



de•sexología

Diciembre 2023

Vol. 12 N°2

EDITORIAL / EDITORIAL

Trastornos sexuales por dolor

Sexual pain disorders

F. Hurtado Murillo

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLES

El deseo sexual a través del proceso de afirmación de género

Sexual Desire through the Gender Affirmation Process

A. Pérez García, M. Fernández Rodríguez, E. García-Vega, P. Guerra Mora

Impacto de la pandemia COVID-19 en la sexualidad en España Proyecto I-SHARE

Impact of the COVID-19 pandemic on sexuality in Spain. I-SHARE project

A. Mora Prat, F. Hurtado Murillo, A. Grau Peñas, S. Calvo González

Un estudio sobre la atracción sexual de Salvador Dalí

A study on the sexual attraction of Salvador Dalí

JM. Mora Montes

REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA / REFLECTIONS ON SEXOLOGY

Afectaciones en el desarrollo psicosexual de niños y niñas hospitalizados

Psychosexual development impairments in hospitalized boys and girls

M. Ruiz Revert, J. Bustamante Bellmunt

Derechos sexuales de los menores en el ámbito hospitalario

Sexual rights of minors in the hospital environment

M. Ruiz Revert, J. Bustamante Bellmunt

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN / INVESTIGATION PROJECT

Club de lectura sexoafectiva

Sex-affective reading club

N. Sorribes Cerdà

Reseñas de libros / Book reviews

Agenda / Events

Normas de publicación / Authors guidelines

Boletín de suscripción / Subscription form

ISSN 2174-4068

***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 2. DICIEMBRE 2023

EDITORIAL / EDITORIAL

Trastornos sexuales por dolor

Sexual pain disorders

F. Hurtado Murillo 6

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLES

El deseo sexual a través del proceso de afirmación de género

Sexual Desire through the Gender Affirmation Process

A. Pérez García, M. Fernández Rodríguez, E. García-Vega, P. Guerra Mora 10

Impacto de la pandemia COVID-19 en la sexualidad en España Proyecto I-SHARE

Impact of the COVID-19 pandemic on sexuality in Spain. I-SHARE project

A. Mora Prat, F. Hurtado Murillo, A. Grau Peñas, S. Calvo González 19

Un estudio sobre la atracción sexual de Salvador Dalí

A study on the sexual attraction of Salvador Dalí

JM. Mora Montes 30

REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA / REFLECTIONS ON SEXOLOGY

Afectaciones en el desarrollo psicosexual de niños y niñas hospitalizados

Psychosexual development impairments in hospitalized boys and girls

M. Ruiz Revert, J. Bustamante Bellmunt 39

Derechos sexuales de los menores en el ámbito hospitalario

Sexual rights of minors in the hospital environment

M. Ruiz Revert, J. Bustamante Bellmunt 47

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN / INVESTIGATION PROJECT

Club de lectura sexoafectiva

Sex-affective reading club

N. Sorribes Cerdà 50

Reseñas de libros / Book reviews	55
Agenda / Events	57
Normas de publicación	58
Authors guidelines	68
Boletín de suscripción / Subscription form	77

EDITORIAL

Trastornos sexuales por dolor

Sexual pain disorders

Hurtado Murillo F

Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica y Sexología. Centro de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente San Luis”. Departamento Valencia Doctor Peset. Valencia (España).

INTRODUCCIÓN

Este grupo de trastornos se caracterizan por la aparición de dolor genital asociado a la relación sexual, tanto en hombres como en mujeres, y que en el caso del vaginismo impide el coito.

En el año 2000 la Conferencia Internacional de Consenso sobre Disfunciones Sexuales Femeninas (1), modificó las clasificaciones previas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (2) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (3), creándose una categoría general que, con el nombre de “Trastornos sexuales por dolor”, engloba la dispareunia y el vaginismo. Además, se considera un tercer grupo de trastornos por dolor no relacionados con el coito, que hacen referencia al dolor genital recurrente o persistente no inducido por la estimulación sexual.

Con respecto a la anterior clasificación en el DSM-IV-TR, en el DSM-5 (4) se ha realizado una fusión de las dos categorías existentes, dispareunia y vaginismo, y ahora aparece una única categoría denominada Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración.

CORRESPONDENCIA:

Felipe Hurtado Murillo

Centro de Salud “Fuente San Luis”
Calle Arabista Ambrosio Huici, 30
46013-Valencia
felipehurtadomurillo@gmail.com

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Pasando a definir este trastorno, según los criterios basados en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5TM (4), este trastorno se caracteriza por:

A) Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes manifestaciones:

1. Penetración vaginal durante las relaciones.
2. Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración.
3. Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.
4. Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (por ejemplo, violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

El enfoque clínico debe orientarse hacia el diagnóstico biológico y psicosexual, así como sobre la influencia que determinados factores del entorno puedan estar teniendo en la etiología del trastorno.

En las mujeres, el tipo de dolor experimentado puede incluir un amplio grupo de sensaciones que van desde el escozor, el dolor cortante, el ardor o quemazón, el picor o la simple molestia o desagrado. Estas sensaciones, además de variar considerablemente de mujer a mujer, suelen diferir también en cuanto a intensidad y duración. Asimismo, suelen encontrarse diferencias respecto al lugar en el que se experimentan las molestias, encontrando mujeres que las notan en la entrada vaginal y otras que las sienten en la parte interna de la misma o más profundamente aun, dentro de la región pélvica.

Mientras que hay casos en los que la sensación de dolor aparece únicamente en el momento de iniciarse la penetración, en otros el dolor se mantiene durante todo el tiempo que dura la penetración o persiste, incluso, después de la misma. En igual sentido, en unos casos el dolor puede aparecer tan sólo en algunas posiciones de coito, o en una determinada relación sexual, pero no en otras.

Con cierta frecuencia, el coito doloroso se da en asociación con problemas de lubricación vaginal o de vaginismo, hecho que ha llevado a algunos investigadores a explicar el dolor experimentado como debido a un vaginismo de tipo medio, en el que se produciría tensión en los músculos de la entrada de la vagina, pero no la suficiente como para impedir la penetración (5).

El dolor genital experimentado en el coito puede comportar la evitación de las relaciones sexuales, la alteración de los comportamientos sexuales o limitar posibles nuevas relaciones.

FACTORES CAUSALES

En cuanto a los posibles factores causantes del trastorno, los podemos dividir clásicamente en orgánicos y psicológicos, aunque no es infrecuente su combinación.

Entre los posibles factores orgánicos que pueden favorecer la aparición del trastorno, cabe mencionar entre otros los siguientes: Algunos defectos anatómicos, tales como ciertas anomalías congénitas o estructurales en la zona pélvica o en los propios genitales, como el himen rígido.

Determinados procesos patológicos del tracto genito-urinario como las infecciones uretrales, las cistitis, los cálculos renales y toda aquella patología renal que curse con dolor. Las infecciones vaginales o pélvicas, cuando el dolor se localiza claramente en la zona interna de la vagina y la endometriosis.

