuando es necesario, afirmándola con ingenio.

Por todo ello, fue una mujer de éxito en lo económico y en lo social: “es alquimio de putas, y no batiendo moneda la tiene,... y no siembra y coge..., huevos sin tener gallinas y otras muchas cosas, que su audacia y su no tener, la hacen afortunada” (pág. 220).

Su filosofía de vida también la ayuda; es propia de una persona resiliente, cuando llega la adversidad: “¿Beata la muerte cuando viene después de buen vivir! Andar, siempre oí decir que en las adversidades se conocen las personas fuertes; ¿Qué tengo que hacer? Haré cara y mostraré que tengo ánimo para saberme valer en el tiempo adverso” (pág. 166).

5.- El origen de la prostitución y ¿por qué en Roma?

La prostitución tiene orígenes muy distintos según la cultura, la sociedad, el país, la clase social, la familia y los valores y características de cada persona. En la actualidad, entre nosotros, hay numerosos tipos de prostitutas y prostitutos: por necesidades económicas, para obtener dinero para las drogas, no encontrar trabajo o ser emigrantes ilegales, ser traídas como esclavas por las mafias, ganar dinero para su familia, ganar dinero por ambición o para mantener un alto estilo de vida, etc.

La Lozana comparte algunos de estos orígenes que consideramos actuales y se fue a Roma, siguiendo consejos que, por lo que ella dice, fueron muy acertados. Lozana fue una prostituta de ricos, que seleccionaba a los clientes gracias a sus habilidades y su atractivo.

Pero además de estas causas y motivaciones, hay otras más generales y profundas: la pobreza extrema, tener una familia no protectora, ser una menor viviendo en la calle, etc.

En el caso de Lozana, las desgracias y la mala socialización familiar y los inadecuados cuidados de su tía, junto al descubrimiento de su poder con los hombres y su ambición, probablemente fueron las causas que la llevaron a tomar esta opción. Su padre era “putero y jugador” y acabó en prisión. Su madre murió enseguida y su tía, que la acogió, le facilitó un casamiento o la vendió siendo

adolescente. Su marido la trató bien, pero obedeció a su padre, que la separó de ella, enviándole a Italia como comerciante. El suegro, finalmente, la dejó abandonada y pobre en Marsella. Lozana no vuelve a hablar de su marido ni tampoco de sus hijos, que se quedaron con el abuelo.

No debe olvidarse también otra causa, que es la que Lozana se autoatribuye: las mujeres estaban muy sometida a su marido o explotadas como criadas, al servicio de mujeres caprichosas. Ella asegura que decidió ser libre y tener buenos recursos económicos, en lugar de buscar otro marido o servir en una casa; asegura que tenía mejores posibilidades haciéndose prostituta. Así lo entienden también muchos de los testigos que aparecen en la obra, tanto hombres como mujeres, declarándola la mujer más afortunada de Roma.

¿Y por qué Roma? Porque se lo aconsejaron cuando su suegro la abandonó en Marsella. Consejo del que se muestra muy agradecida porque Roma “es un burdel, y le dicen Roma putana” (pág.41). “Sus mujeres son cortesanas y ellos deben ser grandes señores, pues mira que por eso se dice Roma de grandes señores y paraíso de putas” (pág. 61). Y “es tanta la libertad que tienen las mujeres, que ellas los buscan y llaman, porque se les rompió el velo de la honestidad, de manera que son putas y rufianas” (pág. 87). Por eso en Roma hay prostitutas de “todas las naciones” (pág. 88), citando también a España, de donde vienen en romerías o pagando peaje en el golfo de León. De las españolas dicen varias veces que “son las mejores”; y la Lozana era la mejor de todas (pág. 90).

6.- Características de la actividad.

Lozana justifica esta actividad, desde un punto de vista de la propia naturaleza. La necesidad sexual es una necesidad fisiológica más: “cuatro cosas no valen nada si no son participadas en comunidad a menudo, el placer y el saber, y el dinero y el coño de la mujer, el cual no debe estar vacío, según la filosofía natural” (pág. 237). De estas cuatro cosas se considera bien dotada la Lozana. Su visión del placer no es solo machista, que lo

es, sino también sensual y erótico, como era el de las cortesanas, nombre con el que se autodenominaban, asegura, muchas prostitutas en Roma.

