



# de•sexología

**Junio 2023**

**Vol. 12 N°1**

## EDITORIAL / EDITORIAL

### **Deseo o derecho, gestar para otros, y para otras**

Desire or right, gestate for others

*A. Escribano Martínez*

## ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLES

### **Perspectiva y conocimientos de los cuidadores de personas con discapacidad acerca de la sexualidad de los mismos**

Caregivers' perspective and knowledge in sexuality of people with disabilities

*L. Polanco Reyes, C. Arguelles Rubio, D. Estrella Castillo*

### **Personalidad y actitudes sexuales. Similitudes en la pareja**

Personality and sexuality attitudes. Similarities in the couple

*BC. Romero Martín*

### **¿Qué saben los médicos acerca de la homosexualidad?: Estudio replicado**

What do doctors know about homosexuality? A replicated study

*N. Delgado Osorio, DS. Jaramillo Aguilar, JA. Díaz Vallejo, JE. Chicaiza Guzmán, WD. Cuji Galarza, ID. Lozada Martínez*

### **Un estudio sobre la relación deseo – atracción sexual**

A study on the relationship desire – sexual attraction

*JM. Mora Montes*

## REVISIONES EN SEXOLOGÍA / REVIEWS ON SEXOLOGY

### **Androginia, pasando del tabú a la aceptación / adaptación**

Androgyny, moving from taboo to acceptance / adaptation

*JA. Díaz Vallejo, N. Delgado Osorio, JE. Chicaiza Guzmán*

## Agenda / Events

## Normas de publicación / Authors guidelines

## Boletín de suscripción / Subscription form

---

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

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



**Asociación Española de Especialistas en Sexología (AES)**



**Academia Española de Sexología y Medicina Sexual (AESMES)**



**Instituto ESPILL de Psicología, Sexología y Medicina Sexual**



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



Universidad Nacional  
de Educación a Distancia



Asociación Mundial  
de Sexología



---

**Revista Desexología**  
Revista Científica de Sexología

**Director**  
Felipe Hurtado Murillo

**Directores asociados**

Carlos San Martín Blanco (Santander)

María Pérez Conchillo (Valencia)

**Consejo de redacción**

Ana Rosa Jurado López (Málaga)  
Antonio Casaubón Alcaráz (Granada)

María Lameiras Fernández (Ourense)  
Andrés López de la Llave (Madrid)

**Comité editorial**

Marta Arasanz Roche (Barcelona)  
José Díaz Morfa (Madrid)  
Félix López Sánchez (Salamanca)  
José Luis Arrondo Arrondo (Navarra)  
Carmen Pérez-Llantada Rueda (Madrid)  
Manuel Más García (Tenerife)  
José Bustamante Bellmunt (Alicante)  
Ignacio Moncada Iribarren (Madrid)  
Rafael García Álvarez (Rep. Dominicana)  
Felipe Navarro Cremades (Alicante)  
Marcelino Gómez Balaguer (Valencia)  
Antonio Martín Morales (Málaga)  
Manuel Lucas Matheu (Almería)  
Ana Puigvert Martínez (Barcelona)  
Antonio Sánchez Ramos (Toledo)  
Froilán Sánchez Sánchez (Valencia)  
Rafael Prieto Castro (Córdoba)  
Carolina Villalba (Uruguay)  
Rosa María Montaña (Valladolid)  
Silverio Saenz Sesma (Zaragoza)  
Koldo Seco (Bilbao)  
Francisco Javier Giménez Rio (Granada)  
Jaqueline Brendler (Brasil)  
Dinorah Machin (Uruguay)  
Ligia Vera Gamboa (México)  
María Honrrubia Pérez (España)

Rosemary Coates (Australia)  
Rubén Hernández Serrano (Venezuela)  
Cristina Tania Fridman (Argentina)  
Eusebio Rubio Aurioles (México)  
Antonio Pacheco Palha (Oporto, Portugal)  
Teresita Blanco Lanzillotti (Uruguay)  
Beverly Whipple (New Jersey, EE.UU.)  
Eli Coleman (Minnesota, EE.UU.)  
José Cáceres Carrasco (Navarra)  
Francisco Donat Colomer (Valencia)  
Olatz Gómez Llorens (Valencia)  
Ángel Luis Montejo González (Salamanca)  
Ramón González Corrales (Ciudad Real)  
Gemma Pons Salvador (Valencia)  
M. José Tijeras Úbeda (Almería)  
Inmaculada Bayo (Barcelona)  
Isbelia Segnini (Venezuela)  
Kevan Wyle (UK)  
Carlos De La Cruz (Madrid)  
Natalia Rubio (Madrid)  
Concepción San Luis Costas (Madrid)  
Luz Jaimes (Venezuela)  
Cristina González Martínez (España)  
Francisco Javier del Río Olvera (España)  
Francisca Molero Rodríguez (España)  
Guillermo González Antón (España)

---

---

# ÍNDICE

VOL 12. NÚMERO 1. JUNIO 2023

## EDITORIAL / EDITORIAL

### **Deseo o derecho, gestar para otros, y para otras**

Desire or right, gestate for others

*A. Escribano Martínez* ..... 6

## ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLES

### **Perspectiva y conocimientos de los cuidadores de personas con discapacidad acerca de la sexualidad de los mismos**

Caregivers' perspective and knowledge in sexuality of people with disabilities

*L. Polanco Reyes, C. Arguelles Rubio, D. Estrella Castillo* ..... 8

### **Personalidad y actitudes sexuales. Similitudes en la pareja**

Personality and sexuality attitudes. Similarities in the couple

*BC. Romero Martin* ..... 14

### **¿Qué saben los médicos acerca de la homosexualidad?: Estudio replicado**

What do doctors know about homosexuality? A replicated study

*N. Delgado Osorio, DS. Jaramillo Aguilar, JA. Díaz Vallejo, JE. Chicaiza Guzmán, WD. Cuji Galarza, ID. Lozada Martínez* ..... 20

### **Un estudio sobre la relación deseo – atracción sexual**

A study on the relationship desire – sexual attraction

*JM. Mora Montes* ..... 28

## REVISIONES EN SEXOLOGÍA / REVIEWS ON SEXOLOGY

### **Androginia, pasando del tabú a la aceptación / adaptación**

Androgyny, moving from taboo to acceptance / adaptation

*JA. Díaz Vallejo, N. Delgado Osorio, JE. Chicaiza Guzmán* ..... 36

|                                                         |           |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Agenda / Events .....</b>                            | <b>38</b> |
| <b>Normas de publicación .....</b>                      | <b>40</b> |
| <b>Authors guidelines .....</b>                         | <b>50</b> |
| <b>Boletín de suscripción / Subscription form .....</b> | <b>59</b> |

## EDITORIAL

### Deseo o derecho, gestar para otros, y para otras

Desire or right, gestate for others

**Escribano Martínez A**

*Doctora en Derechos Humanos, Democracia y Justicia Internacional por la Universidad de Valencia (España). Presidenta de la escuela de pensando feminista “Amelia Valcárcel”.*

### INTRODUCCIÓN

La posibilidad de que una mujer geste al futuro hijo o hija de unas personas que biológicamente por sí mismas no tienen esa posibilidad, puede parecer un importante avance que servirá para satisfacer el deseo de mucha gente de formar una familia. De entrada, no se aprecia ningún inconveniente, pero no podemos olvidar, complacer los deseos de algunas personas conlleva atacar los derechos de otras, en este caso, los de las mujeres.

A las mujeres principalmente, se las prepara, enseña y educa para el plano reproductivo. Estamos en este mundo para servir, cuidar, criar y traer vida, desde que nacemos estamos preparadas para cumplir un papel determinado, ser madres y ser esposas, y en muchas ocasiones solo se desempeña este papel.

A pesar de estar entrenadas y ser dirigidas para el ámbito reproductivo y privado, las mujeres hemos conseguido un estatus jurídico de ciudadanas, todavía queda mucho por conseguir, pero ya las leyes recogen derechos como seres humanos que lo somos queda mucho por conseguir.

El tema del que hoy hablamos tiene mucho que ver son estos derechos de ciudadanía, derechos como seres

humanas y, nos debemos de preguntar ¿Puede haber un mercado dónde todo se compre y se venda? ¿Es posible recurrir a los cuerpos de las mujeres -mayoritariamente pobres- para gestar bebés para otras personas? ¿Es posible que un deseo se convierta en un derecho?

En estos momentos podemos confirmar que estar embarazada ya no es solo fruto de la biología, así en el año 1973, se consiguió el primer embarazo mediante técnicas de fecundación *in vitro*, aunque el nacimiento del primer “bebé probeta” no fue en España hasta 1984 en Barcelona.

En España, uno de los principales motivos que llevan a las parejas a acudir a las Técnicas de reproducción asistida es la edad en la que comienzan a formar un proyecto de familia. Vivimos en una sociedad en la que la principal dificultad para tener hijas e hijos es nuestro estilo de vida. Las personas jóvenes no pueden emanciparse y tener descendencia a la edad que les gustaría, por lo que, cuando llega el momento de su vida en el que tienen un trabajo más o menos estable y posibilidades de mantener económicamente una familia, rondan ya la edad de 40 años, lo que supone ciertas dificultades para concebir, especialmente en las mujeres.

Dentro de estas técnicas existe la inseminación artificial, que consiste en introducir espermatozoides en el aparato genital de la mujer, (el material genético puede provenir de su pareja o de un tercero). Por otro lado, existe la fecundación *in vitro*, que consiste en “recolectar óvulos maduros de los ovarios y fecundarlos con espermatozoides en un laboratorio. Después, el óvulo o los óvulos fecundados (embrión o embriones) se implantan en un útero

Y, estas técnicas que pretenden solventar aquellas situaciones en las que, o bien por imposibilidad natural

CORRESPONDENCIA:

**Ángela Escribano Martínez**  
asororidad@gmail.com

o bien por problemas reproductivos, las personas, solteras o en pareja, no pueden acceder a una maternidad o paternidad biológica. **El problema es que este importante avance científico nos ha situado ante un dilema ¿vale todo para satisfacer nuestros deseos?**

Uno de los servicios estrella que oferta el mercado reproductivo, es la gestación subrogada. A pesar de ser una práctica que en nuestro país no es legal, pero tampoco ilegal, según la Agencia EFE, entre 2010 y 2016 se tramitaron en los registros consulares en el extranjero, un total de 979 niños y niñas que nacieron por medio de la gestación subrogada.

El mercado de la gestación subrogada ha ido evolucionando hasta el punto de que es posible elegir por Internet los óvulos y espermatozoides en función de los genes que quieres que tenga la futura criatura, comprar óvulos y espermatozoides por lotes e incluso existen portales que te muestran la fotografía de la futura gestante para que elijas la que mejor te parezca.

A pesar de que en nuestro país el Artículo 10 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, establece:

1. *“Será nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero.*
2. *La filiación de los hijos nacidos por gestación de sustitución será determinada por el parto.*
3. *Queda a salvo la posible acción de reclamación de la paternidad respecto del padre biológico, conforme a las reglas generales”.*

Como se puede apreciar, ninguna modificación ha existido respecto de la regulación de la figura de la gestación por sustitución, ya que sigue conteniéndose una prohibición general de dicha práctica.

Quiero recordar aquí la novela escrita por Margaret Atwood resultó al final no ser una simple ficción y, en una entrevista concedida al diario El País en el año 2017, realiza una reflexión sobre la similitud existente entre su novela y la realidad que vivimos. La entrevista menciona que, en el año 2017:

“Ningún estado separa a la fuerza a las madres de sus bebés para entregarlos a otras personas para que los críen, pero cada vez son más las mujeres que lo hacen de forma voluntaria a cambio de una *contraprestación económica por medio de la gestación subrogada*”.

Lo que nos toca preguntarnos es si realmente este mercado de bebés es legal, humano y moral. Está muy documentando que las mujeres que se prestan a gestar bebés para otras personas son mujeres pobres a las que someten a un fuerte tratamiento hormonal y que son preparadas psicológicamente para no tener a pego a bebés de las que las van a separar nada más nacer, mujeres pobres acinadas en granjas y donde llegan a tener más de una criatura.

Recuerdo los escalofríos que me produjo leer la confesión de una mujer de la India que comentaba que nunca imaginaría parir a un bebé rubio y de ojos azules, ya que el óvulo implanta llevaba la carga congénita de quienes se quedarían con ese bebé, ella era solo una incubadora.

Para terminar, quiero citar a dos de las personas que más han investigado sobre esta realidad:

*Octavio Salazar Catedrático de derecho constitucional:*

*“En apenas pocos años, este tipo de acceso a la paternidad/maternidad parece haberse normalizado e incluso se ha rodeado de una cierta aureola romántica al presentarnos como una auténtica historia de heroísmo la lucha de algunos hombres - y menos mujeres, al menos desde el punto de vista mediático- por convertirse en padres”.*

*Alicia Miyares Doctora en filosofía:*

*“Lo cierto es que no hay nada nuevo en esas historias: todas ellas nos muestran el dolor o desesperanza inicial por no poder tener “hijos propios”, hasta su desenlace feliz mostrándonos, por fin, la familia al completo. La estructura narrativa de cuento de hadas no parece el marco adecuado para abordar un debate ético y jurídicamente complejo, a no ser que se busque manipular a la opinión pública con un «encantamiento emocional»”.*

## ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

### Perspectiva y conocimientos de los cuidadores de personas con discapacidad acerca de la sexualidad de los mismos

#### Caregivers' perspective and knowledge in sexuality of people with disabilities

Polanco Reyes L (1), Arguelles Rubio C (2), Estrella Castillo D (3)

1. Doctora. Profesora Investigadora Titular. Universidad Autónoma de Yucatán (Mexico).

2. Licenciada en Rehabilitación. Universidad Autónoma de Yucatán (Mexico).

3. Doctora. Universidad Autónoma de Yucatán (Mexico).

#### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la perspectiva y conocimientos en sexualidad de los cuidadores de niños y adolescentes con discapacidad, que acuden a un Centro de Desarrollo Integral.

**Diseño:** Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional.

**Emplazamiento:** Padres y cuidadores de niños y adolescentes con discapacidad, que acuden al Centro de Desarrollo Integral "Enséñame a Caminar por la Vida" ubicado en el municipio de Hunucmá, Yucatán, México.

**Participantes:** 17 cuidadores primarios que llevaron a terapia a su paciente con discapacidad durante el mes de la entrevista al Centro de Desarrollo y aceptaron participar.

**Mediciones principales:** Se aplicó un cuestionario elaborado expreso para recabar información relacionada con edad del cuidador, sexo, estado civil, religión,

escolaridad, ocupación y número de hijos; seguidas de las características de los hijos o pacientes que acuden con ellos al Centro como son: sexo, edad, escolaridad, tipo de discapacidad, origen de la discapacidad y edad de adquisición. Finalmente se investigan los conocimientos que tiene esta persona a cerca del concepto integral de sexualidad, y los derechos sexuales y reproductivos de la persona a su cuidado

**Resultados:** El 88.2% de los cuidadores son mujeres. El 47% de sus pacientes acuden por discapacidad intelectual, siendo todas estas discapacidades de origen congénito.

Sólo el 23.5% de los cuidadores responde correctamente qué es la sexualidad.

El 100% considera necesario hablarles de este tema a su paciente y sólo el 17.6 % cree que el momento ideal es desde la infancia. Un gran porcentaje de los cuidadores cree que el desarrollo sexual se da durante la adolescencia (47%).

Opinan que el tema más importante a enseñarles a los niños son las partes del cuerpo (47%). Lo que menos conocen son los beneficios de esta educación para evitar el abuso sexual y las necesidades de educar acerca de la orientación sexual y las relaciones afectivas.

**Conclusiones:** Por lo general son mujeres (88.2%) las que asumen el papel de educadora principal. Los participantes con mayor nivel de estudios tienen más conocimientos acerca de la sexualidad y están más dispuestos a abordar todos los temas con sus hijos.

#### CORRESPONDENCIA:

##### Lucila Polanco Reyes

Universidad Autónoma de Yucatán

Calle 122 # 280

Mérida, Yucatán (México) CO 97238

Teléfono: 044 9999 47 40 54

Correo electrónico: preyes@correo.uady.mx



Todos los cuidadores muestran actitudes favorables acerca de enseñarles temas para prevenir el abuso sexual, sin embargo, mostraron actitudes conservadoras acerca de temas como las sensaciones físicas cuando se siente atracción por alguien, así como la masturbación.

**Palabras clave:** sexualidad, discapacidad, cuidadores primarios, padres.

## ABSTRACT

**Objective:** To know the caregivers' perspective and knowledge of the sexuality of children and adolescents with disabilities who attend a Comprehensive Development Center.

**Design:** Descriptive, cross-sectional, prospective, observational study.

**Setting:** Children and adolescents with disabilities' parents and caregivers who attend a Comprehensive Development Center named "Enséñame a Caminar por la Vida" located in the municipality of Hunucma, Yucatan, Mexico.

**Participants:** 17 primary caregivers who took their patients with disabilities to their therapy sessions over the month of the interview at the Comprehensive Development Center.

**Main measurements:** A specially designed questionnaire was used in order to gather information related to the caregiver's age, sex, marital status, religion, educational background, occupation and number of children as well as to know the characteristics of the caregivers' children or patients who attend the Development Center such as: sex, age, educational background, type of disability, cause of disability and age when the disability was developed. Finally, the caregivers' knowledge of the comprehensive concepts of their patients' sexuality, sexual and reproductive rights was also researched.

**Results:** 88.2% of the caregivers are women. 47% of their patients attend due to an intellectual disability which had a congenital origin in all of the cases.

Only 23.5% of the caregivers responded correctly to what the concept of sexuality is.

100% of the participants considers necessary to discuss about this topic with their patients and only 17.6% believes that the appropriate moment to do it is during childhood. A considerable proportion of the caregivers believes that sexual development takes place during adolescence (47%).

The participants expressed that it is of great importance to teach the children about the body parts (47%). What was less known are the benefits of this kind of education in order to prevent sexual abuse and the necessity of teaching about sexual orientation and affective relationships.