Los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (por ejemplo, insuficiente lubricación vaginal, tejido cicatricial de la vagina, endometriosis o adherencias, atrofia vaginal postmenopáusica, privación temporal de estrógenos durante la lactancia,

irritaciones o infecciones del tracto urinario o vaginal, enfermedades gastrointestinales).

El cáncer y sus tratamientos están comúnmente asociados a daños en la función sexual. Los síntomas sexuales pueden ser debidos a la edad, al cáncer o a los tratamientos recibidos. Aunque las cirugías para preservar los nervios, la radioterapia y la quimioterapia han contribuido en gran medida a mejorar la supervivencia, por desgracia, el impacto físico y la carga psicológica del diagnóstico de cáncer y los consiguientes problemas sexuales a menudo suelen quedar sin resolver (6).

Dichos pacientes manifiestan disfunciones sexuales crónicas, aunque su enfermedad cancerosa no afecte a los órganos sexuales (7). Las adultas mayores con cáncer no escapan a estas consideraciones y tienen efectos a corto y a largo plazo debidos al tratamiento de su enfermedad, reduciendo su función sexual. Entre los problemas más comunes que informan las mujeres están, la ausencia de deseo sexual, la incapacidad para alcanzar el orgasmo y la dispareunia debido a vaginitis atrófica y estenosis vaginal (8).

El trastorno sexual puede ser debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia. Sustancias como la flufenazina, la tioridacina y la amoxapina pueden hacer que el orgasmo sea doloroso.

Hay estudios que han encontrado un incremento de riesgo de desarrollar dolor en el vestíbulo vulvar (vestibulodinia) y que parece estar más asociada su aparición en mujeres con larga duración en el uso anticonceptivo hormonal y en aquellas que iniciaron el uso a temprana edad (9, 10).

La existencia de tumores en la zona pélvica. La existencia de una cicatriz dolorosa en la vagina consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tras la episiotomía del parto, y finalmente, aunque con ello no están expuestas todas y cada una de las posibles causas orgánicas, cuando hay una alteración en el tono normal de la musculatura perivaginal y pélvica bien por exceso, ya que la tensión excesiva de los músculos pubococcígeos producirán dolor coital, bien por defecto de tono ya que la flacidez impedirá que la respuesta de excitación sexual ocurra con normalidad y la carencia de lubricación producirá dolor, así como se verá afectado el orgasmo al no contraerse con el tono adecuado.

No quiero dejar de expresar aquí, una causa que debemos descartar siempre, son aquellas mujeres que en la fase de excitación sexual no se les produce la elevación normal y necesaria del útero que facilite la migración del cérvix fuera del eje vaginal y el alargamiento normal de la vagina, en estas mujeres el pene golpeará en el cuello del útero o cérvix durante los movimientos coitales ocasionando el consiguiente dolor; este elevamiento

anormal se produce en aquellas mujeres que tienen el útero normalmente en retroversión.

El climaterio y la menopausia crean nuevas condiciones para la actividad sexual y aunque el proceso climatérico empieza a partir de los 30 a 35 años, la menopausia o último periodo menstrual natural suele ocurrir entre los 45 a los 55 años.

En los órganos genitales, a medida que se ven privados del estímulo estrogénico, se produce una atrofia de los mismos que afecta tanto a las estructuras internas como externas. La atrofia de la vagina y de la vulva va a repercutir sobre la sexualidad de la mujer, puesto que la vagina se acorta y pierde elasticidad, la mucosa adelgaza y pierde los pliegues naturales, además disminuye la irrigación sanguínea y la trasudación vaginal. En la vulva, los labios mayores y menores se adelgazan, perdiendo elasticidad y estrechándose el introito. Las consecuencias para la mujer son la percepción de sequedad y picor en vagina y labios, pero lo más negativo es la aparición de dolor durante la penetración.

Como se puede apreciar en este trastorno puede haber una influencia importante de causas orgánicas, por lo que es necesaria una cuidadosa evaluación ginecológica y/o urológica para si se observa alguna de las patologías descrita, tratarla adecuadamente y después en el caso de que persista el dolor, signo de que se ha complicado con factores psicológicos, aplicar la terapia sexual más idónea.

Respecto a los posibles **factores de corte psicológico** que pueden causar o mantener la dispareunia femenina, éstos si bien pueden ser variados se pueden agrupar en tres categorías (11):

1. Factores dependientes de la propia historia de aprendizaje de la mujer en relación con la conducta sexual. Serían aquellos que tienen que ver con una educación errónea, la transmisión de tabúes y de una actitud negativa ante la sexualidad con la lógica aparición de sentimientos de culpa.
2. Factores traumáticos que se refieren a la aparición del dolor vaginal de forma condicionada por mecanismo de aprendizaje por asociación clásica a la vivencia de experiencias de coito dolorosas, como sufrir una desfloración violenta o ser víctima de abusos o agresiones sexuales como la violación.
3. Factores dependientes de la calidad de la relación de la pareja y del tipo de conductas y situaciones sexuales practicadas, como dedicar escaso tiempo a caricias previas al coito o caricias deficientes, practicar la sexualidad en ambiente inadecuado o tener una mala relación de pareja con carencias afectivas importantes.

TRATAMIENTO

Pero el abordaje clínico de los problemas de dispareunia, pone en muchas ocasiones de manifiesto la importancia del trabajo en común entre médico y sexólogo, dada la habitual presencia de factores tanto orgánicos como psicológicos en la base de estos trastornos (12).

Cuando la terapia a utilizar es de tipo psicológico, entre las principales técnicas utilizadas destacan la encaminadas a reducir la ansiedad, las técnicas cognitivas que se utilizan para modificar el estilo cognitivo disfuncional que suelen tener los pacientes aquejados por esta disfunción y las técnicas sexológicas dirigidas a conseguir que la persona vuelva a lograr placer en el coito y disfrute de la relación sexual.

Las clases de tratamientos para las mujeres pueden consistir en usos de lubricantes vaginales a base de agua que ayudan a prevenir desgarros o daños en el tejido vaginal. Usar estrógenos locales en la vagina proporciona un alivio directo y limita la exposición de la hormona en el torrente sanguíneo. Los dilatadores vaginales son usados para mantener la elasticidad de la vagina.

A todo lo anterior, se debe unir la terapia sexual con incremento de los juegos sexuales para promover, la concentración en las zonas erógenas, la intimidad y la cercanía en la relación de pareja. También son importantes los cambios en la forma e intensidad de las caricias y las modificaciones de las posiciones coitales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Feguson D, Fourcroy J, et al. (2000): Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *Urol. Mar*; 163(3): 888-93.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
3. American Psychiatric Association (APA). (2002): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Masson, Barcelona.
4. American Psychiatric Association (APA). (2013): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5TM). Editorial Médica Panamericana, Madrid.
5. Kilman PR, Mills K. (1983): All about sex therapy. Plenum Press, Londres.
6. Althof, S.E., & Parish, S.J. (2013). Clinical interviewing techniques and sexuality questionnaires for male and female cancer patients. *Journal of Sexual Medicine*, 10(suppl 1): 35-42. Doi:10.1111/jsm.12035.