Sorprende que esta actividad tenga tantos tipos y características comunes con el momento actual.

El autor, por boca de un hombre muy mundano, dedica varias páginas a describir los diferentes tipos o clases de prostitutas, con nombres específicos, muy curiosos, basándose en diferentes criterios: “aquí se las llama cortesanas, ricas y pobres... Todas son putas..., hay putas de natura, y putas usadas, de puerta cerrada, y putas de celosía, y putas de empanada... putas con manta y sin manta..., putas graciosas más que hermosas, y putas que son putas antes de muchachas, hay putas apasionadas. embrujadas, afeitadas, esclarecidas, reputadas, reprobadas, mozárabes,... nocturnas y diurnas,..., devotas y reprobadas,... solteras y casadas (bocado caro y sabroso y peligroso el de las casadas, asegura), etc. etc.(pág. 84-86).

Lozana empezó a ejercer la prostitución por necesidad, abandonada en país ajeno; pero pronto fue una prostituta de lujo, con casa propia. Ella dependía de sí misma, podía elegir los clientes y tener un criado, amante o chulo, que es “como un siervo ligero, y me escalienta y me da dentro con buen ánimo, y nunca me demanda celos, guarda mi casa, etc.” (pág. 172)

“No quiero que se diga de mí que soy puta de todo trace...soy querida de todas las cortesanas..., conocida en Roma y fuera de la ciudad...; no me faltarán muchos que ya tengo domados. Qué no vendrá hombre aquí que no saque de él leña, carbón, vino, pan o carne... y eso riendo y burlando. Que cada uno será contento de dar para estas cosas..., (también le dan dinero como el bayoque, julio o carlín,). Otros clientes (por la pasión) traerán el sexo en la punta del caramillo, y con estos se ganará más, porque no tienen tiento hasta variar su pasión, y demandándoles darán cuanto tienen... así se castigan los necios....alabarlos

y hacelles reyes es lo más eficaz, Y llevo en el canastillo todos los aparejos que se requieren para aconchar... así, si tengo que hacer este oficio, quiero que se diga que no fue otra que mejor lo hiciese que yo” (pag. 173).

Para resultar atractiva también las prostitutas del siglo XVI, tenían que hacerse afeites y cuidarse, algo en lo que también Lozana era especialista, enseñando a otras mujeres a acicalarse (pág. 190).

Su vida la resume uno de los hombres diciendo a Lozana: "vuestra intención es buscar la vida en diversas maneras, de tal modo que otro cría la gallina y vos coméis los pollos sin perjuicio y sin fatiga” (pág. 178).

Lozana defiende un cierto código ético, en contradicción con otros textos o características que le atribuyen los demás, como hemos visto: "quiero vivir de mi sudor, y no me empaché jamás con mujeres y con virgos, ni que vender mozas, ni llevar mensaje a quien no supiese cierto que yo que era puta" (pág.131). "Yo puedo ir con mi cara descubierta por todo, que no hice jamás vileza, no alcagüetería, ni mensaje a persona vil,... con mi honra procuré de interponer palabras, y amansar iras, y reconciliar las partes, y hacer paces y quitar rencores"... (pág.165). Y en relación con la actividad sexual asegura que jamás descubre el secreto de sus clientes. (pág.247).

Describe a numerosos clientes, entre los que no faltan el fraile y el procurador de convento, que le promete toda clase de bienes: "sale de noche con cabellera"...y le ofrece pan, vino, carne, etc. (pág. 92).

Finalmente, tiene buenos deseos para todos: "Yo deseo ver en Roma dos cosas antes que muera, y la una es que los amigos sean amigos en la prosperidad y en la adversidad, y la otra, que la caridad sea exarcitada" (pág. 199).

Pero esta vida de éxito no está exenta de dureza, como reconoce ella misma. Un oficio que puede durar “desde los

doce a los cuarenta”... “hartarse hasta reventar” (pág. 165).

También es dura la vida de las prostitutas porque, como en la actualidad, muchas prostitutas tienen que cambiar de un lugar a otro, como reconoce Lozana: “las putas, cada tres meses se mudan por parecer fruta nueva” (pág.141).