**Conclusions:** It is mostly women (88.2%) who assume the role of the primary educator of the patient. The participants with a higher educational level have more knowledge of the concept of sexuality and are more eager to address the issue with their patients.

Despite the fact that all the caregivers manifested favorable attitudes towards the teaching of topics related to the concept of sexuality in order to prevent sexual abuse, they also exhibited conservative attitudes regarding topics such as the physical sensations when people feel attracted to others or about masturbation.

**Keywords:** sexuality, disability, primary caregiver, parents.

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo psicosexual de la persona con discapacidad intelectual va estar mediado por etapas o factores iguales que en el resto de las personas. El entorno en que se desarrollan estas necesidades no es nada favorable en el caso de las personas con deficiencia mental ya que se le niega el status de adulto al sobreprotegerlo, lo que afecta directamente su desenvolvimiento psicosocial, catalogándose en diversas ocasiones su conducta como "manifestaciones de la sexualidad, inadecuadas socialmente", por lo que a menudo tienen dificultades para resolver de manera adecuada sus necesidades interpersonales y de intimidad afectivo-sexual.<sup>1</sup>

Hablar de sexualidad en estas personas sigue siendo un tema tabú debido a los mitos y creencias culturales, las cuales representan mayores barreras para una expresión libre y adecuada de la misma, incluida la falta de educación sexual cuando se la compara con la población general<sup>2,3</sup> en lugar de concebirlas como seres sexuados con derechos a pesar de su condición física y/o mental.<sup>4</sup>

Autores como Riviera, Navarro y Núñez concuerdan en que la sexualidad de la persona con discapacidad, al igual que la de personas sin esta condición empieza en la primera infancia y transcurre hacia la pubertad (cuando incrementa su interés por la sexualidad), con modificaciones profundas en las sensaciones y en la percepción de sí mismo, su cuerpo y del mundo.<sup>4,5</sup>

Pese a estos hechos, las actitudes hacia la sexualidad siguen estando influidas por la moral imperante de cada contexto histórico, siendo las mismas prácticas sexuales valoradas de forma diferente según sean realizadas por personas con o sin discapacidad.<sup>3</sup>

En el caso de padres de hijos con discapacidad, señalan algunos que no se preocupan por informar a sus hijos acerca del tema, no lo consideran un tema relevante para dialogarlo o tal vez como una manera de sobreprotección hacia sus hijos con el fin de evitar que estos realicen alguna actividad en este ámbito.<sup>6</sup>

Diversas investigaciones de sexualidad en discapacidad han demostrado que debido a los mitos y creencias, se les niega una educación sexual para evitar “incitarles” al sexo y el erotismo, se les controla la reproductividad por temor a que engendren “más discapacitados” y por tanto se les niega la posibilidad de ejercer la maternidad o paternidad.<sup>5</sup>

Por otro lado, se muestra una mayor tendencia a las actitudes positivas en relación a la sexualidad de las personas con discapacidad física en contraste a la sexualidad de personas con discapacidad intelectual.<sup>2</sup>

Una investigación realizada por Nguyen et al indica que las necesidades sexuales y reproductivas de las personas con discapacidad tienden a ser ignoradas por los miembros de su familia, sus cuidadores y los servicios de salud. No se les brinda información en salud sexual y reproductiva.<sup>7</sup>

Una educación de calidad sobre este tema les permitiría el desarrollo integral, aprender a conocerse, aceptarse y respetarse, sin sentirse limitados por su condición física o mental.<sup>4, 8</sup>

Así, como dijimos anteriormente, una educación sexual de calidad, tanto a las personas con discapacidad como a los padres de familia, lograría derribar todos los mitos existentes y transmitir, formar y promover actitudes, valores, conocimientos y habilidades desde edades tempranas que les permitan vivir una sexualidad responsable y placentera, sin ser violentados por su condición,<sup>10, 4</sup> visualizando y reconociendo abiertamente los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad para hacer frente a la discriminación.<sup>9</sup>

Diversos estudios señalan la visión de los padres de personas con discapacidad con actitudes muy conservadoras, de que son eternos niños, con un deseo sexual incontrolable y que es mejor no educarlos en materia de salud sexual<sup>2, 5, 10</sup>. Así, participantes de un taller mostraron creencias de tipo colectivas como: “no podrán tener novio”, “no son capaces de hacer eso”, “a ellos no les gustan otras personas”, “no se enamoran”. Así mismo en el estudio, los padres de familia mantuvieron una actitud pasiva, reconociendo su falta de información e iniciativa para poder educar a sus hijos en sexualidad; mostrando poco interés en conocer más sobre el tema para poder orientar y ayudar a sus hijos, tratándolo aún como un tabú.<sup>1</sup>

Respecto a este tema, autores como Guevara et al, Liesa y Vived y Rivera señalan que el abandono de los padres para educar sobre el tema radica en que no se encuentran lo suficientemente informados respecto a éste.<sup>10</sup>

Ignoran que ninguna persona, independientemente de su nivel de capacidad o discapacidad, puede ser asexual.<sup>11</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, transversal prospectivo que incluyó una muestra no probabilística de “Cuidadores primarios” de personas con discapacidad que acudieron al Centro de Desarrollo Integral “Enseñame a caminar por la vida” ubicada en una población rural de Yucatán México.

De un universo de 40 cuidadores, se incluyeron 17 que reunían los criterios de inclusión, a los cuales se les aplicó un cuestionario elaborado exprofeso que recabó información acerca de sus conocimientos en cuanto al desarrollo, conducta sexual, mitos y derechos de niños y adolescentes con discapacidad. Se capturó con el cuestionario información relacionada con edad del cuidador, sexo, estado civil, religión, escolaridad, ocupación y número de hijos. Seguidamente características de los hijos o pacientes que acuden con ellos al Centro como son : sexo, edad, escolaridad, tipo de discapacidad, origen de la discapacidad y edad de adquisición.

Finalmente los conocimientos que tiene acerca del concepto integral de sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos de la persona a su cuidado.

## RESULTADOS

El 88.2% de los cuidadores son mujeres y el 47% de sus pacientes consultan por discapacidad intelectual, siendo todas éstas de origen congénito.

Respecto a lo que los padres o los cuidadores consideran que significa la sexualidad, solo el 23.5% dio una respuesta correcta.

El 100% considera que es algo necesario hablarles de ese tema, pero el 76.4% no supieron la edad correcta en la que se inicia el desarrollo sexual; la mayoría respondió que inicia en la adolescencia (47%) y el porcentaje restante (29.4%) no conocía la respuesta. Sólo el 17.6% de los participantes consideran que se debe hablar del tema desde la infancia, o de otra manera, cuando la persona tenga un “grado determinado de madurez mental” o solo cuando pregunte sobre el tema.

La mayoría de los cuidadores (88.2%) mencionaron los cambios físicos de la adolescencia, mientras que solo el 11.8% de los mismos mencionaron los cambios sociales y psicológicos.

## DISCUSIÓN

### Significado y aplicación práctica de los resultados

Pese a que al parecer la mayoría de los y las participantes respondieron correctamente las definiciones de conceptos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad, existieron cuidadores que aún creen en algunos de los mitos existentes, como los que establecen que: las personas con discapacidad no empiezan su desarrollo psicosexual en la infancia (58.20%), no pueden tener orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual (64.70%), tienen un desarrollo sexual diferente al normal (35.30%) y que son eternos ángeles o niños (29.40%).

Diferente a Bárcena et al quien encuentra en 2017 que los padres de hijos con discapacidad solo buscan enseñarles temas que evitan el abuso sexual, el presente estudio encontró que los padres mostraron además interés y actitudes favorables respecto a temas como el desarrollo sexual, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, noviazgo y paternidad; sin embargo mostraron actitudes conservadoras acerca de temas como las sensaciones físicas cuando se siente atracción por alguien, así como la masturbación.

Los datos obtenidos en cuanto a derechos sexuales no son concluyentes, ya que, pese a que todos los participantes mencionaron conocer todos o la mayoría de los mismos, no se puede demostrar si cumplen con ellos o, por lo contrario, como la bibliografía sugiere los pasan por alto, sin embargo, no se indagó sobre cómo los aplican o qué actividades llevan a cabo para cumplirlos. Debido a lo anterior, se sugiere realizar investigaciones más certeras acerca de este hecho.

### Lo que aporta el estudio

En este estudio encontramos que la gran mayoría (70.60 %) de los padres sabe que en la adolescencia se dan cambios físicos, sin embargo, sólo el 5.90 % conoce que realmente son 3 cambios (físicos, sociales y psicológicos), mientras que el 11.80% no tiene en cuenta los cambios por los que pasa el adolescente con discapacidad.

El género y la orientación sexual son los más identificados como elementos de la sexualidad por un 88.2%; el sexo y la reproducción, la identidad sexual y la intimidad, los vínculos afectivos, el placer y finalmente el erotismo, también son marcados como elementos que pertenecen al término sexualidad, pero con porcentajes mucho menores que los dos primeros.

Los cuidadores opinan mayoritariamente que el tema que se les debe enseñar en la infancia a estos niños es el de las partes del cuerpo (47%), seguidamente se mencionaron todos los temas de sexualidad y la enseñanza del consentimiento para evitar el abuso sexual ambos con mucho menor porcentaje (17.6%); finalizando con los temas de orientación sexual, lugares específicos para satisfacer necesidades sexuales y relaciones afectivas con

un 5.9%. El 17.6% de los participantes comentaron no saber qué temas de sexualidad se les deberían enseñar a los niños con discapacidad.

Cuando se trata de adolescentes con discapacidad piensan en un 47% que el tema de relaciones sexuales debería ser el de mayor importancia; seguido se encontraron los temas de vínculos afectivos y (de nuevo) partes del cuerpo (17.6%), dejando de último los temas de las enfermedades de transmisión sexual, identidad, orientación sexual, masturbación y adolescencia (5.9%). El 17.6% de los padres comentaron no saber qué temas se deberían abordar a esta edad.

La mitad de los participantes opinaron que, sí cambia la sexualidad en las personas con discapacidad, debido a problemas en la sensibilidad, se desarrollan más lento, no tienen interés sobre el tema y a los impedimentos físicos y mentales propios de la discapacidad.

## RELACION CON PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

Es importante mencionar que el 41.1% de los cuidadores primarios del estudio sólo concluyeron la educación básica, lo cual podría ser un factor que afecte su nivel de conocimiento sobre los temas de sexualidad.

Así se demostró que los participantes con un nivel de estudios mayor, tenían mayores conocimientos acerca de la sexualidad y estaban más dispuestos a abordar todos los temas respecto a la misma con sus hijos, lo anterior concuerda con las investigaciones realizadas por Bárcena et al en 2013 y Bárcena et al en 2018, que dicen: mientras más alto sea el nivel educativo de los padres, más proclives serán a conversar sobre estos temas con sus hijos ya que cuentan con mayor información.<sup>10</sup>

También los padres de hijos con discapacidad motriz e intelectual señalaron que es importante hablar de sexualidad a sus hijos con discapacidad, contra otros estudios<sup>11</sup> que señalan que los padres tienen una actitud apática y ausente cuando se trata de la educación sexual de sus hijos con discapacidad y que los mismos muestran actitudes más conservadoras cuando se trata de personas con discapacidad intelectual.<sup>4</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. López B, López B. Estudio descriptivo sobre las creencias de los padres de familia acerca de la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual. *Revista caribeña de ciencias sociales* [Internet]. 2018 [Consultado en 2021]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/08/padres-sexualidad-hijos.html>
2. Rebollero J, Carvajal B. Sexualidad en discapacidad. En M. Tamayo, A. Besoain-Saldaña, y J. Rebolledo. (Eds.),

- Kinesiología y discapacidad: Perspectivas para una práctica basada en derechos [Internet]. Chile: Universidad de Chile; 2020 [Consultado en 2021]. 24- 31. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/176498/Sexualidad-y-discapacidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Morell - Mengual et al. Actitudes de padres, profesionales y población general hacia la sexualidad de las personas con discapacidad física e intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* [Internet]. 2017 [Consultado en 2021]; 4 (1): 173 - 183. Disponible en: [https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853537018.pdf?fbclid=IwAR2fzHB9124OMwJ9f\\_ZUWY-LfC\\_jpMbi1aFZN9CrocynCz9lttL61NYD2jYM](https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853537018.pdf?fbclid=IwAR2fzHB9124OMwJ9f_ZUWY-LfC_jpMbi1aFZN9CrocynCz9lttL61NYD2jYM)
  4. Lozada A, Muñoz A. Sexualidad en sujetos con discapacidad intelectual. Mitos y prejuicios como factores de riesgo y vulnerabilidad al abuso sexual. *Rev Dig Pros en Psic* [Internet]. 2019 [Consultado en 2021]; 3 (2): 4 - 15. Disponible en: [https://www.kennedy.edu.ar/wp-content/uploads/2019/10/2019\\_07\\_Revista-Prospectiva\\_carta.pdf?fbclid=IwAR1IISPNOE-BXM7L39KCZT6ocWPYyYvQS8u6c6HeKuiAIT\\_RE2GUJ7rPrk#page=4](https://www.kennedy.edu.ar/wp-content/uploads/2019/10/2019_07_Revista-Prospectiva_carta.pdf?fbclid=IwAR1IISPNOE-BXM7L39KCZT6ocWPYyYvQS8u6c6HeKuiAIT_RE2GUJ7rPrk#page=4)
  5. Nguyen T et al. Reproductive and Sexual Health of People with Physical Disabilities: A Metasynthesis. *Sex Disabil* [Internet]. 2016 [Consultado en 2021]; 34: 3-26. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-015-9425-5>
  6. Susana Xóchitl Bárcena Gaona, Yolanda Guevara Benítez y Estefanía Álvarez Becerra Disponible en [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com). S.X. Bárcena Gaona et al. / *Journal of Behavior, Health & Social Issues* 9 (2017) 36-44 16
  7. López B, López B. Estudio descriptivo sobre las creencias de los padres de familia acerca de la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual. *Revista caribeña de ciencias sociales* [Internet]. 2018 [Consultado en 2021]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/08/padres-sexualidad-hijos.html>
  8. Bárcena S et al. Características de padres e hijos con discapacidad que intervienen en la comunicación sobre sexualidad. *Journal of behavior, health and social issues* [Internet]. 2017 [Consultado en 2021]; 9 (2): 36 - 44. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007078018300038?fbclid=IwAR1\\_bVvQ5z4zT17E7hk4HWVeCNtdQoU36JOaV4aLV-yPXWaD7e7eveFl6Rc0](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007078018300038?fbclid=IwAR1_bVvQ5z4zT17E7hk4HWVeCNtdQoU36JOaV4aLV-yPXWaD7e7eveFl6Rc0)
  9. Bárcena S et al. Comunicación sexual: diferencias entre padres de hijos con y sin discapacidad. *Psicología y salud* [Internet]. 2018 [Consultado en 2021]; 28: 5 - 13. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2540/4422>
  10. Juárez M et al. Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad [Internet]. México: INMUJERES; 2018 [Consultado en 2021]. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/cartilla\\_dsdrrpd\\_folleto.pdf?fbclid=IwAR0ceCVw0ybuMtW6-iXDfRSQ2zUa3P4fhMaOITqKLZJOkw2P83tb2YH-pGk](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/cartilla_dsdrrpd_folleto.pdf?fbclid=IwAR0ceCVw0ybuMtW6-iXDfRSQ2zUa3P4fhMaOITqKLZJOkw2P83tb2YH-pGk)
  11. Navarro N, Hernández A. Influencia de los actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. *Psicología y salud* [Internet]. 2012 [Consultado en 2021]; 22 (2):195 -203. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/544>

| Creencias de los padres acerca de la sexualidad de la persona con discapacidad.                                                                                |        |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
|                                                                                                                                                                | V      | F      |
| Las personas con discapacidad cuentan con derechos sexuales y reproductivos.                                                                                   | 100%   | 0%     |
| Hablar de sexualidad con nuestros hijos los incita a tener relaciones sexuales.                                                                                | 0%     | 100%   |
| La sexualidad de las personas con discapacidad empieza durante la infancia.                                                                                    | 41.20% | 58.20% |
| Las personas con discapacidad pueden tener orientaciones sexuales diferentes.                                                                                  | 35.30% | 64.70% |
| Las personas con discapacidad son asexuadas.                                                                                                                   | 11.80% | 88.20% |
| Una persona con discapacidad tendrá hijos con discapacidad.                                                                                                    | 17.60% | 82.40% |
| Las personas con discapacidad tienen deseos y necesidades sexuales.                                                                                            | 88.20% | 11.80% |
| Las personas con discapacidad se deben casar con alguien con su misma condición.                                                                               | 0%     | 100%   |
| La persona con discapacidad se desarrolla sexualmente de manera normal.                                                                                        | 64.70% | 35.30% |
| La sexualidad también se refiere a la capacidad de amar, expresar afecto y cariño, compartir sensaciones corporales, enamorar, seducir y respetar a la pareja. | 94.10% | 5.90%  |
| Las personas con discapacidad son eternos niños o angelitos.                                                                                                   | 29.40% | 70.60% |
| Las personas con discapacidad no necesitan ejercer su sexualidad.                                                                                              | 11.80% | 88.20% |

| Temas de sexualidad que los padres abordarían con sus hijos.        |                |                |
|---------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| Tema                                                                | Si lo abordará | No lo abordará |
| Qué hacer ante contactos indebidos.                                 | 82.4%          | 17.6%          |
| Tipos de contacto físico permitido por los familiares.              | 82.4%          | 17.6%          |
| Identificación de las partes del cuerpo.                            | 100%           | 0%             |
| Cambios físicos durante la adolescencia.                            | 94.1%          | 5.9%           |
| Diferencia entre un novio y amigo.                                  | 76.5%          | 23.5%          |
| Cómo nacen los bebés.                                               | 70.6%          | 29.4%          |
| Qué es el noviazgo.                                                 | 70.6%          | 29.4%          |
| Responsabilidad de la paternidad.                                   | 70.6%          | 29.4%          |
| Sensaciones físicas cuando se siente atracción hacia alguien.       | 64.7%          | 35.3%          |
| Qué son las relaciones sexuales.                                    | 88.2%          | 11.8%          |
| Cómo se contraen y previenen las infecciones de transmisión sexual. | 88.2%          | 11.8%          |
| Masturbación.                                                       | 52.9%          | 47%            |
| Métodos anticonceptivos.                                            | 76.5%          | 23.5%          |



## ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

### Personalidad y actitudes sexuales. Similitudes en la pareja.

#### Personality and sexuality attitudes. Similarities in the couple

Romero Martín BC

*Doctor en Psicología. Doctorando en Estudios Interdisciplinarios de Género. Departamento de Psicología y Logopedia. Universidad de la Laguna. La Laguna. Sana Cruz de Tenerife. España*

#### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las similitudes y diferencias en la pareja en características personales y actitudes sexuales.