7. Rasmusson, E.M., Plantin, L., & Elmerstig, E. 'Did they think I would all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 2013, 22: 361-369. DOI: 10.1111/ecc.12039
8. Williams, A.C., Reckamp, K., Freeman, B., Sidhu, R., & Grant, M. (2013). Sexuality, lung cancer, and the older adult: An unlikely trio? *J Adv Pract Oncol*, 4: 1-10.
9. Bouchard C, Brisson J, Fortier M, Morin C, Blanchette C. Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: A case-control study. *Am J epidemiol* 2002;156: 254-61.
10. Larsson G, Milsom I, Lindstedt G, Rybo G. The influence of a low-dose combined oral contraceptive on menstrual blood loss and iron status. *Contraception* 1992;46: 327-34.
11. Lazarus A. (1980): Psychological treatment of dyspareunia. En S.R. Leiblum y L.A. Pervin (eds.) *Principles and practice of sex therapy*. Guilford Press. Nueva York.
12. Hurtado F. (2011). *Evaluación y tratamiento de las disfunciones sexuales*. Editorial Dykinson, Madrid.

ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

El deseo sexual a través del proceso de afirmación de género

Sexual Desire through the Gender Affirmation Process

Pérez García A (1), Fernández Rodríguez M (2), García-Vega E (3), Guerra Mora P (4)

1. Psicóloga General Sanitaria. Forum Terapeutic Asturias. andreaperezgarciaa@gmail.com

2. Psicóloga Clínica. Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias-UTIGPA y CSM II "La Magdalena", Área III, Avilés. maria050356@gmail.com

3. Profesora Titular en Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. elenagv@uniovi.es

4. Patricia Guerra Mora. Psicóloga clínica. Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias-UTIGPA y CSM II "El Quirinal", Área Sanitaria III, Avilés. Profesora asociada de la Universidad de Oviedo. patryguerra@hotmail.com

RESUMEN

Introducción. El deseo sexual es un constructo complejo, dependiente de factores biológicos, psicológicos y/o contextuales. El objetivo del presente estudio es analizar el deseo sexual de las personas trans a lo largo del proceso de afirmación de género y determinar si existe relación con otras variables.

Métodos. La muestra estuvo compuesta por 38 participantes, que cumplieron un cuestionario demográfico y el Inventario de Deseo Sexual.

Resultados. Tanto en Hombres Trans (HT) como Mujeres Trans (MT) no se encuentran diferencias en función de la fase del proceso de afirmación de género en que se encuentran, ni al comparar ambos géneros en tratamiento hormonal cruzado (THC). En MT, los efectos de los tratamientos afectan al deseo sexual solitario, siendo el diádico compensado por otros factores. En HT,

los efectos de los andrógenos mantienen compensado el deseo sexual solitario, en el diádico otros factores están mediando de forma desfavorable.

Discusión. El THC no ejerce un rol determinante en el deseo sexual de las personas trans.

Palabras clave: Deseo Sexual, Inventario de Deseo Sexual (SDI), Personas Transgénero; Tratamiento Hormonal Cruzado.

ABSTRACT

Introduction. Sexual desire is a complex construct, dependent on biological, psychological and/or contextual factors. The objective of this study is to analyze the sexual desire of trans people throughout the gender affirmation process and determine if there is a relationship with other variables.

Methods. The sample consisted of 38 participants, who completed a demographic questionnaire and the Sexual Desire Inventory.

Results. Both in Trans Men (TM) and Trans Women (TW) there are no differences depending on the phase of the gender affirmation process in which they are, nor when comparing both genders in Cross-sex hormone therapy (CHT). In TW, the effects of the treatments affect solitary sexual desire, the dyadic desire being compensated by other factors. In TM the effects of androgens keep the

CORRESPONDENCIA:

Andrea Pérez García

Forum Terapeutic Asturias

C/ San Juan, 22

33210 – Gijón, Asturias (España)

Teléfono: 0034 900 802 408

andreaperezgarciaa@gmail.com

solitary sexual desire balanced, while in the dyadic other factors are mediating unfavorably.

Discussion. CHT does not play a determining role in the sexual desire of trans people.

Keywords: Sexual Desire, Sexual Desire Inventory (SDI), Transgender persons, Cross-sex hormonal treatment.

Todas las autoras aceptan el contenido de la versión enviada. El trabajo no ha sido publicado ni se ha enviado simultáneamente a otra revista. No se recibió financiación de ninguna fuente. Las autoras declaran que han tenido en cuenta las Responsabilidades éticas requeridas. En concreto, el trabajo ha sido aprobado por la Comisión de Investigación del Área Sanitaria III, la gerencia del Hospital Universitario San Agustín de Avilés y por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias. Asimismo, las autoras garantizan el derecho de los usuarios a la privacidad y confidencialidad. Las autoras declaran la no existencia de conflicto de intereses.

INTRODUCCIÓN

El Deseo Sexual (DS) es un concepto complejo que implica elementos biológicos, psicológicos y culturales. Además, se compone de dos dimensiones: el DS diádico, que involucra sentimientos de intimidad con otra persona; y el DS solitario, de naturaleza más física y centrado en uno mismo¹.

La literatura científica ha señalado diferentes variables que se relacionan con el DS. Una de ellas es el sexo, teniendo importancia, entre otros aspectos, las hormonas sexuales. Diferentes investigaciones²⁻¹³ sugieren que las hormonas juegan un papel importante en el DS de ambos sexos, sin embargo, que haya hallazgos tan contradictorios sugiere que no son determinantes y que otras variables pueden estar influyendo. Hay evidencias de que el deseo es más dependiente de la testosterona en mujeres sin pareja, y para las que estaban presentes determinadas características psicológicas¹⁴. El DS también cambia con la edad¹⁵ y el envejecimiento. Avis et al. (2000)¹⁶ encontraron estos resultados entre mujeres pre y post menopáusicas, no obstante, estas diferencias desaparecían al tener en cuenta en los análisis la relación de pareja. La presencia o ausencia de una relación de pareja y la satisfacción¹⁷ condiciona en gran medida el deseo. Otra variable es la duración de la relación, es frecuente que al inicio de la misma haya una intensa necesidad de establecer una conexión íntima; y que una vez establecida, el deseo disminuya¹⁸. Otras variables menos examinadas en la literatura son la orientación

sexual¹⁹⁻²⁰ o la ocupación académica/laboral. A lo largo de la historia ha habido tratamientos médicos que han mermado el deseo. Cabe preguntarse qué ocurre con el DS de las personas transgénero que inician un proceso hormonal o quirúrgico. Un estudio acerca de la prevalencia de bajo DS la sitúa en un 45% de MT frente al 21% de los HT; porcentajes que se reducen en MT con vaginoplastia y HT con faloplastia²¹.

El conocimiento sobre cómo afectan los tratamientos o la ausencia de ellos en el deseo es muy limitado y se basa en muestras de estudio muy pequeñas²². En España no hay mucha literatura al respecto, consta un trabajo que apunta que el deseo es moderado-alto en el 61,5% de MT y en el 77% de los HT²³. En muchas de las investigaciones existentes^{22,24-26} se ha utilizado el Inventario de Deseo Sexual²⁷ (SDI, por sus siglas en inglés) de Spector et al. (1996)¹.