Tampoco se olvida de tratar el tema de los contagios, aunque se muestra capaz de evitarlos y curarlos, contando algunos casos con cierto detalle, como la curación de un canónigo y una cortesana (pág. 96). Por su parte, cuando ya era muy mayor, dice que sigue siendo buena y estando sana.

Finalmente, y este es el aspecto más duro, las prostitutas acaban inexorablemente teniendo que ganarse la vida de otra manera, como curanderas, celestinas o pidiendo ayudas, porque a medida que avanzan los años “ya no soy lo que solía” (pág. 181), dice amargamente de ella misma. Tiene que cambiar de casa y se queja del criado, al ahora llama “bellaco” porque se gasta todo y desaparece cada noche.

Reconoce haber sido maltratada, a veces, a pesar de sus habilidades sociales, aunque no insiste en este tema, seguramente porque ella fue una prostituta privilegiada

Con amargura, al final reconoce que “tres suertes de personas acaban mal, como son: soldados, putas y osurarios” (pag. 250).

7.- ¿Han cambiado mucho las cosas? Constancias y diferencias.

La respuesta tendría que ser larga y compleja, pero más allá de los cambios evidentes, las similitudes de esta actividad, llamada de mil formas diferentes, mantienen muchas cosas en común.

Similitudes:

-Se trata de compra-venta de actividad sexual.

-Las formas de ejercerla son muy diversas, muchas de ellas similares a las actuales. Lozana comparte con muchas mujeres algunas de sus formas: empezar por necesidad al estar abandonada en otro país y conseguir ser una prostituta “de lujo”, aunque éste suponga cosas bien diferentes, en épocas tan diversas.

-La causas y motivaciones se repiten en gran número de casos, tanto las más manifiestas (necesidad, esclavitud y ambición económica o de estilo de vida), como las profundas (carencias familiares y pobreza extrema).

-Es uno de los oficios que más personas ejercen fuera de su país. Nuestras ciudades actuales parecen recordarnos a la Roma que nos describe.

- El curso de la vida de estas mujeres es antes y ahora muy diferente, entre las que la ejercen como esclavas o explotadas por chulos, aquellas en las que esta actividad se asocia a riesgos como las drogas, infecciones graves, embarazos que se repiten y aquellas que mantienen el control sobre su vida y la ejercen en mejores condiciones.

-Las diferencias en atractivo, edad, lugar del ejercicio de la actividad, la edad, la salud resultante, las habilidades personales y tantas cosas más fueron y siguen siendo factores importantes.

-Antes y ahora, en países como España, las administraciones públicas siguen manteniendo esta actividad como “alegal”: no es legal, ni ilegal. Un sálvese quien pueda, que hoy nos parece incomprensible e irresponsable.

-Cuando la actividad sexual se mantiene muchos años, antes y ahora, las que la ejercen, con frecuencia, acaban mal.

-En Roma y ahora, ya se intentaba camuflar y dignificar este trabajo con otros nombres: cortesanas, masajistas, contactos, etc.

Diferencias:

-Quienes explotan a estas mujeres tienen características muy diferentes, porque el mercado del sexo se ha sofisticado.

-Los lugares donde se ejerce tienen ahora casi infinitas variantes.

-Las formas de contacto han dado un vuelco con internet.

-En pasado, se consideraba un oficio necesario, al que recurría parte del clero. Mientras que ahora hay un gran debate internacional sobre si debe declararse inaceptable esta actividad o considerarla un trabajo que debe ser regulado. Unos países tienen

posturas e intervenciones responsables, aunque, contrapuestas (por ejemplo, Suecia es abolicionista y Alemania considera que es una actividad laboral). Otros, como el nuestro, crea cada año una comisión en el Senado en la que nuestros sabios senadores acaban cada curso legislativo sin ser capaces de proponer ninguna postura concreta, ¿están también ellos en el siglo XVI?

Notas:

1.- La versión usada y citada es la de Francisco Delicado (1983). La Lozana Andaluza. Madrid: Ediciones Orbis, S. A.

2.- En esta misma revista se ha publicado otro estudio sobre La Celestina, de Fernando Rojas en el 2017.