**Diseño:** Estudio transversal y descriptivo de una muestra compuesta por un total de 290 parejas heterosexuales (580 personas) residentes en España.

**Mediciones principales:** Se evaluaron las características personales a través del NEOPI-R y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Las actitudes sexuales se midieron con el Multidimensional Sexuality Questionnaire. El análisis de semejanzas en la pareja se realizó mediante las correlaciones de Pearson. Para el estudio de las diferencias se utilizaron pruebas de t de Student.

**Resultados:** Los datos para las características personales muestran similitud en la pareja, sobre todo para las dimensiones de personalidad extraversión y cordialidad. Con respecto a las diferencias, se observaron resultados significativos, aunque los tamaños del efecto fueron bajos.

En relación a la sexualidad, las puntuaciones de la pareja se relacionaban entre sí, lo que supone semejanzas

entre las personas que conforman la relación. En general, se encontraron diferencias significativas en la pareja para las actitudes sexuales, aunque éstas no eran grandes.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio muestran semejanzas en la pareja tanto en personalidad y autoestima como en las actitudes sexuales. Las diferencias halladas podrían estar influidas por los estereotipos y roles de género, ya que coinciden con las encontradas en estudios anteriores con mujeres y hombres independientes.

**Palabras clave:** personalidad, comportamiento sexual, parejas.

#### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the similarities and differences in the couple in terms of personal characteristics and sexual attitudes.

**Design:** Cross-sectional and descriptive study of a sample made up of a total of 290 heterosexual couples (580 people) residing in Spain.

**Main measurements:** Personal characteristics were evaluated through the NEOPI-R and the Rosenberg Self-Esteem Scale. Sexual characteristics were measured with the Multidimensional Sexuality Questionnaire. The analysis of similarities in the couple was performed using Pearson's correlations. To study the differences, were used Student's t tests.

**Results:** The data for the personal characteristics show similarity in the couple, especially for the personality dimensions extraversion and cordiality. Regarding the differences, significant results were observed, although the effect sizes were low.

#### CORRESPONDENCIA:

**B. Cayetano Romero Martín**  
C/ Achinech, 13.  
38107 – Santa Cruz de Tenerife  
brcanario@hotmail.com

In relation to sexuality, the couple's scores were related to each other, which implies similarities between the people who make up the relationship. In general, significant partner differences were found for sexual attitudes, although these were not large.

**Conclusions:** The results of this study show similarities in the couple both personality and self-esteem as in sexual attitudes. The differences found could be influenced by stereotypes and gender roles, since they coincide with those found in previous studies with independent women and men.

**Keywords:** personality, sexual behaviour, couples.

## INTRODUCTION

La atracción erótica se ha definido como aquella que experimenta una persona por otra (1), estando influida por aspectos biológicos, culturales, psicosociales e históricos (2). El estudio de los factores influyentes en la atracción interpersonal ha demostrado la relevancia de la semejanza (3) o la complementariedad de la pareja (4).

La semejanza en la pareja se ha asociado con la salud (5) y el bienestar en la pareja (6). La similitud en las características como amabilidad y apertura a la experiencia se ha asociado a la satisfacción y el ajuste de la pareja (7), influyendo incluso en la felicidad de la pareja (8).

Se ha observado que las posibles diferencias en la pareja podrían deberse a la autoestima (9), cuanto más cómodas estaban las personas con su forma de ser más características similares compartían con sus parejas (10).

La mayor parte de los estudios sobre la similitud de las parejas se han centrado en la personalidad y variables sociodemográficas. Se ha destacado la importancia del análisis de las actitudes sexuales como aspecto clave del estudio de las relaciones de pareja (11), ya que influyen en la dinámica de las relaciones (12). Para su evaluación se han elaborado instrumentos como el Multidimensional Sexuality Questionnaire que cuenta con perspectiva multidimensional (13).

La literatura científica parece ilustrar la existencia de semejanzas en la pareja, asociándolas con aspectos positivos para la relación. No obstante, no todos los estudios parecen concluir esta asociación (14). En general, la mayoría de los estudios se centran básicamente en los aspectos personales de las mujeres y hombres que conforman la relación, sin atender a aquellos de naturaleza sexual involucrados en la pareja. El objetivo de este estudio es analizar las semejanzas y diferencias en características personales y actitudes sexuales entre mujeres y hombres que conforman relaciones de pareja heterosexuales.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal y descriptivo con una muestra de 290 parejas heterosexuales (580 personas en total) residentes en España. La edad media de las mujeres fue de 26.37 años (DT = 9.26) y de 28.49 años en hombres (DT = 9.26). El 83% de los participantes no tienen hijos.

### Instrumentos

**Revised NEO Personality Inventory** (15). La prueba evalúa las Cinco Dimensiones de la Personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Cordialidad y Responsabilidad. La componen un total de 240 ítems que describen seis facetas de cada una de las cinco dimensiones. El formato es de tipo Lickert con cinco opciones de respuesta. La fiabilidad para las dimensiones de personalidad en este estudio osciló entre .81 y .89 en hombres y entre .84 y .91 en mujeres.

**Multidimensional Sexuality Questionnaire** (13). El cuestionario mide las tendencias psicológicas asociadas al comportamiento sexual. Está compuesto por un total de 12 factores, cada uno de ellos formado por cinco ítems. El formato de respuesta es tipo Lickert de cinco opciones de respuestas. Los datos para la fiabilidad en este estudio oscilaron entre .57 y .84 en hombres y entre .64 y .88 en mujeres.

**Rosenberg's Self Esteem Scale** (16). Evalúa la autoestima mediante diez ítems sobre los sentimientos de respeto y la aceptación propia. El formato de respuesta es de tipo Likert de cuatro opciones, que van desde muy de acuerdo a totalmente en desacuerdo. La fiabilidad de la escala para esta muestra ha sido de .79 en los hombres y de .86 en las mujeres.

### Procedimiento

Se ofertó a las parejas la posibilidad de participar en la investigación de forma anónima, voluntaria e individualizada, garantizando la protección de sus datos bajo la presentación de un consentimiento previo. Los cuestionarios fueron rellenados y entregados de forma independiente por las personas que conforman la pareja con la intención de evitar sesgos en los datos.

El procesamiento de los datos se realizó mediante la versión 20 del programa SPSS para Windows. El estudio de las relaciones entre las características de la pareja se realizó mediante las correlaciones de Pearson. El análisis de las diferencias se ejecutó a través de las pruebas t de *Student* para muestras relacionadas.

## RESULTADOS

### Características personales

La Tabla 1 muestra las correlaciones entre las cinco dimensiones de la personalidad en la pareja. Las puntuaciones de los participantes en cada factor se correlacionaron con las puntuaciones de la pareja en el mismo factor. En general, el tamaño de las asociaciones es pequeño a excepción de las dimensiones extraversión y cordialidad con un tamaño medio. Con respecto a la autoestima, se obtuvo una relación positiva y significativa entre las puntuaciones de las mujeres y las de sus parejas. El coeficiente de correlación fue pequeño (.16)

Las diferencias en la pareja de las cinco dimensiones de la personalidad y autoestima se presentan en la Tabla 2. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas

factor del cuestionario se relacionan de forma positiva y significativa con la puntuación de sus parejas en el mismo factor. En general, los coeficientes de correlación superan el valor .20, encontrándose los valores más altos en las relaciones entre la satisfacción sexual (.45) y la motivación por mantener relaciones sexuales (.37).

Las diferencias halladas entre las mujeres y los hombres de la relación en las actitudes sexuales se representan en la Tabla 4. Las mujeres puntuaron más bajo que los hombres en todos los factores exceptuando control sexual interno, asertividad y satisfacción sexual. El análisis del tamaño del efecto mostró que las diferencias eran pequeñas para los factores motivación, ansiedad, depresión y vigilancia, mediana para control sexual externo y grande para la preocupación sexual.

**Tabla 1.** Relaciones entre las cinco dimensiones de la personalidad y la autoestima en la pareja

|                           | Neuroticismo | Extraversión | Apertura a la experiencia | Cordialidad | Responsabilidad | Autoestima |
|---------------------------|--------------|--------------|---------------------------|-------------|-----------------|------------|
| Neuroticismo              | .17**        | -.07         | -.01                      | -.19**      | -.06            | -.12       |
| Extraversión              | -.04         | .27**        | .13*                      | -.04        | .04             | .05        |
| Apertura a la experiencia | -.05         | .18**        | .20**                     | .00         | -.06            | .08        |
| Cordialidad               | -.17**       | .04          | .01                       | .39**       | .17**           | .08        |
| Responsabilidad           | -.21**       | .09          | -.07                      | .23**       | .25**           | .16*       |

\*p < .050; \*\*p < .010

**Tabla 2** Diferencias en la pareja en las cinco dimensiones de la Personalidad y Autoestima

|                           | Mujeres |       | Hombres |       | t     | Sig. | d de Cohen |
|---------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|------|------------|
|                           | Media   | DT    | Media   | DT    |       |      |            |
| Neuroticismo              | 139.81  | 21.98 | 132.00  | 21.02 | 4.49  | .00  | .28        |
| Extraversión              | 161.82  | 17.57 | 158.78  | 16.92 | 2.19  | .03  | .15        |
| Apertura a la experiencia | 168.62  | 18.63 | 160.19  | 16.52 | 6.05  | .00  | .38        |
| Cordialidad               | 167.78  | 15.45 | 160.55  | 17.32 | 6.22  | .00  | .40        |
| Responsabilidad           | 167.74  | 20.01 | 162.71  | 20.47 | 3.10  | .00  | .20        |
| Autoestima                | 32.27   | 5.11  | 32.64   | 4.62  | -0.99 | .32  | -.06       |

para los cinco factores, las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que las de sus parejas. El tamaño del efecto revela que estas diferencias son pequeñas, encontrándose los valores más altos en las dimensiones apertura a la experiencia y cordialidad. En relación a la autoestima, no se observó resultado significativo.

### Características sexuales

El análisis de correlaciones de las actitudes sexuales de la pareja se muestra en la Tabla 3. Los resultados mostraron que las puntuaciones de las mujeres en un

## DISCUSIÓN

### Significación y aplicación práctica de los resultados

La mayoría de los estudios sobre semejanzas en la pareja se centran en las características personales y sociodemográficas, sin atender a aspectos de naturaleza sexual. Los resultados de este estudio apoyan la concepción de la existencia de semejanzas en la pareja, no solo en características personales sino en las actitudes sexuales en la pareja.



**Tabla 3.** Relaciones entre las actitudes sexuales en la pareja

|                   | 1     | 2      | 3      | 4      | 5      | 6       | 7     | 8      | 9      | 10     | 11    | 12     |
|-------------------|-------|--------|--------|--------|--------|---------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|
| 1.Estima          | .20** | .08    | .19**  | .26*** | .27**  | .06     | .10   | .17**  | .00    | .02    | .06   | .29*** |
| 2.Preocupación    | .13*  | .24*** | .03    | .16**  | .24*** | .11     | .08   | .01    | .21**  | .06    | .09   | .03    |
| 3.Control Interno | .15*  | .07    | .21*** | .18**  | .28*** | .09     | .09   | .15**  | .07    | .01    | .05   | .22*** |
| 4.Conciencia      | .15** | .08    | .20**  | .30*** | .31*** | -.02    | .07   | .08    | .03    | .07    | .05   | .21*** |
| 5.Motivación      | .15*  | .15*   | .16**  | .29    | .37**  | .00     | .13*  | -.16** | .06    | .06    | .10   | .29*** |
| 6.Ansiedad        | .09   | .13*   | .03    | .01    | .06    | .22***  | .17** | .14*   | .28*** | .21*** | .03   | .10    |
| 7.Asertividad     | .08   | .07    | .07    | .12    | .13*   | .02     | .02   | .02    | .08    | .06    | .01   | .10    |
| 8.Depresión       | -.11  | .06    | -.14*  | -.13*  | -.11   | .21***  | .01   | .24*** | .20**  | .13*   | .04   | .30*** |
| 9.Control Externo | .04   | .09    | .02    | .09    | .02    | .25***  | .04   | .23*** | .33*** | .18**  | .08   | .18**  |
| 10.Vigilancia     | .05   | .10    | .06    | -.03   | .04    | .18**   | .03   | .07    | .25*   | .25*** | .04   | -.07   |
| 11.Miedo          | .02   | .02    | -.08   | -.11   | .15*   | .02     | .00   | .05    | .13*   | .17**  | .17** | .06    |
| 12.Satisfacción   | .23** | .00    | .21*** | .21*** | .23*** | -.21*** | .11   | -.28** | -.08   | -.07   | -.01  | .45*** |

\*p &lt; .050; \*\*p &lt; .010; \*\*\*p &lt; .000

**Tabla 4.** Diferencias en la pareja en Actitudes Sexuales

|                 | Mujeres |      | Hombres |      |        |      |            |
|-----------------|---------|------|---------|------|--------|------|------------|
|                 |         |      |         |      |        |      |            |
| Factores        | Media   | DT   | Media   | DT   | t      | Sig. | d de Cohen |
| Estima          | 12.07   | 3.96 | 12.62   | 4.02 | -1.82  | .07  | -.11       |
| Preocupación    | 4.54    | 3.88 | 7.87    | 4.55 | -10.75 | .00  | -.64       |
| Control Interno | 13.10   | 3.79 | 12.77   | 3.50 | 1.22   | .22  | .07        |
| Conciencia      | 13.48   | 3.20 | 13.55   | 2.99 | -0.34  | .73  | -.02       |
| Motivación      | 12.06   | 4.35 | 13.38   | 3.99 | -4.75  | .00  | -.28       |
| Ansiedad        | 5.70    | 3.62 | 6.81    | 3.40 | -4.25  | .00  | -.25       |
| Asertividad     | 9.84    | 2.64 | 9.53    | 2.56 | 1.42   | .16  | .08        |
| Depresión       | 2.78    | 3.85 | 3.62    | 4.30 | -2.81  | .01  | -.17       |
| Control Externo | 2.62    | 3.35 | 4.00    | 3.82 | -5.53  | .00  | -.33       |
| Vigilancia      | 3.36    | 3.62 | 4.09    | 3.98 | -2.65  | .01  | -.16       |
| Miedo           | 6.83    | 3.26 | 7.19    | 3.44 | -1.40  | .16  | -.08       |
| Satisfacción    | 14.11   | 4.85 | 14.10   | 4.45 | 0.04   | .97  | .00        |

El análisis de las semejanzas en la terapia de pareja podría ser un factor clave, ya que se ha demostrado su relación con variables psicológicas asociadas al correcto desarrollo de la relación.

#### Consideraciones sobre posibles limitaciones

Este estudio presenta una serie de limitaciones con respecto a la muestra, ya que, debido a su complejidad, el tamaño muestral es bajo. Estas limitaciones exigen interpretar con cautela los resultados, aunque estos coincidan con los obtenidos en investigaciones anteriores.

#### Relación con publicaciones científicas

Las diferencias en la pareja halladas en este estudio en personalidad mostraron concordancia con los resultados de estudios recientes en muestras de mujeres y hombres independientes (17, 18, 19). Se considera que este resultado está influido por una educación basada en los estereotipos de género, ya que esta fomenta el desarrollo de habilidades interpersonales y la autoconciencia pública en las mujeres, derivando en puntuaciones más altas en las mediciones de personalidad.

Para la autoestima, los resultados mostraron un claro apoyo para los postulados sobre las similitudes en la pareja (9, 10).

Con respecto a las actitudes sexuales, las diferencias encontradas también coinciden con las observadas en otros estudios con mujeres y hombres independientes (13), considerando una posible influencia de la cultura y roles de género en los resultados.