Algunos estudios han afirmado que el DS en HT aumenta tras seis meses del inicio del THC, mientras que en MT se mantenía constante, pero al año se observó una disminución. Además, las puntuaciones de deseo estaban relacionadas con los niveles de testosterona total en HT, y de testosterona libre en MT²⁴. Defreyne et al. (2020)²⁵ encuentran un aumento en el DS en HT, ya a los tres meses del inicio del THC; y una disminución en las MT. Sin embargo, en un seguimiento a los tres años, en HT el deseo en solitario había aumentado, mientras el diádico y el total habían regresado a los valores iniciales. En cambio, en MT, el deseo solitario había vuelto a la línea de partida, mientras que el diádico y total habían aumentado. Estos hallazgos sugieren que el papel de las hormonas sexuales quizás no sea determinante, y que tal vez la presencia de andrógenos esté más relacionada con el deseo, pero que en su ausencia medien más otras variables. Esto estaría en consonancia con Kronawitter et al. (2009)²⁷ quienes encuentran una mejora en el deseo en MT con THC y DSH, tras la administración de testosterona transdérmica. Y con Elaut et al. (2008)²⁶, los cuales hallaron que las MT tenían menores niveles de testosterona total y libre en comparación con las mujeres Cisgénero. Y que éstos no se relacionaban con las medidas de DS en MT, pero sí existía una correlación positiva en mujeres cis. Sin embargo, en HT esta hipótesis parece no cumplirse. Algunos estudios hallaron aumentos en el interés sexual tras el THC, pero no relacionados con los niveles de testosterona^{22,28}. Diversos autores han establecido que una posible explicación de los bajos niveles de deseo en MT y más altos en HT, pueden deberse más que al THC, a una masculinización o feminización cerebral previa²².

Muchos estudios no han tenido en cuenta variables relevantes en el THC como son: el tiempo transcurrido desde el inicio, ya que influye en la manifestación de los efectos clínicos²⁹; o la satisfacción con el mismo, ya que

conseguir una autoimagen más positiva reduce la disforia y puede redundar en una mejora en la sexualidad³⁰. Algunos trabajos que tuvieron en cuenta el parámetro temporal encontraron que al variar este, variaban las puntuaciones de deseo²⁴⁻²⁵; otros no hallaron dicha relación²². Wierckx et al. (2014)²² no encontraron asociación entre la satisfacción y el deseo, sin embargo, la insatisfacción con el THC sí se asoció con una mayor prevalencia de DSH. La investigación también señala que las intervenciones quirúrgicas, además de THC, contribuyen positivamente a las experiencias sexuales³⁰. El aumento del DS tras un año de las cirugías fue encontrado en ambos sexos²⁴⁻²⁵. Destacando que en HT esta tendencia se cumplió para el 72,7% de la muestra²². También se observaron mejoras en el deseo en MT que se había sometido a una vaginoplastia en comparación con las que estaban programadas para realizarla²².

Con respecto a la relación de pareja, en HT, no había asociación entre las puntuaciones de deseo y tener una relación estable u otros parámetros de la misma²⁸. Sin embargo, también se ha hallado que personas trans de ambos géneros involucrados en una relación tenían niveles más altos de deseo; y que en HT una duración más corta de la relación se asociaba con un aumento del mismo²².

En cuanto a la orientación sexual, las MT heterosexuales tienen mejores puntuaciones en deseo que las MT homosexuales; encontrándose las MT bisexuales en un punto intermedio³¹. También se ha hallado una tendencia de las MT bisexuales a tener mayor DS solitario, y MT heterosexuales a un mayor DS diádico; sin embargo, no fueron conclusiones significativas³². Además, una amplia mayoría se identificaban con la orientación pansexual³³, la cual no consta que haya sido estudiada en relación al deseo. Otras variables como la edad, se asocian negativamente con el deseo en MT, no hallándose relación en HT. En cuanto a la ocupación, los HT desempleados mostraban un menor interés sexual, no encontrándose esta asociación en MT²².

En definitiva, la experiencia subjetiva del DS de un individuo resulta de una interacción compleja. El objetivo general del presente estudio es evaluar el DS de personas trans a través del proceso de afirmación de género y determinar si existe relación con otras variables.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

Participaron 38 personas trans usuarios de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA); con edades entre los 15 y los 48 años (M= 24,18 años; DT= 7,69). La muestra está compuesta por un 65,8% (n=25) de HT y un 34,2% (n=13) de MT.

Instrumentos y Variables

Para recabar los datos del estudio se ha utilizado un cuestionario clínico y socio-demográfico elaborado ad hoc, así como el Sexual Desire Inventory (SDI) de Spector et al. (1996)¹. Este cuestionario ha sido validado al español³⁴.

El cuestionario clínico y socio-demográfico recoge, en su parte sociodemográfica las siguientes variables:

- a) Edad.
- b) Género: hace referencia al género sentido. En función de las respuestas fue clasificado como: masculino o femenino;
- c) Orientación sexual: variable de respuesta libre; siempre entendiendo la orientación respecto al género sentido. Se establecieron los grupos: heterosexual, homosexual, bisexual, pansexual, asexual, no sabe.
- d) Situación laboral/académica: si están actualmente en activo o no.
- e) Relación de pareja: presencia o ausencia de relación de pareja. En caso de estar presente se recogen: Satisfacción general con la relación: medida en una escala Likert desde 1 (“muy insatisfecho”) a 5 (“muy satisfecho”); Identidad de género de su pareja: cisgénero o transgénero; Orientación sexual de su pareja: clasificada igual que la orientación propia y; Tiempo de la relación: meses transcurridos desde el inicio de la relación hasta la fecha de evaluación. En cuanto a la parte clínica, se ha recogido la variable Fase del proceso de afirmación de género: en función del momento en que los usuarios se encontraban se clasificaron en: asesoramiento y apoyo psicológico; tratamiento hormonal y; tratamiento hormonal y quirúrgico. Debido a los reducidos tamaños muestrales estos dos últimos grupos fueron unificados en un único grupo, quedando así dos fases: 1 “asesoramiento psicológico” y; 2 “tratamientos médicos”. Asimismo, en caso de seguir un tratamiento médico se recogían: 1) Fecha de inicio del THC: meses transcurridos desde el inicio del THC hasta la fecha de evaluación y; 2) Satisfacción general con el tratamiento: medido en una escala Likert desde 1 (“muy insatisfecho”) a 5 (“muy satisfecho”).