Eventos / Events 2020

Septiembre

4

Día Mundial de la Salud Sexual

Actividades en todo el mundo

<http://www.worldsexualhealthday.org>

Octubre

31

Jornadas sexológicas de ECIS

Asunción (Paraguay)

<http://www.ecisweb.com/jornadas-sexologicas-2020>

Noviembre

12-15

20th Annual Fall Scientific Meeting of Sexual Medicine Society of North America (SMSNA)

Edición virtual

Estados Unidos

<https://www.smsna.org/V1/meetings/21st-annual-fall-scientific-meeting>

19-21

2020 Fall Course of International Society for the Study of Women's /ISSWSH)

Estados Unidos

<https://www.isswshcourse.org/fall2020>

19-22

2020 Annual Conference of The Society for Scientific Study of Sexuality (SSSS)

New Orleans (Estados Unidos)

<http://sexscience.org>

Eventos / Events 2021

Mayo

21-23

XX Congreso de la Federación Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual (FLASSES)

Edición online

Junio

10-13

15th Congress of the European Federation of Sexology & 42nd NACS Congress and Annual Meeting

Aalborg (Dinamarca)

www.europeansexologycongress.org

Septiembre

4

Día Mundial de la Salud Sexual

Actividades en todo el mundo

<http://www.worldsexualhealthday.org>

9-12

25th Congress of the World Association for Sexual Health

Ciudad del Cabo (Sudáfrica)

<https://worldsexualhealth.net>

Noviembre

15-17

22nd World Meeting of the International Society for Sexual Medicine (ISSM)

Yokohama (Japón)

<https://www.wsmm.org/>

18-20

XV Congreso Español de Sexología y IX Encuentro Iberoamericano de Profesionales de Sexología

Jerez de la Frontera (España)

www.fessjerez2020.es

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

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

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

NORMAS GENERALES

- Carta de presentación
- Primera página

NORMAS ESPECIFICAS POR SECCIONES

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

- Noticias nacionales e internacionales
- Agenda
- Comentarios de libros, fármacos, instrumentos....
- Información de sociedades científicas

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- Tablas y Figuras
- Bibliografía
- Listado de comprobación

NORMAS GENERALES

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

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

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

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

CARTA DE PRESENTACIÓN

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

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

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

PRIMERA PÁGINA

La primera página del texto debe incluir:

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

NORMAS ESPECÍFICAS POR SECCIONES

EDITORIALES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

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

ORIGINALES

ESTUDIOS ORIGINALES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

Resumen

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

Debe incluir el **título del trabajo**.

El resumen deberá ser comprendido sin necesidad de leer total o parcialmente el artículo. Debe ser redactado de modo preciso desarrollando los puntos esenciales del artículo y no podrá incluir información que no aparezca en el texto. No excederá las **250 palabras**, estructurándose en los apartados:

-Objetivo: identificación clara del propósito principal el estudio.

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

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

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

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

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

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

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

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

Texto

Se recomienda la redacción en impersonal.

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

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

-Introducción

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

-Material y métodos.

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

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

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

-Resultados

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

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

-Discusión

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

-Agradecimientos

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

-Bibliografía

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

Puntos básicos y esquema general del estudio

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

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

Material informático adicional

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

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

COMENTARIOS A ORIGINALES

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

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

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

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

ORIGINALES BREVES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

CASOS CLÍNICOS

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación (ver normas generales)
- Primera página (ver normas generales)
- Texto (máximo: 4 hojas DIN-A4 a doble espacio)

-Tabla y/o figuras (máximo: 1). (ver información complementaria) .

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

La estructura del texto será la siguiente:

-Introducción

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

-Discusión y conclusiones.

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

-Carta de presentación (ver normas generales)

-Primera página (ver normas generales)

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

-Resumen

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

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

El texto debe estructurarse en los siguientes apartados:

Introducción

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

Objetivos

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

Método

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

Discusión

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

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

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

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

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

REVISIONES

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

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

DERECHOS SEXUALES

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

ARTICULOS ESPECIALES

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

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

(con distinta denominación según contenido) :

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

CARTAS AL DIRECTOR

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

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

El número máximo de autores será de 4.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

-TABLAS Y FIGURAS

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

Las tablas deben ser sencillas y no duplicarán información del texto. Constarán de un título breve que explique su contenido. Su estructura debe ser simple presentando la información en una

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