Indicaciones para futuras investigaciones

Los estudios han destacado la importancia de las semejanzas en la pareja, influyendo en variables psicológicas como el bienestar o la satisfacción (6). En un futuro, se podría analizar la influencia sobre el comportamiento sexual, la fidelidad u otras áreas de interés en el estudio de las relaciones románticas. Además, este estudio se podría replicar con parejas de diferentes edades y orientaciones sexuales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Mora, J. M. y Mora, M. P. Una mejor comprensión de la sexualidad humana a través del estudio de la asexualidad. *Rev. Asoc. Esp. de neuropsiquiatría*. 2020; 40(138): 115-132. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-573520200020007>
- Montoya, R. y Horton, R. Understanding the attraction process. *Soc. Pers. Psychol. Compass*. 2020; 14(4). <https://doi.org/10.1111/spc3.12526>
- Newcomb, T. M. *The acquaintance process* (1st ed.). New York: Holt, Rinehart y Winston; 1961. doi:10.1037/13156-000
- Winch. The Theory of Complementary Needs in Mate-Selection: A Test of One Kind of Complementariness. *Am Sociol Rev*. 1995; 20 (1), 52-56. <https://doi.org/10.2307/2088200>
- Williams, L., Ashford-Smith, S., Cobban, L., Fitzsimmons, R., Sukhatme, V. y Hunter, S. C. (2019). Does your partner's personality affect your health? Actor and partner effects of the Big Five personality traits. *PAID*. 2019; 149, 231-234. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.06.004>
- Cao, H., Li, X., Chi, P., Du, H., Wu, Q., Liang, Y., Zhou, N. y Fine, M. A. Within- couple configuration of gender-related attitudes and its association with marital satisfaction in Chinese marriage: A dyadic, pattern-analytic approach. *J Pers*. 2019; 87(6), 1189-1205. <https://doi.org/10.1111/jopy.12467>
- Jenkins, J. *An investigation of marital satisfaction: Assortative mating and personality similarity*. Detroit. University de Detroit Mercy; 2007.
- Bryan, A.D., Webster, G.D., y Mahaffey, A.L. The big, the rich and the powerful: Physical, financial and social dimensions of dominance in mating and attraction. *Pers Soc Psychol Bull*. 2011; 37(3), 365-382. <https://doi.org/10.1177/0146167210395604>
- Klohnen, E.C., y Mendelsohn, G. Partner selection for personality characteristics: A couple-centered approach. *Pers Soc Psychol Bull*. 1998; 24, 268-278. <https://doi.org/10.1177/0146167298243004>
- Brown, M.A., y Brown J.D. Self-enhancement biases, self-esteem and ideal mate preferences. *PAID*. 2015; 74, 61-65. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.039>
- Houlihan, A., Gibbons, F., Gerrard, M., Yeh, H., Reimer, R. y Murry, V. Sex and the self. *JEA*. 2008; 28, 70-91. <https://doi.org/10.1177/0272431607308670>
- Blunt, H. D. *People aren't mind readers: A study of sexual selfconcept, partner communication, and sexual satisfaction* [Tesis doctoral inédita,]. South Florida: Digital Commons; 2012. Recuperado de <https://digitalcommons.usf.edu/etd/3981>
- Snell, W. E., Jr., Fisher T. D. y Walters, A. S. The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Ann. Sex Res*. 1993; 6, 27-55. <https://doi.org/10.1007/BF00849744>
- George, D., Luo, S., Webb, J., Pugh, J., Martínez, A., y Foulston, J. Couple similarity on stimulus characteristics and marital satisfaction. *PAID*. 2015; 86, 126-131. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.005>
- Costa PT, McCrae RR. The revised NEO personality inventory (NEO-PI-R). In *The SAGE Handbook of Personality Theory and Assessment: Volume 2 - Personality Measurement and Testing*. SAGE Publications Inc. 2008. p. 179-198. <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n9>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
- Bunker, C. J., Saysavanh, S. E. y Kwan, S. Y. K. Are gender differences in the Big Five the same on social media as offline?. *Comput. Hum. Behav*. 2021;3, art. 100085. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2021.100085>
- Murphy, S.A., Fisher, P.A. y Robie, C. International comparison of gender differences in the five-factor model of personality: An investigation across 105 countries. *J. Res. Pers*. 2021; 90 art. 104047. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.104047>
- Walter, K. V., Conroy-Beam, D., Buss, D. M., Asao, K., Sorokowska, A., Sorokowski, P., et al. Sex differences in mate preferences across 45 countries: a large-scale replication. *Psychol. Sci*. 2020; 31(4), 408-423. <https://doi.org/10.1177/0956797620904154>

## **PUNTOS BÁSICOS Y ESQUEMA GENERAL DEL ESTUDIO**

### **LO QUE SABEMOS SOBRE EL TEMA:**

Las personas se sienten atraídas por personas que comparten características personales con ellas.

Las similitudes en la pareja se han asociado a un mejor bienestar y satisfacción con la pareja.

Tradicionalmente, los estudios se han centrado en el análisis de las semejanzas en personalidad sin atender otros aspectos como la sexualidad.

### **LAS APORTACIONES DE ESTE ESTUDIO**

Las personas escogen como parejas a aquellas que presentan similitudes en personalidad, autoestima y actitudes sexuales.

Las diferencias halladas entre parejas deben atenderse con cautela, ya que podrían tratarse de diferencias influenciadas por los roles de género.

Hay que contemplar el estudio del impacto de las semejanzas en las parejas en aspectos de la relación como la fidelidad, la sexualidad, etc. Además de analizar las similitudes en parejas de diferentes edades y orientaciones sexuales.

## ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

### ¿Qué saben los médicos acerca de la homosexualidad?: Estudio replicado

#### What do doctors know about homosexuality? A replicated study

Delgado Osorio N (1), Jaramillo Aguilar DS (2), Díaz Vallejo JA (3), Chicaiza Guzmán JE (3), Cuji Galarza WC (2), Lozada Martínez ID (4)

1- Sexóloga. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Colombia.

2- Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

3- Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Colombia.

4- Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Capítulo Futuros Cirujanos. Asociación Colombiana de Cirugía. Bogotá. Colombia.

#### RESUMEN

Este estudio busca exponer cómo entienden los médicos diversos aspectos de la homosexualidad, y ser una herramienta base para la formulación de estrategias que permita mejorar la atención a esta población. Antecedentes: Se han realizado diversos estudios a médicos auto declarados heterosexuales acerca del conocimiento de la homosexualidad. En general, se ha encontrado una falta de conocimientos en este ámbito, relacionadas con variables como lo son nivel educativo, religión, género, entre otros, que refiere el profesional encuestado.

**Objetivo:** Replicar el estudio efectuado por Renata Riberiro y su equipo, adaptando el cuestionario al español para evaluar el conocimiento de médicos heterosexuales sobre la homosexualidad.

**Método:** se utilizará la versión de KHQ modificada por Koch, se seguirá todos los procedimientos para garantizar la precisión del contenido del instrumento original, se

incluirlá la traducción del idioma original al idioma de destino por parte de dos evaluadores y el reclutamiento de los participantes será por la técnica de la bola de nieve y posteriormente se hará el análisis.

**Resultados:** Se encuestó a 268 profesionales del área de la salud. El 56,3% (n=151) de los encuestados ejercía su profesión activamente. Con relación a la edad, el 55,2% (n=148) tenía entre 25 a 34 años. El 67,5% (n=181) se identificó con el género femenino. El 42,5% (n=114) estuvieron solteros al momento de la aplicación de la encuesta. Según su religión, el 55,2% (n=148) profesaba la fe católica.

**Discusión:** Las diferencias observadas entre América Latina, Asia Sur y Europa, respecto al conocimiento sobre homosexualidad, más allá de su asociación o no con la identidad de género; se corresponden a cuestiones curriculares y formativas en torno a la sexología, los distintos niveles educativos y la provisión de materiales educativos.

**Palabras clave:** homosexualidad, médicos, conocimiento, salud, encuestas, cuestionarios.

#### ABSTRACT

This study seeks to expose how doctors understand various aspects of homosexuality, and to be a basic tool for the formulation of strategies that allow improving care for this population. Background: Several studies have been carried out on self-declared heterosexual doctors about the knowledge of homosexuality. In general, a

#### CORRESPONDENCIA:

**Jhony Alejandro Díaz Vallejo**  
Facultad de Ciencias para la Salud  
Universidad de Caldas  
Cl. 65 #26-10. 170002. Manizales  
(Colombia)  
Alejandrodiazval@gmail.com

lack of knowledge has been found in this area, related to variables such as educational level, religion, gender, among others, referred to by the professional surveyed.

**Objective:** To replicate the study carried out by Renata Riberiro and her team, adapting the questionnaire to Spanish to assess the knowledge of heterosexual doctors about homosexuality.

**Method:** the version of KHQ modified by Koch will be used, all the procedures will be followed to guarantee the accuracy of the content of the original instrument, the translation from the original language to the target language will be included by two evaluators and the recruitment of the participants will be by the snowball technique and later the analysis will be done.

**Results:** 268 health professionals were surveyed. 56.3% (n=151) of those surveyed exercised their profession actively. Regarding age, 55.2% (n=148) were between 25 and 34 years old. 67.5% (n=181) identified with the female gender. 42.5% (n=114) were single at the time of the survey application. According to their religion, 55.2% (n=148) professed the Catholic faith.

**Discussion:** The differences observed between Latin America, South Asia and Europe, regarding knowledge about homosexuality, beyond its association or not with gender identity; they correspond to curricular and training issues around sexology, the different educational levels and the provision of educational materials.

**Key words:** homosexuality, doctors, knowledge, health, surveys, questionnaires.

## INTRODUCCIÓN

La orientación sexual es definida en relación a quién se desea, de quién se enamoran o con quién querrían mantener relaciones sexuales las personas de un determinado sexo (1). La homosexualidad es la inclinación sexual hacia individuos de su mismo sexo (2). A través del tiempo este tema ha sido no sólo reservado sino también estigmatizado por la comunidad, sin embargo, hoy en día es un tema más aceptado e incluso de interés investigativo y social (3).

A pesar del aumento en la cobertura que ha tenido el sistema de salud en el país en los últimos años (4), el amparo al derecho a la no discriminación más concretamente por razones de sexo (5), así como a la vida, la libertad y la salud (6); múltiples organizaciones han manifestado que estas personas constituyen una población marginada, con considerables preocupaciones y problemas de salud, y un acceso muy limitado a

servicios competentes de prevención y atención de salud general (7) que conllevan a un aumento en la incidencia y prevalencia sobre todo de infecciones de transmisión sexual (ITS) en esta población (8).

Además, el profesional médico, influenciado por muchas circunstancias como lo puede ser un bajo conocimiento sobre el tema o una actitud religiosa sesgada entre otras, ha llevado a que estas personas se vean obligadas en muchos casos a no buscar atención ni asesoría profesional y emplear prácticas empíricas para satisfacer sus necesidades en salud. Es por esto, que se requiere un amplio conocimiento sobre el tema para abordar estas problemáticas. Con base en esto, el presente estudio buscó determinar el nivel de conocimiento de la homosexualidad en profesionales en salud heterosexuales, para dar paso a posibles soluciones sobre la problemática.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### *Tipo de estudio*

La presente investigación es un estudio descriptivo transversal prospectivo.

### *Instrumento*

El Knowledge about Homosexuality Questionnaire (KHQ) aborda aspectos centrales y objetivos de la homosexualidad, distinguiéndolo de otras características a las que a menudo se asocia erróneamente. Este instrumento evalúa el conocimiento y no las creencias u opiniones, enfocándose en los elementos cognitivos y no emocionales o conductuales de las respuestas. (10)

Para este estudio, se utilizará la versión de KHQ modificada por Koch, en la que se eliminaron dos elementos (debido a los resultados de un proceso de validación en su muestra) y se introdujo la opción "No sé" para permitir una evaluación del conocimiento. Esta versión modificada tiene 18 elementos verdaderos / falsos con respecto al conocimiento sobre la homosexualidad y genera una puntuación de cero a 18, donde 18 significa 100% correcto. (11) Por lo tanto, cuanto mayor sea el número de respuestas correctas, mayor será el conocimiento.

Este estudio seguirá todos los procedimientos para garantizar la precisión del contenido del instrumento original, se incluirá la traducción del idioma original al idioma de destino por parte de dos evaluadores.

### *Participantes*

El método de reclutamiento de los participantes será la "técnica de la bola de nieve", utilizando una promoción de la investigación e invitando a médicos a través de correo electrónico, redes sociales y sociedades de diferentes especialidades.

Los criterios de exclusión no se divulgarán a los participantes para evitar inhibiciones o situaciones embarazosas, especialmente con respecto a la información sobre orientación sexual. Se realizará la exclusión de los médicos en el proceso de análisis de datos.

*Criterios de inclusión:*

- a) ser un médico activo
- b) ejercer en Colombia
- c) ser heterosexual.

Los datos demográficos a recolectar serán:

- a) edad (en años);
- b) género (hombre / mujer);
- c) religión (católica, evangélica, espiritista, ninguna u otra);
- d) frecuencia de prácticas religiosas fuera del hogar (más de una vez a la semana, una vez a la semana, menos de una vez a la semana, quincenal o mensual, y menos de una vez al mes o nunca);
- e) estado civil (soltero, casado / estable, separado / divorciado o viudo);
- f) práctica profesional (médico activo, residente, jubilado o no activo);
- g) lugar donde ejerce profesión
- h) orientación sexual (heterosexual, homosexual, bisexual, ninguno de los anteriores, no puedo decir u otros).

• *Análisis de datos*

En el proceso de evaluación, todos los ítems se transformarán para que todas las respuestas incorrectas o "no sé" reciban una puntuación de 0, y las respuestas correctas reciban una puntuación de 1. Por lo tanto, cuanto mayor sea el promedio obtenido, mayor será el número de respuestas correctas.

Los datos se analizarán con estadísticas descriptivas para obtener distribuciones de frecuencia a través del paquete estadístico de software SPSS, versión 21. Después de eso, se realizará el análisis inferencial a través de las pruebas de correlación para verificar si hay una relación entre la puntuación total del KHQ y otras variables estudiadas.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se encuestó a 268 profesionales del área de la salud. El 56,3% (n=151) de los encuestados ejercía su profesión activamente. Con relación a la edad, el 55,2% (n=148) tenía entre 25 a 34 años. El 67,5% (n=181) se identificó con el género femenino. El 42,5% (n=114) estuvieron solteros al momento de la aplicación de la encuesta. Según su religión, el 55,2% (n=148) profesaba la fe católica. En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los participantes.

El mayor porcentaje de respuestas incorrectas se registró en el ítem 14, con el enunciado "Históricamente, casi todas las culturas han demostrado intolerancia generalizada hacia los homosexuales, viéndolos como enfermos o pecadores". Solo el 23,1% de los participantes lo marcó correctamente como falso. El ítem 17 tuvo el mayor porcentaje de respuestas correctas. En este se afirmaba que "La bisexualidad puede caracterizarse por comportamientos sexuales y/o respuestas a ambos sexos", y fue marcado correctamente como verdadero por el 97,0% de los participantes (Tabla 2). El ítem 18 reveló que el 39,6% de los profesionales de la salud no sabía si era cierto que "Investigaciones recientes han demostrado que la homosexualidad puede estar relacionada con diferencias genéticas", y que el 22,4% pensaba que era falso.

El ítem 6, "Según la Asociación Americana de Psiquiatría, la homosexualidad es una enfermedad", fue marcado con "no sé" por 12 participantes (4,5%); y

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los participantes.

| Variables                    | n (%)      |
|------------------------------|------------|
| <i>Ejercicio profesional</i> |            |
| Médico ya egresado, activo   | 151 (56,3) |
| Posgrado                     | 78 (29,1)  |
| Residente                    | 28 (10,4)  |
| Médico ya egresado, inactivo | 11 (4,1)   |
| <i>Edad</i>                  |            |
| <25 años                     | 5 (1,9)    |
| De 25 a 34 años              | 148 (55,2) |
| De 35 a 44 años              | 76 (28,4)  |
| De 45 a 54 años              | 29 (10,8)  |
| > 55 años                    | 10 (3,7)   |
| <i>Género</i>                |            |
| Femenino                     | 181 (67,5) |
| Masculino                    | 87 (32,5)  |
| <i>Estado civil</i>          |            |
| Soltero                      | 114 (42,5) |
| Casado                       | 72 (26,9)  |
| Unión libre                  | 68 (25,4)  |
| Separado                     | 13 (4,9)   |
| Viudo                        | 1 (0,4)    |
| <i>Religión</i>              |            |
| Católico                     | 148 (55,2) |
| Evángelico                   | 13 (4,9)   |
| Ninguna                      | 92 (34,3)  |
| Otras                        | 15 (5,6)   |



| <b>Tabla 2.</b> Patrón de respuesta al Cuestionario de Conocimiento sobre la Homosexualidad de acuerdo al sexo.                       |       |         |         |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|---------|------------|
| Ítems                                                                                                                                 | Todos | Hombres | Mujeres | Valor de P |
| Total, n                                                                                                                              | 268   | 87      | 181     |            |
| 1. Un niño que participa en un comportamiento homosexual, se convertirá en un adulto homosexual.                                      |       |         |         | 0,102      |
| Verdadero                                                                                                                             | 13    | 5       | 8       |            |
| Falso*                                                                                                                                | 219   | 65      | 154     |            |
| No sé                                                                                                                                 | 36    | 17      | 19      |            |
| 2. Hay una buena posibilidad de convertir a las personas homosexuales en heterosexuales.                                              |       |         |         | 0,012      |
| Verdadero                                                                                                                             | 9     | 6       | 3       |            |
| Falso*                                                                                                                                | 237   | 70      | 167     |            |
| No sé                                                                                                                                 | 22    | 11      | 11      |            |
| 3. La mayoría de los homosexuales quieren ser miembros del sexo opuesto.                                                              |       |         |         | 0,253      |
| Verdadero                                                                                                                             | 14    | 4       | 10      |            |
| Falso*                                                                                                                                | 231   | 72      | 159     |            |
| No sé                                                                                                                                 | 23    | 11      | 12      |            |
| 4. Algunas denominaciones eclesiásticas se oponen a la discriminación legal y social contra hombres y mujeres homosexuales.           |       |         |         | 0,646      |
| Verdadero                                                                                                                             | 165   | 52      | 113     |            |
| Falso*                                                                                                                                | 30    | 12      | 18      |            |
| No sé                                                                                                                                 | 73    | 23      | 50      |            |
| 5. La orientación sexual se establece a una edad temprana (durante la adolescencia o incluso antes).                                  |       |         |         | 0,775      |
| Verdadero                                                                                                                             | 198   | 62      | 136     |            |
| Falso*                                                                                                                                | 46    | 16      | 30      |            |
| No sé                                                                                                                                 | 24    | 9       | 15      |            |
| 6. Según la Asociación Americana de Psiquiatría, la homosexualidad es una enfermedad.                                                 |       |         |         | 0,123      |
| Verdadero                                                                                                                             | 10    | 6       | 4       |            |
| Falso*                                                                                                                                | 246   | 76      | 170     |            |
| No sé                                                                                                                                 | 12    | 5       | 7       |            |
| 7. Los hombres homosexuales son más propensos a seducir a los hombres jóvenes que los hombres heterosexuales a las niñas.             |       |         |         | 0,000      |
| Verdadero                                                                                                                             | 24    | 12      | 12      |            |
| Falso*                                                                                                                                | 197   | 49      | 148     |            |
| No sé                                                                                                                                 | 47    | 26      | 21      |            |
| 8. Los hombres homosexuales tienen más probabilidades de ser víctimas de delitos violentos que el público en general.                 |       |         |         | 0,547      |
| Verdadero                                                                                                                             | 225   | 71      | 154     |            |
| Falso*                                                                                                                                | 30    | 10      | 20      |            |
| No sé                                                                                                                                 | 13    | 6       | 7       |            |
| 9. La mayoría de los homosexuales fueron seducidos en la adolescencia por una persona del mismo sexo, generalmente varios años mayor. |       |         |         | 0,058      |
| Verdadero                                                                                                                             | 41    | 19      | 22      |            |
| Falso*                                                                                                                                | 163   | 45      | 118     |            |
| No sé                                                                                                                                 | 64    | 23      | 41      |            |