La versión del SDI validada al castellano ha sido utilizada en otros estudios mostrando una adecuada fiabilidad. Consta de 13 ítems y dos factores: DS diádico y DS solitario. Los ítems 1, 2 y 10 hacen referencia a la frecuencia temporal, por tanto, se miden en una escala tipo Likert de 0 (“nunca”) a 7 (“más de una vez al día”). El resto de ítems hacen referencia a la fuerza o intensidad del deseo, y se puntúan de 0 (“ningún deseo”) a 8 (“fuerte deseo”). El rango total de puntuaciones del test, o DS total, puede variar entre 0 y 101, siendo este la suma de las puntuaciones de las dos subescalas que lo conforman:

- Deseo sexual diádico: corresponde a los ítems 1-9, que hacen referencia al deseo o interés de participar en una actividad sexual con otra persona, en relación a una persona atractiva o en una situación romántica. El rango de puntuaciones oscila entre 0-70.
- Deseo sexual solitario: concierne a los ítems 10-13, que hacen alusión al interés de participar en actividades sexuales con uno mismo, la importancia que tiene para la persona y como se percibe en relación a sus coetáneos. El rango de puntuaciones varía entre 0-31. No se conocen estudios que hayan administrado la versión española del SDI en población trans; la versión original sí ha sido probado en población trans de diferentes países europeos^{22,24-26,28}.

Procedimiento

Una vez aprobada la investigación por la Comisión de Investigación del Área Sanitaria III, la gerencia del Hospital Universitario San Agustín de Avilés y por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias, se procedió a la presentación del estudio y a la recogida de información, cuando acudían a las consultas presenciales en la UTIGPA. Los usuarios fueron seleccionados por muestreo no probabilístico de carácter intencional.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas y clínicas.

Tabla 1. Medias y frecuencias de variables sociodemográficas y clínicas		
		Muestra Trans n=38
		M (DT)
Variables sociodemográficas	Edad	24,18 (7,69)
		n (%)
	Género	
	Masculino	25 (65,8)
	Femenino	13 (34,2)
	Orientación sexual	
	Heterosexual	16 (42,1)
	Homosexual	3 (7,9)
	Bisexual	9 (23,7)
	Pansexual	8 (21,1)
	Asexual	1 (2,6)
	No sabe	1 (2,6)

	Situación laboral/ académica	
	Activo	32 (84,2)
	Parado	6 (15,8)
	Relación de pareja	
	Con pareja	15 (39,5)
	Sin pareja	23 (60,5)
	Tiempo relación	27,87 meses (41,28)
	Identidad pareja	
	Cisgénero	12 (80)
	Transgénero	3 (20)
	Orientación pareja	
	Heterosexual	4 (26,7)
	Bisexual	10 (66,7)
	Pansexual	1 (6,7)
	Satisfacción	
	Muy insatisfecho	0 (0)
	Insatisfecho	0 (0)
	Indiferente	1 (6,7)
	Satisfecho	6 (40)
	Muy satisfecho	8 (53,3)
Variables clínicas	Fase del proceso de afirmación de género	
	Asesoramiento y apoyo psicológico	14 (36,8)
	Tratamientos médicos	24 (63,2)
	Tratamiento hormonal	19 (50)
	Tratamiento hormonal y quirúrgico	5 (13,2)
	Satisfacción con el tratamiento médico	
	Muy insatisfecho	1 (4,2)
	Insatisfecho	0 (0)
	Indiferente	1 (4,2)
	Satisfecho	9 (37,5)
	Muy satisfecho	13 (54,2)
		M (DT)
	Tiempo en tratamiento	46,42 (61,64)

Notas: N= Tamaño de la muestra; M= Media; DT= Desviación Típica; %= Frecuencia en porcentaje.

Si tenemos en cuenta la fase del proceso en el que se encuentran con respecto al género, en el grupo de HT, el 40% (n= 10) se encuentran en asesoramiento psicológico y el 60% (n=15) con tratamientos médicos. En el grupo de MT el 30,8% (n= 4) se encuentran en asesoramiento psicológico y el 69,2% (n=9) con tratamientos médicos.

Se presenta la comparación entre las puntuaciones del SDI para ambos géneros, en función de si se encuentran en la fase de asesoramiento y apoyo psicológico (Fase 1) o en la fase de tratamientos médicos (Fase 2). En cuanto a las MT (Tabla 2), no se encuentran diferencias

es una disminución cuando se inicia el tratamiento, estas diferencias son pequeñas para el DS diádico (d=0,347), e intermedias para el DS solitario (d=0,781) y total (d=0,531).

En los HT (Tabla 3) no se encuentran diferencias entre recibir apoyo psicológico o recibir un tratamiento hormonal con andrógenos para las diferentes puntuaciones del SDI. Las puntuaciones son muy similares en ambos grupos, las diferencias entre estas carecen de efecto, tanto en el DS solitario (d=0,178), como en el total (d=0,189). El DS diádico se observa que las puntuaciones tienen una ligera tendencia a disminuir en la fase 2 (RP=11,43) respecto a la fase 1 (RP=15,35), siendo el tamaño de estas diferencias moderado (d=0,54).

Seguidamente se presenta la comparación en las puntuaciones del DS entre HT y MT que se encuentran en la fase de tratamientos médicos (Tabla 4). No existen diferencias en el deseo entre HT a tratamiento con andrógenos y MT que reciben tratamiento con estrógenos.

Sobre la relación entre el DS y otras variables, en la satisfacción con la relación de pareja existe una relación estadísticamente significativa (p=.04) e inversa (rs = -0,536) entre la satisfacción con la relación de pareja y el DS solitario. En cuanto al DS diádico y total no se observan asociaciones significativas.

DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue analizar el DS de las personas trans a lo largo del proceso de afirmación de género, así como examinar si éste tiene relación con otras variables. Además, en la literatura parece reiterarse la tendencia de que es superior en HT respecto a las MT, estando esto asociado a los tratamientos hormonales²⁴. Por ello, otro de los objetivos ha sido analizar si existen diferencias entre ambos géneros. En nuestra investigación en las MT, no se hallan diferencias en función de la fase. Es decir, estar recibiendo hormonas sexuales femeninas no produjo una merma en las puntuaciones del DS. Estos resultados están en contraposición con otras investigaciones²⁴⁻²⁵. Sin embargo, más a largo plazo, los mismos autores informan que a los 3 años del inicio del THC los valores en el DS solitario vuelven a los puntajes iniciales, y los del diádico y total aumentan²⁵. El tiempo medio de tratamiento de MT de nuestro estudio es de aproximadamente

5 años y medio, por lo que es lógico que los resultados sean más cercanos a estos últimos hallazgos que tampoco encuentran disminuciones.

Tabla 2. Prueba U de Mann Whitney y rangos promedio en MT en las distintas fases

				MT Fase 1 n=4	MT Fase 2 n=9
	U	p	d	RP	RP
PD DS Diádico	14	0,54	0,347	8	6,56
PD DS Solitario	9,5	0,19	0,781	9,13	6,06
PD DS Total	12	0,36	0,531	8,5	6,33

Notas: N= Tamaño de la muestra; U= valor U de Mann Whitney; p= significación; d= valor d de Cohen; RP= Rango Promedio; PD= Puntuación Directa; DS= Deseo Sexual.