|                                                                                                                                                               |     |    |     |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|-----|-------|
| 10. Una persona se convierte en homosexual (desarrolla una orientación homosexual) porque él / ella elige hacerlo.                                            |     |    |     | 0,035 |
| Verdadero                                                                                                                                                     | 102 | 36 | 66  |       |
| Falso*                                                                                                                                                        | 106 | 40 | 106 |       |
| No sé                                                                                                                                                         | 20  | 11 | 9   |       |
| 11. La homosexualidad no ocurre entre animales (que no sean seres humanos).                                                                                   |     |    |     | 0,817 |
| Verdadero                                                                                                                                                     | 24  | 8  | 16  |       |
| Falso*                                                                                                                                                        | 218 | 72 | 146 |       |
| No sé                                                                                                                                                         | 26  | 7  | 19  |       |
| 12. Muchos investigadores consideran que el comportamiento sexual es un continuo que puede variar de exclusivamente homosexual a exclusivamente heterosexual. |     |    |     | 0,972 |
| Verdadero                                                                                                                                                     | 92  | 29 | 63  |       |
| Falso*                                                                                                                                                        | 115 | 38 | 77  |       |
| No sé                                                                                                                                                         | 61  | 20 | 41  |       |
| 13. La identidad de género de una persona homosexual no es congruente con su sexo biológico.                                                                  |     |    |     | 0,001 |
| Verdadero                                                                                                                                                     | 93  | 38 | 55  |       |
| Falso*                                                                                                                                                        | 150 | 35 | 115 |       |
| No sé                                                                                                                                                         | 25  | 14 | 11  |       |
| 14. Históricamente, casi todas las culturas han demostrado intolerancia generalizada hacia los homosexuales, viéndolos como "enfermos" o "pecadores".         |     |    |     | 0,781 |
| Verdadero                                                                                                                                                     | 188 | 59 | 129 |       |
| Falso*                                                                                                                                                        | 62  | 21 | 41  |       |
| No sé                                                                                                                                                         | 18  | 7  | 11  |       |
| 15. Los hombres heterosexuales tienden a expresar actitudes más hostiles hacia los homosexuales que las mujeres heterosexuales.                               |     |    |     | 0,211 |
| Verdadero                                                                                                                                                     | 211 | 63 | 148 |       |
| Falso*                                                                                                                                                        | 27  | 11 | 16  |       |
| No sé                                                                                                                                                         | 30  | 13 | 17  |       |
| 16. "Salir del closet" es un término que los homosexuales usan para reconocer públicamente su homosexualidad.                                                 |     |    |     | 0,169 |
| Verdadero                                                                                                                                                     | 247 | 80 | 167 |       |
| Falso*                                                                                                                                                        | 12  | 6  | 6   |       |
| No sé                                                                                                                                                         | 9   | 1  | 8   |       |
| 17. La bisexualidad puede caracterizarse por comportamientos sexuales y / o respuestas a ambos sexos.                                                         |     |    |     | 0,089 |
| Verdadero                                                                                                                                                     | 260 | 84 | 176 |       |
| Falso*                                                                                                                                                        | 6   | 1  | 5   |       |
| No sé                                                                                                                                                         | 2   | 2  | 0   |       |
| 18. Investigaciones recientes han demostrado que la homosexualidad puede estar relacionada con diferencias genéticas.                                         |     |    |     | 0,379 |
| Verdadero                                                                                                                                                     | 102 | 28 | 74  |       |
| Falso*                                                                                                                                                        | 60  | 22 | 38  |       |
| No sé                                                                                                                                                         | 106 | 37 | 69  |       |

como verdadero por 10 (3,7%). El ítem 10, que valora el conocimiento sobre los aspectos biopsicosociales en relación con la homosexualidad a través de la afirmación “Una persona se convierte en homosexual (desarrolla una orientación homosexual) porque él/ella elige hacerlo”, fue marcado como verdadero por el 38,1% de los participantes, y el 7,5% señaló que no lo sabía. Además, en este ítem se encontró una diferencia significativa en el porcentaje de respuestas correctas de hombres (45,9%) y mujeres (22,1%).

Los ítems 2, 7 y 13, también mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de ambos grupos, siendo las mujeres quienes alcanzaron un mayor porcentaje de respuestas correctas (92,3%, 81,8% y 63,5%, respectivamente).

## DISCUSIÓN

Los conocimientos de la población objeto de estudio entorno a la homosexualidad fueron pobres, al igual que lo reportado por Correa-Ribeiro R et al, quienes validaron y aplicaron el mismo instrumento a un total de 224 profesionales del área de la salud en el Distrito Federal de Brasil (9). En el presente estudio, temas como la homosexualidad en la naturaleza, actitudes y violencia frente a los homosexuales, términos empleados públicamente para reconocer la homosexualidad y el comportamiento sexual (p.ej.: de los bisexuales); son bien conocidos. Sin embargo, otros como el desarrollo y variación de la orientación sexual, definición de términos relacionados a la sexualidad, historia de la homosexualidad y factores asociados a homosexualidad; aún se desconocen o son muy confusos, no solo entre el público, si no también el personal de salud.

La tercera parte de los encuestados, señalaron que una persona se convierte en homosexual porque esta así lo elige. En la misma línea, la cuarta parte de los participantes refirieron desconocer que la homosexualidad está relacionada con diferencias genéticas. Estos resultados son similares a lo reportado por Correa-Ribeiro R et al (9). Sin embargo, difieren de lo encontrado por Maurer-Cid et al en su estudio sobre conocimientos biológicos de la homosexualidad y transexualidad, realizado en una muestra de 144 chilenos (12). Las tres cuartas partes de los participantes conocían que la homosexualidad tiene un componente genético, y no solo se trata de un solo gen o “gen gay”. No así, en el caso de las influencias cerebrales, hormonales y otras en la homosexualidad. Al momento, se conoce que la orientación y comportamiento sexual hacia el mismo sexo tienen un vasto componente genético (13), por tanto, son hereditarios. Otros factores, como la formación cerebral, exposición prenatal a hormonas sexuales, orden de nacimiento fraterno e influencias sociales, son determinantes en el desarrollo

de la orientación sexual (14-16).

La terminología empleada en torno a la sexualidad es amplia. Pese a la lucha masiva de las minorías por los derechos sexuales y reproductivos, el avance de la tecnología y la información, aún existe confusión respecto a la definición de la identidad de género, orientación sexual e identidad sexual. De ahí que, la investigación en el área de la se enfrente a la ardua tarea de definir y mejorar la comprensión de la terminología relacionada al sexo y género, con la finalidad de distinguir las disparidades y desigualdad entorno a la salud y experiencias de género, interacciones sociales, ambientales, entre otros (17). En este sentido, la identidad de género es el concepto íntimo que tiene el individuo sobre sí, pudiendo ser identificarse como hombre, mujer o cualquier otra cosa (18). Por tanto, la identidad de género puede ser igual o diferente al sexo físico. Pese a lo mencionado, en este estudio, se encontró que la tercera parte de los participantes considera que la identidad de género de una persona homosexual no es congruente con su sexo biológico. Correa-Ribeiro R et al encontró resultados similares (9). Además, Banwari G et al, en su estudio sobre conocimientos y actitudes sobre la homosexualidad en 244 estudiantes de medicina e internos rotativos, encontró que las tres cuartas partes de los participantes respondieron erróneamente a los términos en cuestión (19). De la misma forma, Dunjić-Kostić B et al en su trabajo sobre conocimientos y actitudes sobre la homosexualidad en 171 participantes, entre estudiantes y profesionales de la salud de Serbia, observaron que solo la cuarta parte respondió correctamente a este ítem del Sex Education and Knowledge about Homosexuality Questionnaire (SEKHQ) (20). Al contrario, Donisi V et al, en su estudio sobre competencias culturales y población LGBTI, observó que previo al entrenamiento de 110 profesionales de la salud de la Unión Europea, la sexta parte definía y caracterizaba correctamente los términos orientación sexual e identidad de género (21), al igual que Lopes L et al en un estudio realizado en la Universidad de Porto, Portugal (22).

También, un hecho que llama la atención es que, alrededor de la mitad de los encuestados, sostienen que el comportamiento sexual es estático e invariable. Pero, la orientación y comportamiento sexual cambian con el pasar del tiempo, debido a los estilos de vida, entornos familiares y otros específicos (23-25).

Por último, al igual que lo observado por Correa-Ribeiro R et al (9) Banwari G et al (19) y Dunjić-Kostić B et al (20), la séptima parte de los encuestados afirmaron que casi todas las culturas y religiones se han mostrado intolerantes hacia la homosexualidad. En primer lugar, la homosexualidad se ha documentado en todas las sociedades de la historia del mundo. En segundo lugar, en algunas civilizaciones (p.ej.: mesopotamia,

china, egipcia, griega y romana), la homosexualidad era aceptada, y, por tanto, una práctica común (26). Por último, la discriminación e intolerancia hacia los homosexuales fueron el resultado del surgimiento del cristianismo y su influencia sobre otras religiones (p.ej.: islam, catolicismo, entre otras).

Las diferencias observadas entre América Latina, Asia Sur y Europa, respecto al conocimiento sobre homosexualidad, más allá de su asociación o no con la identidad de género; se corresponden a cuestiones curriculares y formativas en torno a la sexología, los distintos niveles educativos (27-28) y la provisión de materiales educativos (29). También, obedece a los sistemas de salud, instauración de políticas públicas y la sociedad (p.ej.: homofobia, lucha social) (30-32). El desconocimiento de los profesionales de la salud no solo en relación a la homosexualidad, sino a todo lo que engloba la sexualidad y reproducción; contribuye a las disparidades en materia de salud que enfrenta la comunidad LGBTQ (p.ej.: prevención y tratamiento del VIH, acceso a la terapia de sustitución hormonal y atención primaria básica), refuerza estereotipos y genera confusión (33). Por tal motivo, es imperativo que se fortalezcan y amplíen los programas de estudio sobre salud y comunidad LGBTQ desde el pregrado, y que estos no se limiten solamente a enfermedades de transmisión sexual, salud mental e historia clínica sexual, si no que vayan más allá y culminen con un abordaje integral del paciente (34).

## BIBLIOGRAFÍA

- García, Ágata. (2015). La homosexualidad en la sociedad actual. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/4252/TFGL234.pdf;jsessionid=792380BDBFD5E43105028C00F9220D29?sequence=1>
- Asociación De Academias De La Lengua Española. (2020). Homosexualidad. Real Academia Española. <https://dle.rae.es/homosexualidad?m=form>
- Universidad Libre. (2014). Las personas homosexuales. <http://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/pdhubq/html/capitulo7.html>
- www.elmundo.com. (2016). Aument. El Mundo. [https://www.elmundo.com/portal/vida/salud/aumento\\_la\\_cobertura\\_de\\_salud\\_en\\_colombia.php#.XNL1g0hKjIV](https://www.elmundo.com/portal/vida/salud/aumento_la_cobertura_de_salud_en_colombia.php#.XNL1g0hKjIV)
- Constitucion Politica de Colombia 1991. (1991). Constitución Política de Colombia. <https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-1/articulo-13>
- United Nations. (1948). Naciones Unidas, declaracion universal de derechos humanos 1948. [https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web](https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web). <https://www.humanium.org/es/derechos-humanos-1948/>
- Organización Panamericana de la Salud. Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2013.
- Palacios, M., & Sanchez, J. (2018). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en la población lgbti. Cuenca, 2017. [dspace.ucuenca.edu.ec](http://dspace.ucuenca.edu.ec). <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/29729/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Corrêa-Ribeiro, R., Iglesias, F., & Camargos, E. F. (2018). What do physicians know about homosexuality? Translation and adaptation of Knowledge about Homosexuality Questionnaire. *Einstein (São Paulo)*, 16(3), 16. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4252>
- Koch CA. Attitudes, Knowledge, and anticipated behaviors of preservice teachers toward individuals with different sexual orientations Washington DC: George Washington University; 2000.
- Harris MB, Nightengale J, Owen N. Health care professionals' experience, knowledge, and attitudes concerning homosexuality. *J Gay Lesb Soc Serv*. 1995;2(2):91-107.
- Maureria-Cid Fernando, Ibarra-Mora Jessica, Flores-Ferro Elizabeth, Ramírez María Angélica, Hernández Paz Belén, Sepúlveda-González Sebastián. Cerebro, Hormonas Y Genes: Conocimientos Biológicos De La Homosexualidad Y Transexualidad En Una Muestra Chilena. *Rev Ecuat Neurol [Internet]*. 2022 Jul; 31( 1 ): 59-65. Disponible en: [http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2631-25812022000100059&lng=es](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812022000100059&lng=es). <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol31100059>.
- Ganna A, Verweij KJH, Nivard MG, Maier R, Wedow R, Busch AS, et al. Large-scale GWAS reveals insights into the genetic architecture of same-sex sexual behavior. *Science*. 2019;365:eaat7693.
- Rosario M. Sexual Orientation Development of Heterosexual, Bisexual, Lesbian, and Gay Individuals: Questions and Hypotheses Based on Kaestle's (2019) Research. *J Sex Res*. 2019 Sep;56(7):827-831. doi: 10.1080/00224499.2019.1590796. Epub 2019 Apr 28. PMID: 31030569.
- Breedlove SM. Prenatal Influences on Human

- Sexual Orientation: Expectations versus Data. *Arch Sex Behav*. 2017 Aug;46(6):1583-1592. doi: 10.1007/s10508-016-0904-2. Epub 2017 Feb 7. PMID: 28176027; PMCID: PMC5786378.
16. Skorska, M.N., Bogaert, A.F. Fraternal Birth Order, Only-Child Status, and Sibling Sex Ratio Related to Sexual Orientation in the Add Health Data: A Re-analysis and Extended Findings. *Arch Sex Behav* 49, 557–573 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01496-x>
  17. Rioux C, Paré A, London-Nadeau K, et al Sex and gender terminology: a glossary for gender-inclusive epidemiology *J Epidemiol Community Health* 2022;76:764-768.
  18. Byne W, Bradley SJ, Coleman E, Eyler AE, Green R, Menvielle EJ, Meyer-Bahlburg HF, Pleak RR, Tompkins DA; American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav*. 2012 Aug;41(4):759-96. doi: 10.1007/s10508-012-9975-x. PMID: 22736225.
  19. Banwari G., Mistry K., Soni A., Parikh N., Gandhi H. (2015). Medical students and interns' knowledge about and attitude towards homosexuality. *Journal of Postgraduate Medicine*, 61(2), 95–100.
  20. Dunjić-Kostić B, Pantović M, Vuković V, Randjelović D, Totić-Poznanović S, Damjanović A, Jašović-Gašić M, Ivković M. Knowledge: a possible tool in shaping medical professionals' attitudes towards homosexuality. *Psychiatr Danub*. 2012 Jun;24(2):143-51. PMID: 22706412.
  21. Donisi V, Amaddeo F, Zakrzewska K, Farinella F, Davis R, Gios L, Sherriff N, Zeeman L, McGlynn N, Browne K, Pawlega M, Rodzinka M, Pinto N, Hugendubel K, Russell C, Costongs C, Sanchez-Lambert J, Mirandola M, Rosinska M. Training healthcare professionals in LGBTI cultural competencies: Exploratory findings from the Health4LGBTI pilot project. *Patient Educ Couns*. 2020 May;103(5):978-987. doi: 10.1016/j.pec.2019.12.007. Epub 2019 Dec 16. PMID: 31866197.
  22. Lopez, et al. Portuguese medical students' knowledge and attitudes towards homosexuality, *Acta Med Port* 2016 Nov;29(11):684-693
  23. Ott MQ, Corliss HL, Wypij D, Rosario M, Austin SB. Stability and change in self-reported sexual orientation identity in young people: application of mobility metrics. *Arch Sex Behav*. 2011 Jun;40(3):519-32. doi: 10.1007/s10508-010-9691-3. Epub 2010 Dec 2. PMID: 21125325; PMCID: PMC3081371.
  24. Mock, S.E., Eibach, R.P. Stability and Change in Sexual Orientation Identity Over a 10-Year Period in Adulthood. *Arch Sex Behav* 41, 641–648 (2012). <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9761-1>
  25. Cook, Christopher C. H. 2021. The causes of human sexual orientation. *Theology & Sexuality* 27: 1–19.
  26. Peled, I. (2018) *Structures of Power: Law and gender across the Ancient Near East and beyond*. Chicago: The Oriental Institute.
  27. Costello, Aisling, et al. "A systematic review of the provision of sexuality education to student teachers in Initial teacher education." *Frontiers in Education*. Frontiers Media, 2022.
  28. Salkind J, Gishen F, Drage G, Kavanagh J, Potts HW. LGBT+ Health Teaching within the Undergraduate Medical Curriculum. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jun 28;16(13):2305. doi: 10.3390/ijerph16132305. PMID: 31261831; PMCID: PMC6651354
  29. Hunt R, Bates C, Walker S, Grierson J, Redsell S, Meads C. A Systematic Review of UK Educational and Training Materials Aimed at Health and Social Care Staff about Providing Appropriate Services for LGBT+ People. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Dec 7;16(24):4976. doi: 10.3390/ijerph16244976. PMID: 31817826; PMCID: PMC6950316.
  30. Ayhan CHB, Bilgin H, Uluman OT, Sukut O, Yilmaz S, Buzlu S. A Systematic Review of the Discrimination Against Sexual and Gender Minority in Health Care Settings. *International Journal of Health Services*. 2020;50(1):44-61. doi:10.1177/0020731419885093
  31. Fennell R, Grant B. Discussing sexuality in health care: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2019;28(17–18):3065–76. <https://doi.org/10.1111/jocn.14900>
  32. Sherriff, N.; Zeeman, L.; McGlynn, N.; Pinto, N.; Hugendubel, K.; Mirandola, M.; Gios, L.; Davis, R.; Donisi, V.; Farinella, F.; et al. Co-producing knowledge of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health-care inequalities via rapid reviews of grey literature in 27 EU Member States. *Health Expect*. 2019, 22, 688–700.
  33. Thoreson, R.R. (2018) "you don't want second best": Anti-LGBT discrimination in US health care. New York, NY: Human Rights Watch.
  34. Hollenbach, P.D.A. (2014) *Implementing curricular and institutional climate changes to improve health care for individuals who are LGBT, gender nonconforming, or born with DSD*. Association of American Medical Colleges.



## ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

### Un estudio sobre la relación deseo – atracción sexual

#### A study on the relationship desire – sexual attraction

Mora Montes JM

Neuropsiquiatra. Consulta privada. ORCID: 0000-0003-4122-8194

#### SINOPSIS

En primer lugar, se revisan los conceptos de deseo y atracción sexual para estudiar después la relación que existe entre ellos. Se comprueba la ausencia de una definición consistente y unánime sobre el concepto de atracción sexual y se diferencian las verdaderas atracciones sexuales de las pseudo atracciones, sean por afecto o admiración. Se refieren las principales aportaciones sobre el deseo. Para discernir sobre la relación deseo-atracción sexual se consideran las características del tipo heterosexual, por ser el más extendido y de mejor acceso por los métodos de introspección y fenomenológico. Se demuestra que múltiples veces la atracción heterosexual surge con independencia del deseo. Queda abierto para estudio posterior la relación deseo-atracción homosexual.

**Palabras clave:** deseo, atracción sexual, heterosexualidad.

#### SYNOPSIS

First, the concepts of desire and sexual attraction are reviewed to later study the relationship that exists between them. The absence of a consistent

and unanimous definition of the concept of sexual attraction is verified and the true sexual attractions are differentiated from the pseudo attractions, whether out of affection or admiration. The main contributions on desire are referred to. In order to discern the relationship between desire and sexual attraction, the characteristics of the heterosexual type are considered, since it is the most widespread and best accessible by introspection and phenomenological methods. It is shown that many times heterosexual attraction arises independently of desire. The homosexual desire-attraction relationship remains open for further study.

**Key words:** desire, sexual attraction, heterosexuality.

#### INTRODUCCIÓN

Este estudio teórico se inicia sobre la base del deseo sexual que Helen Kaplan (1982) incorporó en su modelo trifásico: deseo, excitación y orgasmo, común a toda realización sexual humana. Un modelo que modificaba el establecido con anterioridad por Masters y Johnson (1976), de cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Las aportaciones posteriores revelaron la importancia del deseo en la sexualidad humana y con ello se abrieron las puertas a nuevas interrogantes, tales como la relación entre la atracción erótica y el deseo, si eran una misma cosa o no y en todo caso que relación existía entre las dos. El intento de aclarar estos problemas ha obligado a profundizar en el concepto de atracción sexual y por la complejidad del tema se ha limitado este estudio a la atracción heterosexual. Un tipo de atracción que por ser la más frecuente y conocida facilita su profundización conceptual.

#### CORRESPONDENCIA:

**José María Mora Montes**

Avenida de Hernán Cortés, 5-8° C  
10001-Cáceres. Extremadura.  
España  
morates93@gmail.com



## I. DESEO SEXUAL

El deseo erótico o sexual es reconocido desde tiempo inmemorial como el hecho de experimentar una persona apetencias conducentes a actos sexuales placenteros. “No desearás la mujer de tu prójimo, se puede leer en el Deuteronomio o libro V de Moisés (Dt/05/21), que vivió en el s. XIV a.C. En el Evangelio se puede leer: “Pero yo os digo el que mira a una mujer deseándola ya cometió adulterio con ella en su corazón.” (Mt 5, 27-28).

En el siglo pasado el deseo entró en la literatura científica gracias especialmente a la sexóloga-terapeuta Helen Singer Kaplan (1982) que estudiando los desajustes sexuales en las parejas observó que los trabajos de terapia sexual precedentes estaban concentrados en los trastornos de las fases de excitación y orgasmo mientras que se habían descuidado las perturbaciones del deseo sexual.

Estudios de terapia sexual precedentes eran sin duda los de Masters y Johnson (1976), cuyas conclusiones fueron expuestas en el libro “Respuesta sexual humana” en el que señalaban cuatro fases en el ciclo de respuesta sexual: excitación, altiplano (meseta), orgasmo y resolución.

Es importante señalar que Kaplan (1982) identificaba el deseo con el concepto psicoanalítico de libido:

El deseo sexual o libido es vivenciado como sensación específica que mueve al individuo a buscar experiencias sexuales o a mostrarse receptivo a ellas (...) El deseo se activa fisiológicamente bajo la acción de estímulos internos o externos y en función de parámetros culturales.

Describió el trastorno del “deseo sexual hipoactivo”, también llamado por ella “libido baja,” enumerando posibles causas y pronóstico. El trastorno pronto fue aceptado por la Asociación de Psiquiatría Americana (1983) y por la Organización Mundial de la Salud (1996), y se incluyó en los manuales DSM III y CIE 10 con los nombres respectivos de “deseo sexual inhibido” y “ausencia o pérdida del deseo sexual”.

Entre las más importantes aportaciones a la noción del deseo sexual se mencionan tan solo las más significativas de ellas:

Para Bancroft, J. (1989) el deseo sexual ha de ser considerado como un concepto experiencial y síntesis de experiencias cognitivas, estados emocionales y una activación cerebral relacionada con la neurofisiología.

Levine (1987) definió el deseo afirmando que “es la energía psicobiológica que precede, acompaña y tiende a producir comportamiento sexual” y describió tres componentes:

a) el impulso (drive) o efecto que surge de la acción de las bases biofisiológicas que rigen el comportamiento sexual o base energética que lo sustenta. Subjetivamente se siente como apremio por la actividad sexual con la pareja. Está bajo el control de hormonas, tales como

la testosterona y ciertos neurotransmisores, como la serotonina, noradrenalina y dopamina.

b) El anhelo (Wish) se refiere a la disposición para las relaciones eróticas, independientemente del impulso que surge en un momento dado.

c) El motivo (motive) o motivación psicológica condicionada por los afectos, el género, los atributos físicos individuales, los olores, el lenguaje corporal, todo lo que lo que incita, mueve o anima a una persona para la práctica sexual.

Parte sustancial de la motivación y por ende del deseo enfocado a un “objeto” determinado es la atracción erótica, que es contemplada en este artículo.

Gómez Zapiain (1995) mantuvo la hipótesis de que el deseo sexual constituye una activación neurofisiológica independiente de la excitación sexual, pero bajo una influencia mutua y recíproca entre estas dos activaciones. De modo que la activación del deseo puede disparar la excitación sexual, con los naturales cambios fisiológicos, aunque no siempre ocurra. De igual forma que la falta de deseo se puede activar a partir de la excitación sexual producida por la pareja. La diferencia estriba en que el deseo es una experiencia subjetiva a diferencia de la excitación que es una respuesta fisiológica con manifestaciones anatomo-fisiológicas evidentes. Se trata de dos formas de activación que en condiciones normales actúan sinérgicamente. Para la mejor comprensión de este aspecto se propuso un modelo gráfico tridimensional de coordenadas, que tiene en cuenta la intensidad del deseo antes de comenzar la estimulación física y su persistencia hasta el final, junto a otro trazo diferente que marca la excitación sexual

En línea con la diferenciación de los tres componentes de la respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo), el deseo tiene su propio circuito neurofisiológico para activarse, regulado por hormonas y el hipotálamo, más diversas monoaminas, con independencia a la excitación sexual. De forma distinta, por fricción cutánea de zonas erógenas, gracias a reflejos medulares autonómicos (Clara Fowler, 2005) es posible activar el ciclo de respuesta sexual (excitación y orgasmo) sin la experiencia del deseo. A tener en cuenta que cuando una persona realiza el acto sexual sin deseo, entrando en fase de excitación por medio de la estimulación erótica de la pareja, el acto es poco placentero, a diferencia de cuando el deseo acompaña.

La inervación periférica que estimula la erección del pene forma parte del sistema nervioso autonómico y corre a cargo del parasimpático, que se origina en los segmentos S2-S4, actuando como neurotransmisor, no la acetil colina sino el óxido nítrico (Clara Fowler, 2005). En la mujer la respuesta a la estimulación de la

piel está menos comprobada, pero es similar a la del hombre, siendo también la secreción y dilatación vaginal competencia del parasimpático. La coordinación entre ambos circuitos se traduce en excitación genital psicógena y en un reforzamiento mutuo de respuestas reflejas y psicógenas. Los estudios de resonancia magnética cerebral muestran actividad cerebral correlacionada con la turgencia peneana (Fowler, C., 2005). Por todo esto, la masturbación sin deseo es posible, pero en general, el acto masturbatorio es efecto de una pulsión psicógena al placer.

En su modelo trifásico, Kaplan (2011) hizo una clara distinción entre los tres componentes de la respuesta sexual humana, pues el deseo o apetito de actividad sexual como manifestación psíquica lo relacionó con el cerebro, más específicamente con los circuitos del cerebro límbico, mientras que la excitación y el orgasmo eran reconocidos reflejos autónomos de los genitales, con un apoyo neurológico distinto. Las disfunciones sexuales, para esta autora, se producen por la perturbación de uno o de varios de factores citados, bien por causa de inhibiciones emocionales o bien por otras de tipo orgánico.

Angélica Romero Palencia y otros (2014) recuerdan que el deseo sexual supone el interés por actividades sexuales no limitadas al coito, sino extensible a la masturbación, al beso y a otras muchas más actividades que provocan excitación sexual con los correspondientes cambios fisiológicos. A esta anotación hay que añadir que el simple deseo de estar juntos, abrazarse o unir las manos, en un sentido distinto a todo afecto amoroso, puede ser manifestación de un tipo específico de deseo que se describe en este artículo.

## II. ATRACCION SEXUAL

### 1. Definiciones dadas al concepto

Hay que señalar la tendencia de muchos autores a eludir una definición de atracción sexual, en contraste con el concepto de orientación sexual presente en cualquier texto de sexología. Para confirmación de lo dicho se citan a continuación varios glosarios de sexualidad de ámbito nacional e internacional y amplia difusión:

Glosario de sexualidad de Planned Parenthood (S. f.) con cientos de definiciones concisas sobre términos relativos a la sexualidad, omite definir el concepto motivo de este estudio, aunque lo menciona al referirse a las diversas orientaciones sexuales.

Glosario de términos sobre diversidad afectivo sexual, del Ministerio de Sanidad de España (2018), contiene 122 términos bien definidos, entre los que no se haya el de atracción sexual.

Manual de Sexología de Iván Arango de Montis (2008) define trece conceptos, que fueron consensuados en el año 2000 con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), tales como sexualidad, salud sexual, género, identidad de género, orientación sexual, etc., no define la atracción sexual.

Diccionario LGTB+: Guía de conceptos de un lenguaje inclusivo, de Javier Castro Bugarín y Alberto Domingo (2019) que contiene y define 36 términos, tampoco incluye la atracción sexual.

Diccionario Panhispánico de Dudas (2005) de la Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española, cuya finalidad es resolver, con comodidad y prontitud, miles de cuestiones concretas que asaltan a los hablantes hispanos en su manejo cotidiano del idioma, también omite el concepto atracción sexual.

Se han encontrado también definiciones un tanto vagas, que poco aclaran sobre el concepto, tal por ejemplo, la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (s. f.) expone esta definición: “la atracción hace que las personas deseen el contacto sexual o muestren interés sexual en otra(s) persona”.

La enciclopedia Wikipedia no encuentra impedimento en la definición (s. f.) y lo hace de la siguiente forma:

La atracción sexual es la cualidad de despertar interés hacia una persona sexuada, sobre la base del deseo sexual y en relación estrecha con la orientación sexual del individuo. En este sentido, la atracción puede ser potenciada por elementos tales como la vestimenta, los olores (p.ej. perfume), forma de moverse...

Es una definición muy precisa que vincula atracción con deseo y añade algunos elementos ajenos al campo de la sexualidad que acentúan el atractivo del objeto.

### 2. No son “objetos” de atracción

Hay elementos que deben ser detectados para evitar confusiones, porque por sí solos no tienen capacidad para provocar atracción sexual alguna. Por ejemplo, la belleza de un sujeto, que David Jay (2014) incluye en la plataforma AVEN, (plataforma en línea que brinda un espacio donde las personas pueden recibir y aportar información sobre sus experiencias asexuales y para visualización de su existencia) por sí misma no motiva el deseo para el placer y acto sexual, porque precisa de un soporte humano sexuada en el que radica la atracción. Aunque, eso sí, puede incrementar el atractivo del sujeto, además de provocar emociones estéticas o de admiración. Junto a esta pseudo atracción estética y todo aquello que realza la imagen de una persona hay que sumar otras tantas pseudo atracciones, incluidas en la plataforma de Jay:

- Atracción sensual o deseo de interactuar con otros de una manera táctil, no sexual, como abrazos o caricias, que son expresiones de cariño, no sexuales.
- Atracción emocional o interés por conocer a alguien, a menudo como resultado de su personalidad, en lugar de su físico.
- Atracción intelectual o intención de relacionarse con otros de forma erudita y docta, como entablar una conversación “elevada” con ellos, para intercambiar criterios y conocerse mejor en las ideas.
- La “atracción romántica” es merecedora de especial consideración, porque no es una verdadera atracción sexual. Sobreviene cuando por evitar la soledad o por otro motivo se encuentra a otra persona para compartir la vida, sin ningún tipo de actividad sexual, aunque en estas parejas haya abrazos y besos como meras expresiones de afecto y amor.

Todas las pseudo atracciones mencionadas (admiración y afectos) no deben ser consideradas en sí mismas con capacidad de “motivación” en el deseo erótico, que tan solo surge ante los atractivos eróticos del “objeto” por su naturaleza de ser sexuado.

### III. RELACIÓN ATRACCIÓN SEXUAL - DESEO

#### 1. Oposición de criterios

Para Levine (1987), el género, es decir la atracción hacia una persona del mismo o de distinto sexo, forma parte de la motivación, y por ende del deseo.

Pedro Lacalle (2000) sobre la relación atracción-deseo afirma que, aunque conceptos distintos, se manifiestan al mismo tiempo:

El deseo erótico lleva implícita en su función y en su estructura la relación con el otro sexuado, su condición de dirigirse a la alteridad; por esto, aunque atracción y deseo son conceptos diferentes se manifiestan al unísono.

Asimismo, F. López Sánchez (2019) afirma:

La atracción interpersonal supone el deseo, se caracteriza porque es la fijación o concreción del deseo en una persona, actividad o estímulo sexual. En la atracción siempre hay algo externo al propio deseo, sea una persona, objeto real o fantaseado, que se prefiere o selecciona, por su valor erótico, entre otras posibilidades.

En sentido opuesto a los anteriores criterios hay sexólogos que opinan lo contrario, es decir, que se trata de conceptos distintos y pueden manifestarse en momentos diferentes. En esta línea se manifiestan Montagud Rubio (2021) y Lidia Avarado (2021), entre otros. El primero,

distingue con claridad la atracción sexual del deseo, y argumenta que el deseo sexual es algo que se puede controlar con la voluntad a diferencia de la atracción sexual definitiva de la orientación sexual de cada individuo, que no se puede modificar o es muy difícil hacerlo, según se ha comprobado en sesiones terapéuticas mantenidas durante largo tiempo. La segunda, señala que “el estrés, la ansiedad, la presión, el exceso de trabajo, las preocupaciones y un largo etcétera pueden afectar al deseo sexual, provocando que no se tengan ganas de “sexo”, mientras que la atracción permanece inmutable. De forma análoga se manifiesta Aurora Herrera Sánchez Breña (2021) que afirma: “no siempre se presenta la atracción sexual acompañada de deseo sexual”. Ella explica que sentir atracción erótica hacia un “objeto” concreto es un sentimiento que se puede experimentar por sí solo, sin más acompañamiento. Tener deseo sin atracción sexual ocurre igualmente en la vida real. El deseo sexual se refiere a las ganas de disfrutar placenteramente de actos sexuales, y no precisa que haya atracción por otra persona, ya que puede satisfacerse mediante la masturbación o bien en compañía de alguien por el que haya nula atracción o mínima atracción. Lo que fácilmente se constata al observar a hombres heterosexuales practicando actos homosexuales por carencia de mujeres.

La reflexión fenomenológica permite afirmar que atracción sexual y deseo son conceptos distintos y no tan solo porque el deseo suponga plasmar aquí y ahora la atracción erótica. El deseo busca el placer venéreo, y múltiples veces se acompaña de atracción sexual, de acuerdo con la orientación sexual del individuo, en cuyo caso cabe identificar atracción y deseo. Pero, otras veces, la atracción sexual surge independiente del deseo, no porque haya cansancio físico o por las circunstancias del momento, sino por la naturaleza misma de la atracción que se presenta del todo ajena al placer venéreo. Lo que se comprueba de forma muy clara en la orientación heterosexual, que a continuación se expone.

#### 2. Criterios con base en la atracción heterosexual

Para mejor observar la relación entre la atracción sexual y el deseo es preciso señalar las características de la atracción sexual y dado que existen distintos tipos de atracción, se elige la atracción heterosexual, en razón a su predominio en la población y fácil accesibilidad.

*a) la atracción heterosexual exige madurez somato-psíquica.*

Con anterioridad a la pubertad el niño y la niña tan solo han experimentado excitación de los genitales, generadora de placer, mediante masturbaciones por simples roces y frotamientos de los genitales, o bien ante estímulos

externos, con frecuencia de desnudos y visualizaciones pornográficas, menos frecuentes con fantasías sado-masoquistas (Peinado M.T., 2010). (Aruffo, R N; Ibarra, S; y Strupp, K R., 2000). (The National Child Traumatic Stress Network. (NCTSN), 2009). (Ballester, Ll. y Orte C., 2019).