Tabla 3. Prueba U de Mann Whitney y rangos promedio en HT en las distintas fases

				MT Fase 1 n=10	MT Fase 2 n=15
	U	p	d	RP	RP
PD DS Diádico	51,5	0,19	0,54	15,35	11,43
PD DS Solitario	67	0,66	0,178	12,20	13,53
PD DS Total	66,5	0,64	0,189	13,85	12,43

Notas: N= Tamaño de la muestra; U= valor U de Mann Whitney; p= significación; d= valor d de Cohen; RP= Rango Promedio; PD= Puntuación Directa; DS= Deseo Sexual.

Tabla 4. Prueba U de Mann Whitney y rangos promedio en HT y MT a tratamiento

				MT Fase 1 n=15	MT Fase 2 n=9
	U	p	d	RP	RP
PD DS Diádico	53	0,39	0,359	11,53	14,11
PD DS Solitario	40,5	0,11	0,696	14,3	9,5
PD DS Total	67	0,98	0,012	12,53	12,44

Notas: N= Tamaño de la muestra; U= valor U de Mann Whitney; p= significación; d= valor d de Cohen; RP= Rango Promedio; PD= Puntuación Directa; DS= Deseo Sexual.

significativas entre recibir apoyo y asesoramiento psicológico o recibir un tratamiento médico hormonal para ninguna de las puntuaciones del SDI. La tendencia

Parece que la tendencia es a que el deseo se vea más influenciado por las hormonas sexuales al inicio del THC, y que con el paso del tiempo tienda a compensarse. Aunque parece haber fluctuaciones, Defreyne et al. (2020)²⁵ encuentran ligeros aumentos, y nuestro estudio no encuentra cambios, estos parecen no ser tan determinantes, ni involucrar a tantas esferas del DS como los que se encuentran en etapas iniciales. El hecho de que, a los 5 años y medio, cuando los efectos de las hormonas sexuales ya deberían haber hecho su efecto máximo³⁰, no haya diferencias, sugiere que hay otras variables que estarían compensando estos efectos. Elaut et al. (2008)²⁶ plantean que es muy posible que incluya el alivio de estar finalmente en el cuerpo deseado y mostrarse socialmente con una apariencia de mujer, a pesar de que los niveles de testosterona en estos grupos puedan ser subóptimos. En MT, factores como la autoimagen más positiva debido a la transición, puede ser los que estén compensando la pérdida de la libido impulsada por los andrógenos²². En nuestro grupo hay MT con cirugías, las cuales han demostrado mejoras³⁰.

En cuanto a los HT, no hay diferencias entre los que tienen apoyo psicológico y los que además siguen un tratamiento médico. Este hallazgo está en contradicción con la literatura revisada. Carriero et al. (2016)²⁴ encuentran aumentos en el DS a los 6 meses del inicio del THC y al año; Wierckx et al. (2011)²² hallan un aumento del DS después del tratamiento hormonal en un 73% de los HT; Costantino et al. (2013)²⁸ reportan aumentos en el deseo tras un año de terapia hormonal con testosterona, pero que estos niveles regresaban a la línea base tras realizarse las cirugías. Defreyne et al. (2020)²⁵ también encuentran mejoras en las tres escalas del SDI a los 3 meses del inicio; sin embargo, a los 3 años, las puntuaciones en el deseo diádico y total eran iguales a los valores iniciales, mientras el DS solitario había aumentado. El tiempo medio de tratamiento para los HT del presente estudio es de aproximadamente 2 años y medio, por lo que nuestros hallazgos podrían compararse con los de Defreyne et al. (2020)²⁵ medidos a los 3 años. Al igual que en ese trabajo, no se encuentran diferencias en el DS diádico y total, pero tampoco se pueden afirmar aumentos en el solitario. Si bien, la tendencia sería a la baja en el DS diádico después del tratamiento. El que no se encuentren aumentos en las puntuaciones de deseo tras el tratamiento también puede deberse a aspectos psicológicos que no han sido medidos, pero cuya influencia ha sido probada como la autoestima o la satisfacción corporal³⁰.

Este estudio también comparó el DS entre HT y MT a tratamiento médico. En la literatura reciente, parece haber cierto consenso en que las MT tienen una disminución del deseo al iniciar el tratamiento de afirmación de género,

y los hombres a aumentarlo; siendo esta la causa de que haya diferencias entre ambos géneros²⁹. Los resultados de esta investigación muestran que no hay diferencias entre HT y MT en ninguna de las escalas. Muchos de los estudios que reportan estas diferencias han hallado una relación entre la testosterona y el deseo^{24,27}. En este estudio los niveles de esteroides sexuales no han sido medidos, pero parece indicar que el hecho de pertenecer a un grupo de tratamiento o no, no es determinante. Otra investigación²³ encuentra que el 61,5% de MT experimentaban un deseo moderado-alto, siendo un porcentaje muy similar para los HT, 77%.

Este estudio también examinó la relación del DS con variables sociodemográficas y clínicas. En relación a la edad, no existe una relación significativa con ninguna de las esferas del deseo. Wierckx et al. (2014)²² sí encontraron que esta relación fue significativa, tal vez debido a un tamaño muestral superior. En cuanto a la orientación sexual, al igual que Laube et al. (2020)³² y Wierckx et al. (2014)²², no se ha encontrado que el DS difiera de tener una orientación sexual u otra, como sí encuentran Weyers et al. (2009)³¹ en MT. El hecho de estar en activo o parado académica y/o laboralmente tampoco se ha mostrado relacionado con el deseo, al igual que informan Wierckx et al. (2014)²². En cuanto a tener una relación de pareja, en nuestro estudio esto parece no estar relacionado, al igual que hallan Costantino et al. (2013)²⁸ en su muestra de HT. En cambio, Wierckx et al. (2014)²² sí encuentran que tanto HT, como MT involucrados en una relación tenían niveles más altos de DS. Defreyne et al. (2020)²⁵ también informan que personas trans con pareja muestran mayores puntuaciones en el deseo total y diádico.

En cuanto al tiempo transcurrido desde que se ha iniciado la relación y el DS, existe una tendencia, aunque no significativa, hacia menores puntuaciones en las escalas del SDI conforme avanza la relación. Wierckx et al. (2014)²² hallaron una asociación relevante entre una menor duración de la relación y mayores puntuaciones de deseo en HT.

Con respecto a las variables clínicas, no se encontró una relación significativa entre los meses transcurridos desde el inicio del THC y el DS, al igual que Wierckx et al. (2014)²². Tampoco se hallaron asociaciones en función de la satisfacción con el tratamiento. Wierckx et al. (2014)²² sí que encuentran una relación entre el bajo DS y la insatisfacción con el tratamiento. Es de destacar que en nuestro estudio el 91,7% estaban satisfechos o muy satisfechos.