La atracción hacia el tú y el sentimiento de ser objeto de atracción para otros se experimenta con claridad y por primera vez con el inicio de la pubertad, o poco antes; de forma más precoz en las niñas a partir de los 10 u 11 años, y en los niños a partir de los 12 o 13 años. Es una atracción que descubre el niño, o la niña, como algo nuevo en su psiquismo, independiente totalmente de cualquier tipo de excitación genital, como nuevos son los cambios morfológicos que paralelamente acompañan en el cuerpo.

Sentir tal atracción afecta en tal grado al adolescente que provoca un nuevo tipo de conversaciones entre los compañeros y amigos, en las que exhiben su madurez alcanzada y sus pinitos en las conquistas.

La atracción heterosexual que surge en la pubertad es percibida como mera complacencia, sentida por lo general hacia alguien en concreto, que en las conversaciones se generaliza a todo el género, “me gustan los chicos/as”, dirán los adolescentes. Es una atracción que perdurará a lo largo de la vida y será percibida un sinnúmero de veces en la vida normal de cualquier persona.

*b) Surge sin ir acompañada necesariamente de excitación erótica.*

Múltiples veces la atracción heterosexual surge sin excitación genital, ni tensión psíquica. El deleite por simple atracción sexual entre un hombre y una mujer es paradigmático, ante todo, por haber sido experimentado por una mayoría de la población. También, por haber servido de inspiración a múltiples artistas y literatos que magistralmente lo han sabido reflejar en sus obras a través del tiempo. Por simple atracción erótica una persona concreta resulta encantadora al ser contemplada en su totalidad sexuada, corporal y psíquica. Se dice de ella, con frecuencia, que tiene sex appeal; esto es, que su atractivo personal lo debe a su calidad de persona sexuada.

Uno mismo puede recordar a partir de la pubertad experiencias de sentir la atracción hacia alguien que por algún tiempo iluminó su vida. Hay experiencias escritas sobre estas experiencias que han resistido el paso del tiempo. El sexólogo Edward M. Brecher (1973) reproduce un episodio contado por Havelock Ellis, el cual quedó impresionado por su prima Agnes, una chica de dieciséis años que permaneció en su casa durante una o dos semanas cuando él tenía doce años de edad, y una vez que se marchó de allí la retuvo en su pensamiento durante años; ante su recuerdo escribió:

Nunca mencioné su nombre; nadie supo siquiera que pensé mucho en ella. Pero durante cuatro años su imagen se movía y vivía dentro de mí, revelándome mi otro yo a mí mismo. No tuve deseos físicos, ni emociones voluptuosas; nunca me imaginé ningún goce de contacto corporal con ella ni albergué cualquier sueño sensual.

En estas frases está perfectamente expresada la atracción erótica en su estado puro, sin contaminación alguna con otros elementos de vivencias ni impulsos sexuales hacia el placer sensual.

Hay gran número de frases literarias cuyos autores debieron experimentar este tipo de atracción y así lo reflejaron como sentimientos propios o en sus personajes de ficción.

En la novela de Wolfgang Goethe, publicada en 1774, “Las penas del joven Werther”, el protagonista termina suicidándose al ser rechazado por su idolatrada Lotte (Carlotta). En una ocasión el joven dice:

Carlota es sagrada para mí. Todos los deseos desaparecen en su presencia. Nunca sé lo que siento cuando estoy con ella: creo que mi alma se dilata por todos mis nervios.

Claramente se observa que en la atracción que siente por ella no hay deseo carnal y explícitamente lo afirma, pero, por ser tan fuerte este sentimiento de naturaleza erótica, resulta comprensible que le fuera imposible vivir alejado de su lado. No busca el placer, pero sí la unión física o al menos el acercamiento físico.

*c) Complementariedad.*

Desde tiempos antiguos esta complementariedad ha sido contemplada y se le ha dado diversas explicaciones. Ferrand (1996) describió en su “Melancolía Erótica” el razonamiento de Patrón sobre la complementariedad de los sexos.

El psiquiatra suizo, Carl G. Jung (1964) elaboró una concepción del psiquismo humano, masculino y femenino, basada en proyecciones de componentes arquetípicos del inconsciente. El hombre proyectaría su “ánima” (componente femenino de su inconsciente) en una determinada mujer, lo que explicaría su atracción hacia ella e incluso su enamoramiento. De forma similar ocurriría al proyectar una mujer su “ánimus” (componente masculino de su inconsciente) sobre un hombre concreto. Esta teoría de Jung que trata de explicar la atracción intersexual es discutible, pero entraña la certeza, para el psicoanalista suizo, de que al hombre le gusta la mujer y viceversa, por ser complementarios.

Estudios empíricos han comprobado que al hombre le gustan los rasgos anatómicos de la mujer y viceversa por su complementariedad. En ese todo que es la persona sexuada el hombre se complace especialmente con la



suavidad de piel de la mujer, sus anchas caderas, índice de fertilidad y acogida, la estrechez de su cintura, sus pechos redondeados (Ramírez E. et al. 2015). Hay preferencia por una relación cintura-cadera de 0'7 en todas las culturas analizadas según Millet, G. F. y Todd, P. M. (1998). Al hombre le gusta igualmente observar las mamas femeninas, puesto que es un cuerpo que le habla de ternura, acogida, que alimenta y aporta vida (Mora, J. M., 2011). En reciprocidad la mujer gusta del cuerpo masculino que le inspira, decisión, actividad y fortaleza física. La presencia de vello en el tronco tiene para la mujer un efecto positivo como señales visuales que anuncian la salud, destreza física, edad y una sana condición endocrina (Dixon, A. F. y al. 2003). No obstante, parece que la mujer aprecia en menor medida el atractivo físico masculino, a cambio de su interés por una aceptable “equiparación social” (Shibley, J. y DeLamate, J., 2007).

*d) Los impulsos al coito de la atracción heterosexual son dobles.*

En general los impulsos de la atracción sexual van dirigidos a la consecución del placer venéreo, cuando existe la normal disposición (Levine, 1987). No obstante, en la atracción heterosexual es posible descubrir por introspección, que, dada la naturaleza complementaria de los sexos los impulsos que llevan al coito surgen, a veces, por una necesidad de unión íntima de dos personas de distinto sexo y se mezclan de forma en ocasiones difícil de distinguir de esos otros en pos del placer venéreo.

Según una concepción estratificada de la personalidad los impulsos al placer surgen de la capa somato vital de la personalidad (Philipp Leersch, 1966) mientras que los otros, de naturaleza muy distinta, están subordinados a estructuras psíquicas de la personalidad no bien determinadas. Ambos impulsos surgen en intrincada mezcla y en proporción muy variable entre sí. Ciertamente, estos segundos impulsos constituyen un material de difícil comprobación empírica, pero de cuya realidad no se puede dudar. En primer lugar, por lógica, dado el origen de donde proceden, como deriva de la “atracción erótica”. Pues, si la simple contemplación del ser atrayente es gratificante y más lo es su proximidad física y más aún cuando los cuerpos llegan a estrecharse, ¿cómo no aspirar a una fusión de máxima intimidad, hasta llegar a ser “una sola carne”? En segundo lugar, muchas las parejas han afirmado, en un análisis de sus propios sentimientos durante el coito, que la mayor satisfacción experimentada en esos momentos era la de sentir unidas de una forma inefable sus personas. En tercer lugar, Lersch (1966) afirmaba, al respecto, no que hubiera dos

tipos distintos de impulsos, como aquí se afirma, sino que la “libido se transformaba” al llegar la pubertad y adquiriría su plena madurez para aspirar al único objetivo de la unión corporal:

...porque esta última (tendencia al goce) experimenta una transformación cualitativa al estar plenamente desarrollada y alcanzar la madurez sexual, en cuyo momento aparece un nuevo objetivo, la unión corporal en el acto de la procreación que no puede ser adecuadamente comprendido con el término “tendencia al goce”.

#### IV. CONCLUSIONES

1. El deseo fue incorporado por Helen Singer Kaplan, en el último tercio del siglo pasado a toda realización sexual humana, junto a la excitación y orgasmo. Este modelo trifásico es actualmente de general aceptación en todas las terapias sexuales.
2. El deseo descrito por Kaplan, como expresión de la libido, ha sido muy estudiado y objeto de valiosas aportaciones, entre las que destaca las de Levine que introdujo en su estructura tres elementos: motivación, anhelo e impulso. En ningún momento se ha dejado de considerar la importancia del componente neurofisiológico y el papel que juegan las hormonas sexuales y ciertas monoaminas.
3. Se observa la omisión que hacen muchos autores de la definición del concepto atracción sexual, y también la insuficiencia de las definiciones cuando han sido dadas, todo lo cual expresa la existencia de un obstáculo que dificulta una correcta y unánime definición.
4. La relación entre deseo y atracción sexual es objeto actual de debate, dado que hay quien considera que ambos conceptos vienen a ser una misma cosa y quien, al contrario, los consideran diferentes y de aparición, unas veces de forma simultánea y otras separadamente: atracción sin deseo y deseo sin atracción.
5. En este estudio se argumenta a favor de la independencia de tales conceptos, pero aceptando que puedan darse conjuntamente y al unísono. En apoyo de esta tesis se contemplan las características de la atracción heterosexual:
  - La atracción heterosexual no se manifiesta en la infancia; a lo sumo tan solo se insinúa. Se manifiesta claramente cuando se alcanza la madurez psico-biológica propia del ser humano, con la llegada de la pubertad.
  - Por sí sola la atracción erótica provoca complacencia en la contemplación, real o

imaginaria del ser que atrae. Una complacencia o deleite del todo diferente al placer sexual, expresión de la libido satisfecha.

- Tiene capacidad para surgir con plena independencia de todo deseo erótico.
  - En su tendencia al coito es arrastrada por los impulsos al placer, propios de la libido, pero también por otros de distinto origen estructural que buscan la unión íntima de dos personas.
6. Debido a las citadas características de la atracción heterosexual es prácticamente imposible alcanzar una correcta definición del concepto si previamente no se diferencian dos tipos de atracciones:
- Atracciones sexuales libidinosas, propias del deseo sexual, reconocido componente de toda realización sexual humana.
  - Atracciones sexuales simples o no libidinosas, cuyo prototipo surge con frecuencia en la relación hombre-mujer. Una atracción auténticamente sexual, porque está basada en la personalidad sexuada del ser humano (hombre y mujer).
7. Deseo y atracción heterosexual guardan entre sí una relación muy variable según los casos. Hay múltiples ocasiones en las que la atracción surge sin ningún componente de deseo erótico. En otras, una atracción inicialmente simple, termina siendo también libidinosa. Y finalmente, hay ocasiones en las que el componente atractivo es libidinoso desde el inicio.
8. Queda abierta a otra investigación la relación deseo - atracción homosexual.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado, L. (2021). La atracción sexual es primordial para mantener la complicidad. (Consultado el 26-X-21). Disponible en: <https://www.abc.es > psicologia-sexo > sexualidad > abc. La atracción sexual...>
2. American Psychiatric Association. (1983). Breviario DSM III. 1ª Ed. española Barcelona. Ed. Masson. P 149.
3. Arango, I. (2008). Sexología Humana. Ed. El manual moderno. México DF. Versión electrónica. P 5-7. (Consultado: 16-3-2021). Disponible en: [https://www.manualmoderno.com Sexualidad humana / \[ed.\] Iván Arango de Montis.](https://www.manualmoderno.com Sexualidad humana / [ed.] Iván Arango de Montis.)
4. Aruffo, RN; Ibarra, S; y Strupp, KR. (2000). Encopresis and Anal Masturbation. First Published August 1, 2000 Research Article Find in PubMed. Consultado el 28-6-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00030651000480040201>.
5. Ballester, Ll. y Orte C. (2019). Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales. Revisado el 6 de Julio del 2022. Disponible en: <https://cdn.20m.es > adj > 2019/06/10>.
6. Bancroft, J. (1989). El deseo sexual. Mundo Científico, (96), 1100- 1106.
7. Brecher E. M. (1973). Investigadores del sexo. México DF: Ed Grijalbo, PP 38 -39.
8. Dixon, A. F. y al. (2003). Masculine somatotype and hirsuteness as determinants of sexual attractiveness to women. Consultado:23-1-23. Disponible en: DOI: 10.1023/a:1021889228469).
9. Enciclopedia Wikipedia (s. f.).
10. Ferrand, J. (1996). De la maladie de l'amour, ou melancolie érotique (1623). Madrid: Ed. Asoc. Esp. de Neurops, PP 52-53.
11. Fowler, C, (2005) Causas neurológicas en disfunción vesical, intestinal y sexual. En Neurología Clínica de Bradley, W.G y otros. Madrid. Ed. Elsevier. Vol. I. P 424.
12. Ibid. P 424.
13. Ibid. P 423.
14. Goethe, J. W. (1774). Las penas del joven Werther. Barcelona: Alba editorial. 44.
15. Gómez Zapiain, J. (1995). El deseo sexual y sus trastornos: aproximación conceptual y etiológica. Anuario de Sexología. 1. 45-66. Consultado el 27-1-23. Disponible en: <https://sexologiaenredessociales.files.wordpress.com > ...>
16. Herrera, A. (2021). ¿Cuáles son las diferencias entre deseo sexual y atracción sexual? Blog. Auroraweb. 22-abril. 2021. (Consultado: 4-XII.21). disponible en: <https://www.psicologaysexologa.es/blog/sin-categoria/cuales-son-las-diferencias-entre...>
17. Ibid. P 423.
18. Jay D. AVENguy (2014). AVENwiki (2014). (Consultado: 21 de mayo del 2019). Disponible en: <http://wiki.asexuality.org/AVENguy. para la Visibilidad y Educación de la Asexualidad.>
19. Jung, C.G. (1964). El yo y el inconsciente. Barcelona: Ed. Luis Miracle. PP 154-186.
20. Kaplan, H.S. (1982). Cit.
21. Kaplan, H.S. (1982). Disorder of sexual desire and other new concepts and thecnique in sex therapy. Nueva York and Schuster (Trad. cast.: Trastornos del deseo sexual). Barcelona: Grijalbo, 1982. Paginas
22. Kaplan, H.S. (2011). Manual ilustrado de terapia sexual. Barcelona. Random House. P 13.
23. La Calle, P. (2000). Acerca del deseo sexual. Anuario de sexología. Nº 6. AEPS. Madrid. P 36.



- Ed. digital. (Consultado:2-3-2021). Disponible en: <https://www.aeps.es> › download › anuarios-aeps › 6-anuario-2000.
24. Lersch, P. (1966). La estructura de la personalidad. Barcelona. Scientia. PP 114-116.
  25. Ibid. P 115.
  26. Levine, S. B. (1987), More on the natura of sexual desire. Journal of Sex and Marital Therapy" 13 ( 1), p. 35- 44. DOI: 10.1080/00926238708403877).
  27. Ibid.
  28. Ibid.
  29. López Sánchez, F. (2019). La atracción. Tema de revisión. 49. ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Volumen VII. Enero-Febrero 2019. Nº 1. (Consultado el 26 de X-21). Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org> › ficheros › 49. Los afectos sexuales: (2) la atracción.)
  30. Masters y Johnson. (1976). Respuesta Sexual Humana. Buenos Aires. (Argentina). Intermédica.
  31. Millet, G. F.y Todd, P. M. (1998) Mate choice turns cognitive. En Trens in cognitive Sciences,2, 190-198.
  32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2018). Glosario de términos sobre diversidad afectivo sexual. (Consultado: 13-3-22). Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es> › sida › docs › glosario...
  33. Montagud N. (2021). ¿Cuáles son las diferencias entre deseo sexual y atracción sexual? Blog Psicología y Mente. (Revisado el 25-X-21). Disponible en: <https://psicologiymente.com> › sexología › diferencias...
  34. Mora, J. Mª. (2011). Masculinidad-feminidad, hoy. Cauriensia. Vol. 6. Univ. De Extremadura. PP 305-331.
  35. Organización Mundial de la Salud. (1996). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid. Ed. Meditor. P 88.
  36. Peinado M.T. (2010). Masturbación en el lactante y en el niño. Anales de Pediatría Continuada. Vol. 8. Núm. 5. Páginas 263-267 (Septiembre-Octubre 2010). Consultado el 28.6.22. Disponible en: <https://www.elsevier.es> › es-revista-anales-pediatria-contin.
  37. Planned Parenthood (s.f.). Glosario de sexualidad (Consultado: 13-3-22). Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org> › temas-de-salud...
  38. Ramírez E y al. (2015). Índice cintura-cadera en mujeres que se percibe como más atractivo por hombres de 20 a 30 años de edad. Rev. RESPYN. Vol. 14 Núm. 1. (Consultado: 14-10-22). Disponible en: <https://respyn.uanl.mx> › respyn › article › view...
  39. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2005). Diccionario Panhispánico de Dudas. Ed. Santillana. (Consultado: 8-3-22). Disponible en: <https://www.rae.es> › dpd...
  40. Romero, A. y del Castillo A.; Solano, G.; Rivera S. y del Castillo, C. (2014). Predictores del deseo sexual en una muestra de mujeres mexicanas. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Psicología Iberoamericana, vol. 22 núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 36-45.
  41. Shibley, J. y DeLamate, J. (2007). Sexualidad humana. Mcgraw-hill/Interamericana editores. México. Versión electrónica. PP 313. (Consultado: 16-3-2021).
  42. The National Child Traumatic Stress Network. (NCTSN) (2009). Cómo Entender y Manejar los Problemas de Comportamiento Sexual en los Niños. Consultado el 4-7-22. Disponible en: Cómo Entender y Manejar los Problemas de ... - Our Kids Center. <https://ourkidscenter.com> › espanol
  43. Ibid.
  44. Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (s.f.). Asexuality, Attraction, and Romantic Orientation. (Consultado el 27 de febrero de 2016). Disponible en: <https://lgbtq.unc.edu> › Resources - UNC LGBTQ Center. Asexuality, Attraction, and Romantic Orientation.

## REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

### Androginia, pasando del tabú a la aceptación / adaptación

#### Androgyny, moving from taboo to acceptance / adaptation

Díaz Vallejo JA (1), Delgado-Osorio N (2), Chicaiza Guzmán JE (1)

1- Estudiante del pregrado de Medicina. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Colombia.

2- Sexóloga. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Colombia.

With the development and evolution of the human species, people have learned in all this time, not only to know how to survive in the environment that touched them, but to look for opportunities elsewhere when life becomes hostile in an environment, it is for This has come to populate almost the entirety of the entire planet (1). Another important aspect that they have endured is learning to live as a society, how to express themselves from intimate ideas to something accepted in their natural environment, how to socialize and listen to the ideas of others in order to grow as a community (2).

It is therefore known that over the years the human species has been learning to live, and for this a series of norms has been implemented, perhaps different throughout the world, that allow it to be accepted in some community (2). These standards tell you not only what is right and what is wrong, but what is normal and what is not. Thus, people try to adapt to these parameters as best they can according to their biology, not always because they really want to be that way or they are naturally, but in order to be accepted and differentiated in the society they live in (3). By ancient texts and teaching through time from generation to generation, it has been shown that in

the field of sexuality it was and continues to be difficult to adapt the human erotic function to simple categories, where the problem of qualifying what is normal and what no, it is complex, this is due to the fact that it is a fairly broad experience with many possibilities in its exercise (4). For many years it was a subject controlled by the Church, generating a series of stereotypes that described what is good and what is not, being imposed and later accepted in almost everyone; but due to its limited inclusive approach and countless people who did not adapt to these stereotypes, this scheme has been broken, now bringing us more dynamic possibilities of acceptance (4).

Androgyny is one of the issues of human sexuality that has not been accepted or adapted to any of the categories or stereotypes given by the construction of society that has been taking place. This topic is not new, for many years it has tried to show the world this variety that breaks schemes, it was initially described through mythology, coming to consider the only possibility of pure love, but due to multiple circumstances it was not fully accepted, it is for this reason, as the years passed, other routes were taken, such as art showing itself through painting, sculpture or literature, and thus they have been trying to be accepted (5,6). It is thanks to technology and cultural trends that today it is easier to publicize this diversity in sexual differentiation, which has been trying to educate society in order to break these dichotomous differentiation schemes, giving way to a freedom of life, that each person is autonomous to do and be what they want, as long as they do not attempt with someone.

Androgyny is then that disruption of the great differentiation between man and woman with their schemes and stereotypes that society has been adapting

#### CORRESPONDENCIA:

##### **Jhony Alejandro Díaz Vallejo**

Facultad de Ciencias para la Salud  
Universidad de Caldas  
Cl. 65 #26-10. 170002. Manizales  
(Colombia)  
Alejandrodiazval@gmail.com

to the definition of these sexual roles, reaching the point where what would previously be looked at with great scandal is seen today with great naturalness, based on the new construction of gender identity, their sexual roles and stereotypes of a broader structure than it previously was, and a psychological vision of androgyny (7).

Culture is one of the main determinants of human behavior, every person is immersed and influenced to some extent by the society to which they belong, which in turn is immersed and influenced by the culture that has been developing over time. Society and culture play a very important role in the behavior and development of the personalities of those people who inhabit that society (8). But thanks to technology it was possible to create globalization, and thus through cultural transformations to affect many societies together. Thanks to this, it has been possible to know that today, the pattern of stereotypes in sexual differentiation has been broken, female behaviors have already been incorporated into the male part such as modesty, affection, concern for the quality of life, etc.; and masculine to the feminine part such as work, strength, orientation to material achievements, among others. In general, it can be said that men have been coined expressive behaviors and women instrumental behaviors. Making all this easier the acceptance of androgyny.

Knowledge of these circumstances by health personnel is important, since they are in the quality of true informants of the processes of many people who come to the consultation service for issues related to androgyny, either by parents who do not accept them, children who still need help for their sexual differentiation or a sexual therapy on the subject.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Makinen TM. Different types of cold adaptation in humans. *Front Biosci - Sch.* 2010 Jun 1;2 S(3):1047–67.
2. Londono Y, Mcmillan DE. Psychosocial adaptation: an evolutionary concept analysis exploring a common multidisciplinary language. *J Adv Nurs.* 2015 Nov 1;71(11):2504–19.
3. Bzdok D, Dunbar RIM. The Neurobiology of Social Distance. *Trends Cogn Sci.* 2020 Sep 1;24(9):717.
4. Alzate H. Sexualidad Humana. Segunda ed. Sexualidad Humana. Editorial Temis, S.A.; 1987. 310 p.
5. Sandfort TGM. Sexual orientation and gender: stereotypes and beyond. *Arch Sex Behav.* 2005 Dec;34(6):595–611.
6. Valdes-Socin H, Vuidar M. The androgyny of Christ. *J Endocrinol Invest.* 2021 May 1;44(5):1125.
7. Boles J, Tatro C. Androgyny. In: *Men in Transition*. Boston, MA: Springer US; 1982. p. 99–129.
8. Grinde B. Sexual Behavior in Modern Societies: An Interdisciplinary Analysis. *Sex Cult* 2021 256. 2021 Apr 28;25(6):2075–91.

## AGENDA

---

### Eventos / Events 2023

Junio/julio

29-1

VI Congreso Latinoamericano de Patología Vulvar

Buenos Aires (Argentina)

**<http://congresosolapav2023.com>**

Julio

23

IAS 2023, the 12th IAS Conference on HIV Science

Brisbane (Australia)

**[www.iasociety.org/conferences/ias2023](http://www.iasociety.org/conferences/ias2023)**

Agosto

7-10

Annual Meeting of the International Academy of Sex Research

Montreal (Canadá)

**[www.iasrsite.org](http://www.iasrsite.org)**

Septiembre

4

World Sexual Health Day

In all of the world

**<https://worldsexualhealth.net/event/world-sexual-health-day/>**

Septiembre/octubre

28-1

23rd World Congress of Psychiatry

Viena (Austria)

**<https://wcp-congress.com/>**

Octubre

2

The 30th National (Annual) Conference of “Council of Sex Education and Parenthood International” (CSEPI)

Ahmedabad (India)

**[www.sexconindia.com](http://www.sexconindia.com)**

27-29

XVII Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual  
Medellín (Colombia)

**<https://www.slams2023.org/es/>**

Noviembre

2-5

26th Congress of the World Association for Sexual Health  
Antalya (Turquía)

**[www.was2023.org](http://www.was2023.org)**

16-19

2023 Annual conference of the Society for Scientific Study of Sexuality  
New Orleans (EEUU)

**[www.sexscience.org](http://www.sexscience.org)**

Diciembre

15-17

24th World Meeting on Sexual Medicine ISSM/MESSM  
Dubai (Emiratos Arabes Unidos)

**[www.issm.info](http://www.issm.info)**

## NORMAS PARA LOS AUTORES

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

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

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

### NORMAS GENERALES

- Carta de presentación
- Primera página

### NORMAS ESPECIFICAS POR SECCIONES

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

### INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- Tablas y Figuras
- Bibliografía
- Listado de comprobación

### NORMAS GENERALES

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

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

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

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

**Los envíos impresos se acompañarán de una copia en soporte informático (disquete ó CD).** Debe utilizarse un procesador de textos de uso habitual y en la forma más sencilla posible, evitando formatos automáticos como encabezados y pies de página. En la



etiqueta del disquete ó el CD deberá figurar el título del trabajo, apellido del primer autor y el procesador de textos utilizado.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

## CARTA DE PRESENTACIÓN

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

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

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

## PRIMERA PÁGINA

La primera página del texto debe incluir:

- Título del artículo en castellano e inglés.
- Autores: Se indicarán los dos apellidos y el nombre de todos los autores, en el orden en que deseen aparecer en el artículo. Su número variará según la sección de la revista a la que se dirija. En los grupos de trabajo o autores corporativos el listado completo de los participantes aparecerá a pie de página o, si su número es elevado, al final del artículo. Siempre figurarán como autores principales los responsables directos de la elaboración del manuscrito.
- Centro de trabajo de todos los autores, indicando la localidad.
- Titulación académica de los autores (opcional)
- Persona encargada de mantener la correspondencia relacionada con el trabajo, indicando una dirección postal y electrónica para la misma.
- Palabras clave (mínimo: 3; máximo: 6). Derivadas del Medical Subject Headings (MeSH) de la National Library of Medicine. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi](http://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 del 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 Discussion) , siguiendo las siguientes recomendaciones:

**- Introducción**

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

**- Material y métodos.**

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

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

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

**- Resultados**

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

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

**- Discusión**

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

**- Agradecimientos**

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

**- Bibliografía**

Se recomienda un máximo de 30 referencias bibliográficas.

**Puntos básicos y esquema general del estudio**

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

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

**Material informático adicional**

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

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

## COMENTARIOS A ORIGINALES

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

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

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

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

## ORIGINALES BREVES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

El texto se estructurará en los apartados:

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

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

## CASOS CLÍNICOS

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

La estructura del texto será la siguiente:

- **Introducción**
- **Caso clínico** (si hay más de uno, se presentarán como caso 1, caso 2,...).
- **Discusión y conclusiones.**

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación (ver normas generales)
- Primera página (ver normas generales)
- Texto (máximo: 8 hojas DIN-A4 a doble espacio)
- Resumen
- Tablas y figuras (máximo: 4). (ver información complementaria).

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

El texto debe estructurarse en los siguientes apartados:

### Introducción

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

### Objetivos

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

### Método

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

### Discusión

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

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

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

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

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

## REVISIONES

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

- Título descriptivo del artículo en una frase
- Referencia del artículo siguiendo las normas de Vancouver
- Resumen del artículo: entre 100 y 150 palabras, estructurado en los siguiente epígrafes: Objetivo, Método, Resultados y

### Conclusiones

- Comentario: de extensión recomendada entre 100 y 150 palabras. Se permite incluir un máximo de 3 referencias bibliográficas. Además, en cada apartado se indicará si el aspecto específico comentado corresponde a etiología, diagnóstico, pronóstico, terapia, prevención, etc.

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

## DERECHOS SEXUALES

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

## ARTICULOS ESPECIALES

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

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

(con distinta denominación según contenido) :

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

## REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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



## CARTAS AL DIRECTOR

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

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

El **número máximo de autores** será de 4.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

## INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

### - TABLAS Y FIGURAS

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

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

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

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

### - FOTOGRAFÍAS

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

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

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

### - BIBLIOGRAFIA

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

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

Se evitará, en lo posible, la inclusión como referencias bibliográficas de libros de texto y actas de reuniones. No es aconsejable el uso de frases imprecisas como referencias bibliográficas no pudiendo emplearse como tales “observaciones no publicadas” ni “comunicación personal”, pero sí pueden citarse entre paréntesis dentro del texto.

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

### Revista

#### 1) Artículo ordinario

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

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

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

#### 2) Author corporativo

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

#### 3) No se indica el nombre del autor

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

#### 4) Suplemento de un volumen

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

#### 5) Suplemento de un número

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

#### 6) Número sin volumen

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

#### 7) Indicación del tipo de artículo

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

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

#### 8) Trabajo en prensa

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

Libros y otras monografías

#### 9) Autores personales

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

#### 10) Editores o recopiladores como autores

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

#### 11) Capítulo de un libro

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

#### 12) Actas de reuniones

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

Material electrónico

## 13) CD-ROM

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

## 14) Artículos de revistas en Internet

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

## 15) Monografías en Internet

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

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

## AUTHORS GUIDELINES

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

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

### GENERAL GUIDELINES

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

### SPECIFIC GUIDELINES PER SECTION

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

### SUPPLEMENTAL INFORMATION

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

### GENERAL RULES

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

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

The text must be typed on DIN-A4 sheets, 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](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi).

## SPECIFIC GUIDELINES FOR SECTIONS

### EDITORIALS

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

**Maximum number of authors: 2.**

The structure of the study shall be as follows:

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

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

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

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

**Maximum reference number:** 12.

## ORIGINALS

### ORIGINAL STUDIES

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

**Maximum recommended number of authors:** 6.

**Studies must adhere to the following structure:**

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

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

### Abstract

An abstract in Spanish and English must be included.

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

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

- **Study objective:** the main objective of the study must be clearly identified.
- **Design:** basic description of the study design (randomized clinical trial, study of cohorts and controls, etc.) and basic characteristics if relevant (double-blind, multicenter, etc.). If no clear design is available, the main characteristics must be included (transverse, longitudinal, prospective, retrospective, observational, interventional, controlled, not controlled, etc.).
- **Site:** location where the study was conducted and type of health care delivery (primary health care, hospital care, community medicine, private practice)
- **Participants:** patient characteristics, selection and inclusion criteria, subject number, number of non-responders, number of withdrawals, etc.).
- **Interventions** (in interventional studies): main features, drug administration protocols, length of interventions on study and control groups.
- **Main measurements:** main study variables, especially response variables and evaluation methods.
- **Results:** main quantitative outcomes, indicating the type of measurement used, and confidence intervals. If convenient, include degree of statistical significance.
- **Conclusions:** main conclusions derived from the study outcomes, including practical applications.
- **Key words:** minimum: 3; maximum: 6.

### Text

Impersonal style recommended.

Maximum text length shall be **8 DIN-A4 pages**, on one surface, double space,

Times New Roman type 12 cpi.

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

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



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

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

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

Subheadings may be used to aid in the presentation. Tables and figures are strongly recommended, without repeating the data shown in the main text. Main results must include corresponding confidence intervals, and types of measurements and statistical tools utilized, if applicable must be indicated. If the value of statistical significance is below 0.20, the exact value should be stated.

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

- **Discussion:** the following **subheadings** are recommended: 1) Results significance and practical application; 2) Considerations relating to any limitations and/or inconsistencies regarding Methods, and reasons why the results obtained are valid; 3) Relationships with other scientific publications and an explanation of any discrepancies or agreements; 4) Indications and guidelines for further research.

Conclusions should not be added. Discussion must not turn into a review of the subject, and the concepts stated in the introduction must not be repeated. The results of the study must not be repeated.

- **Acknowledgements:** includes people and/or institutions that not qualifying as authors have contributed to the study, through material, technical or economic support. The type of contribution must be stated.
- **References:** must not exceed 30 bibliographic references.

### Basic points and overall scheme of the study

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

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

### Additional computer material

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

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

### COMMENTARIES TO ORIGINAL WORKS

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

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

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

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

### SHORT ORIGINALS

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

**Maximum number of authors:** 6.

The manuscript shall have the following structure:

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

Each section must start on a new page.

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

Objective, Methodology,

Results and Conclusions.

The text will have the following sections:

- Objective
- Design
- Site
- Participants
- Interventions (if applicable)
- Main measurements
- Results
- Discussion and conclusions

**Maximum number of references: 6.**

## CLINICAL CASES

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

**Maximum author number: 6.**

The manuscript structure will be as follows:

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

Each section must start on a new page.

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

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

**Maximum number of references: 6.**

## RESEARCH PROJECTS

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

Maximum author number: 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

The text must contain the following sections:

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

**Maximum reference number:** 20.

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

### UPDATES ON SEXOLOGY

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

The Editorial Board may publish special articles not obtained on demand. Specific correspondence with authors may not be established. The text must contain an abstract not exceeding 250 words structures with the following subheadings: Objective, Design, Site, Participants, Interventions (if applicable), Main measurements, Discussion.

**Maximum number of authors:** 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

**Maximum reference number:** 50.

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

### PUBLICATIONS REVIEWS

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

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

**Maximum number of authors:** 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

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

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

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

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

## REFLECTIONS ON SEXOLOGY

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

The maximum number of authors is 3.

The manuscript must have the following structure:

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

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

In order to facilitate understanding, the manuscript should adhere to the following structure: introduction of the topic, author's position, arguments in favor, arguments against and conclusions. **Argumentation** shall follow a logical format, and proof should be quoted upon which the essential statement is based (personal or expert opinion, observational studies, clinical trials, systematic revisions, etc.)

**Maximum reference number:** 12.

## SEXUAL RIGHTS

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

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

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

## LETTERS TO THE EDITOR

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

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

**Maximum number of authors:** 4.

The manuscript must have the following structure:

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

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

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

## SUPPLEMENTAL INFORMATION

Tables and figures

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

Tables must be simple and must not duplicate information contained in the main text. Must have a brief title explaining its contents.

Must have a simple structure, and the information must follow a logical format, ordered from left to right and from top to bottom. Lines and columns must have short or abbreviated headings, identifying its contents. If the table were to hold more than one page, headings must be repeated on each new page.

Punctuation, abbreviations, units and decimalls on numeric data must remain coherent throughout. Only significant digits must be

written. If abbreviations or symbols are not self understood, they must be explained as a footnote. If data not evolved from the study is included, its source must be reflected as a footnote.

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

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

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

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

### Photographs

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

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

### References

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

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

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

The following are examples of reference formats:

#### Journal

1) Regular article.

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

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

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

2) Corporative author.

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

3) Author's name not indicated.

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

4) Supplement to a volume.

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

5) Supplement to an issue.

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

6) Issue without volume.

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

## 7) Indication of article type.

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

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

## 8) Work currently under print.

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

**Books and other monographs**

## 9) Personal authors.

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

## 10) Editors or compilers as authors.

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

## 11) Book chapter.

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

## 12) Meeting proceedings.

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

**Electronic material**

## 13) CD-ROM.

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

## 14) Internet journal articles.

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

## 15) Internet monographs.

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

**Ethical aspects**

- The journal "De Sexología" does not accept previously published material.
- Authors are responsible for obtaining required permissions to partially reproduce (texts, tables, figures, etc.) of other publications, as well as to quote their source. Such permission will be asked of both authors and editorial company that published the material.
- The opinions expressed in the articles published are exclusively of the authors of the publication. Sexología Integral holds an independent opinion.
- The journal may exert the right to introduce modifications on a given article.



---

## BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

**TARIFA DE SUSCRIPCIÓN ANUAL: Gratuito**

Suscripción en la página web : <http://www.desexologia.es/inscripcion>

---