En conclusión, podemos afirmar que el DS de las personas trans no ha mostrado grandes fluctuaciones a lo largo del proceso de afirmación de género. En MT, todo indica que existen factores amortiguadores que

actúan compensando los efectos supresores que los tratamientos hormonales pueden ejercer sobre el DS. En HT, el tratamiento con andrógenos no provoca cambios, ni tampoco aumentos en el interés sexual. Es decir, según nuestros resultados y la literatura reciente, los cambios con el THC son más bien temporales y relacionados con el deseo respecto a uno mismo. Estos hallazgos tienen implicaciones clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spector IP, Carey MP, Steinberg L. The sexual desire inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *J Sex Marital Ther* 1996;22(3):175-90.
2. Halpern CT, Udry R, Suchindran C. *Arch. Sex. Behav.* 1998;27(5):445-65.
3. Isidori AM, Giannetta E, Gianfrilli D, Greco EA, Bonifacio V, Aversa A, et al. Effects of testosterone on sexual function in men: results of a meta-analysis. *Clin. Endocrinol.* 2005;63(4):381-94.
4. Gooren LJG. Androgen levels and sex functions in testosterone-treated hypogonadal men. *Archives of Sexual Behavior.* 1987 Dec;16(6):463-73.
5. O'Carroll R, Bancroft J. Testosterone Therapy for Low Sexual Interest and Erectile Dysfunction in Men: a Controlled Study. *Br J Psychiatry.* 1984;145(2):146-51.
6. Woodis CB, McLendon AN, Muzyk AJ. Testosterone Supplementation for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Pharmacotherapy.* 2012;32(1):38-53.
7. Turna B, Apaydin E, Semerci B, Altay B, Cikili N, Nazli O. Women with low libido: correlation of decreased androgen levels with female sexual function index. *International Int. J. Impot. Res.* 2004; 9;17(2):148-53.
8. Guay A, Jacobson J, Munarriz R, Traish A, Talakoub L, Quirk F, et al. Serum androgen levels in healthy premenopausal women with and without sexual dysfunction: Part B: Reduced serum androgen levels in healthy premenopausal women with complaints of sexual dysfunction. *Int. J. Impot. Res.* 2004. 19;16(2):121-9.
9. Davis S, Papalia MA, Norman RJ, O'Neill S, Redelman M, Williamson M, Stuckey BGA, Wlodarczyk J, Gard'ner K, Humberstone A. Safety and efficacy of a testosterone metered-dose transdermal spray for treating decreased sexual satisfaction in premenopausal women. *Ann Intern Med.* 2008. 148(8): 569-577.
10. Sherwin BB, Gelfand MM, Brender W. Androgen enhances sexual motivation in females: a prospective, crossover study of sex steroid administration in the surgical menopause. *Psychosom Med.* 1985. 47(4): 339- 351.
11. Fedor-Freybergh P. The influence of oestrogens on the wellbeing and mental performance in climacteric and postmenopausal women. *Acta Obstet Gyn Scan.* 1977. 56(64): 2-91.
12. Jones BC, Hahn AC, Fisher CL, Wang H, Kandrik M, DeBruine LM. General sexual desire, but not desire for uncommitted sexual relationships, tracks changes in women's hormonal status. *Psychoneuroendocrinology.* 2018; 88(1): 153-15.
13. Roney JR, Simmons ZL. Hormonal predictors of sexual motivation in natural menstrual cycles. *Horm Behav.* 2013; 63(4), 636-645.
14. Costa R, Oliveira G, Pestana J, Costa D, Oliveira RF. Do psychosocial factors moderate the relation between testosterone and female sexual desire? the role of interoception, alexithymia, defense mechanisms, and relationship status. *Adapt. Hum. Behav.* 2019; 5(1), 13-30.
15. Castroviejo Royo F. Función sexual femenina en Castilla y León: rangos de normalidad [Tesis de doctorado, Universidad de Valladolid]; 2010.
16. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause;* 2000; 7(5): 297-309.
17. Urbano-Contreras A, Iglesias-García MT, Martínez-González RA. Satisfacción general y sexual con la relación de pareja en función del género. *Rev Esp Invest Sociol.* 2019; (165): 143-158.
18. Levine SB. The nature of sexual desire: a clinician's perspective. *Arch. Sex. Behav.* 2003; 32(3), 279-285.
19. Peixoto MM. Sexual satisfaction, solitary and dyadic sexual desire in men according to sexual orientation. *J Homosex.* 2019; 66(6), 769-
20. Sobecki-Rausch JN, Brown O, Gaupp CL. Sexual dysfunction in lesbian women: a Systematic review of the literature. *Semin. Reprod. Med.* 2017; 35(5), 448-459.
21. Kerckhof M, Kreukels B, Nieder TO, Becker-Héblly I, Van de Grift TC, Staphorsius A, Köhler A, Heylens G, Elaut E. Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: results from the ENIGI follow-up study. *J Sex Med.* 2019; 16(12), 1-12.
22. Wierckx K, Elaut E, Van Hoorde B, Heylens G, De Cuypere G, Monstrey, S, Weyers S, Hoebeke P, T'Sjoen G. Sexual desire in trans persons: associations with sex reassignment treatment. *J Sex Med.* 2014; 11(1), 107-118.

23. Murillo F, Gómez M, Donat F. Transexualismo y sexualidad. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. 2005/2006; 76, 16-28.
24. Carriero C, Dellino M, Campanelli FD, Licchelli M, Loverro G. Psychosexual assessment of transgender individuals during the sex reassignment process: sexual desire, activity, and satisfaction. *Health*. 2016; 8(11): 1075-1081.
25. Defreyne J, Elaut E, Kreukels B, Fisher AD, Castellini G, Staphorsius A, Heijer M, Heylens G, T'Sjoen G. Sexual desire changes in transgender individuals upon initiation of hormone treatment: results from the longitudinal European network for the investigation of gender incongruence. *J Sex Med*. 2020; 17(4): 812-825.
26. Elaut E, De Cuypere G, De Sutter P, Gijs L, Van Trotsenburg M, Heylens G, Kaufman JM, Rubens R, T'Sjoen G. Hypoactive sexual desire in transsexual women: prevalence and association with testosterone levels. *Eur. J. Endocrinol*. 2008; 158(3): 393-399.
27. Kronawitter D, Gooren LJ, Zollver H, Oppelt PG, Beckmann MW, Dittrich R, Mueller A. Effects of transdermal testosterone or oral dydrogesterone on hypoactive sexual desire disorder in transsexual women: results of a pilot stud. *Eur. J. Endocrinol*. 2009; 161(2): 363-368.
28. Costantino A, Cerpolini S, Alvisi S, Morselli PG, Venturoli S, Meriggiola MC. A prospective study on sexual function and mood in female-to-male transsexuals during testosterone administration and after sex reassignment surgery. *J Sex Marital Ther*. 2013; 39(4): 321-335.
29. Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M. Atención sanitaria de la transexualidad y diversidad identitaria. Sotavento. 2020.
30. Nikkelen SW, Kreukels BP. Sexual experiences in transgender people: the role of desire for gender confirming interventions, psychological well-being, and body satisfaction. *J Sex Marital Ther*. 2018; 44(4), 370-381.
31. Weyers S, Elaut E, De Sutter P, Gerris J, T'Sjoen G, Heylens G, De Cuypere G, Verstraelen H. Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *J Sex Med*. 2009; 6(3), 752-760.
32. Laube JS, Auer MK, Biedermann SV, Schröder J, Hildebrandt T, Nieder TO, Briken P, Fuss J. Sexual behavior, desire, and psychosexual experience in gynephilic and androphilic trans women: a cross-sectional multicenter study. *J Sex Med*. 2020; 17(6), 1182-1194.
33. Kuper LE, Nussbaum R, Mustanski B. Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *J. Sex Res*. 2012; 49(2-3), 244-254.
34. Ortega V, Zubeidat I, Sierra JC. Further examination of measurement properties of Spanish version of the sexual desire inventory with undergraduates and adolescent students. *Psychol Rep*. 2006; 99(1), 147-165.

editorial
SELENE

Presenta



El robo de “los cálices de Cristo”

LA RESERVA A PARTIR DEL 11/9/2023

**en amazon en formato físico (papel)
y www.selenelibros.com (digital)**

ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

Impacto de la pandemia COVID-19 en la sexualidad en España. Proyecto I-SHARE

Impact of the COVID-19 pandemic on sexuality in Spain. I-SHARE project

Mora Prat A (1), Hurtado Murillo F (2), Grau Peñas A (1), Calvo González S (3)

1. Residente de Psicología Clínica. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia.

2. Psicólogo Clínico-Sexólogo. Unidad de Salud Sexual y Reproductiva "Fuente de San Luis", Departamento de salud "Valencia-Doctor Peset" Valencia.

3. Doctora en Equidad e Innovación en Educación por la Universidad de Oviedo
Profesora Ayudante Doctora en el Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Oviedo.

RESUMEN

Introducción: Diversos estudios señalan que la pandemia COVID-19 y las medidas sociosanitarias implementadas para frenar su expansión han influido negativamente en la salud sexual y reproductiva de la población, al igual que lo han hecho otros acontecimientos vitales estresantes en el pasado.

Objetivo: Analizar la salud sexual de la población adulta española durante las restricciones sociosanitarias de la pandemia por el COVID-19. Se evalúa el impacto de la pandemia en la satisfacción de las personas con su sexualidad, la función sexual (disfunciones sexuales) y la actividad sexual (relaciones sexuales, masturbación, sexting, visualización de pornografía y cibersexo).

Método: Estudio transversal descriptivo en una muestra de 286 participantes (221 mujeres y 65 hombres), con una media de edad de 34 años. La recogida de datos se realizó mediante una encuesta en línea distribuida a través de redes sociales y compuesta por un total de 20

preguntas.

Resultados: La satisfacción sexual disminuyó y las dificultades relativas a los comportamientos sexuales aumentaron de forma significativa durante las restricciones sociosanitarias. En cuanto a los comportamientos sexuales, aproximadamente la mitad de la muestra aumentó la actividad sexual con la pareja estable. El resto de comportamientos sexuales estudiados no experimentaron cambios destacables.

Conclusiones: Las medidas sociosanitarias impulsadas por el COVID-19 afectaron a la sexualidad de la población española.

Palabras clave: COVID-19, satisfacción sexual, disfunciones sexuales, actividad sexual.

ABSTRACT

Introduction: Several studies indicate that the COVID-19 pandemic and the socio-sanitary measures implemented to stop its expansion have negatively influenced the sexual and reproductive health of the population, just as other stressful life events in the past.

Objective: To analyze the sexual health of the Spanish adult population during the socio-sanitary restrictions of the COVID-19 pandemic. It is evaluated the impact of the pandemic on people's satisfaction with their sexuality, sexual function (sexual dysfunctions) and sexual activity (sexual relations, masturbation, sexting, viewing pornography and cybersex).

CORRESPONDENCIA:

Álvaro Mora Prats

Avenida Gaspar Aguilar, nº93, 5.
46017 (Valencia)
mora_alv@gva.es

Method: Descriptive cross-sectional study in a sample of 286 participants (221 women and 65 men), with a mean age of 34 years. Data collection was carried out through an online survey distributed on social networks and consisting of a total of 20 questions.

Results: Sexual satisfaction decreased and difficulties related to sexual behaviours increased significantly during socio-sanitary restrictions. Regarding sexual behaviors, approximately half of the sample increased sexual activity with their stable partner. The rest of the sexual behaviors studied did not experience notable changes.

Conclusions: The socio-sanitary measures promoted by COVID-19 affected some sexual behaviours of the Spanish population.

Keywords: COVID-19, sexual satisfaction, sexual dysfunctions, sexual activity.

Todos los autores aceptan el contenido de la versión enviada. El trabajo no ha sido publicado ni se ha enviado simultáneamente a otra revista. No se recibió financiación de ninguna fuente. Los autores declaran que han tenido en cuenta las responsabilidades éticas requeridas. Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, en Wuhan (China), se produce el primer brote del Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), también conocido como COVID-19 (Chams et al., 2020). Dada la fácil transmisión del virus (Salian et al., 2021; Yesudhas et al., 2021), los casos aumentan rápidamente hasta que el 11 de marzo, el COVID-19 es declarado oficialmente pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2021). A partir de entonces, los gobiernos de los diferentes países comienzan a implantar medidas para frenar la expansión de la pandemia, entre ellas, la utilización de mascarillas, el mantenimiento de la distancia social y el confinamiento. Estas restricciones sociales y sus consecuencias en la vida cotidiana, unidas a la preocupación por la salud, ser conscientes de estar en una situación de pandemia y los desafíos personales y profesionales que todo ello supone, afectan enormemente a la salud mental de la población general, de las personas que han sufrido el COVID-19 y de los profesionales sanitarios. Así, se registran aumentos en las tasas de depresión, ansiedad y ataques de pánico, estrés postraumático, problemas emocionales (enfado irracional, impulsividad), somatizaciones, problemas de sueño, abuso de sustancias y comportamiento suicida (Hossain et al., 2020; Saha et al., 2020).

Otra cuestión relacionada con la salud mental que parece haberse visto afectada con motivo de la pandemia y las medidas sociales es la salud sexual y reproductiva (Michielsen et al., 2020). De hecho, algunos de los factores que pueden participar en la etiología de las disfunciones sexuales son las situaciones estresantes, la comorbilidad psiquiátrica (ansiedad, depresión...) y el consumo de sustancias o medicamentos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Ballester-Arnal, 2020), todos ellos presentes en los tiempos de la pandemia. Acontecimientos pasados que comparten estas características también se observa que son causa de diferentes afecciones sobre la sexualidad. Liu et al. (2010) identifican una reducción en el número de relaciones sexuales y en la satisfacción sexual tras el terremoto de Wenchuan de 2008. El 30% de los participantes del estudio de Ranawaka y Dewaraja (2006) desarrolla una disfunción sexual tras el tsunami del Océano Índico. Entre veteranos y veteranas de guerra se halla una reducción del deseo sexual, dificultades para alcanzar el orgasmo, poca lubricación vaginal, dispareunia y disfunción eréctil (Gilhooly et al., 2001; Tran et al., 2015). La mayoría de estos acontecimientos, así como sus consecuencias, suelen prolongarse en el tiempo, provocando un estrés crónico que también repercute en la sexualidad (Hamilton y Meston, 2013).

Por lo que respecta al impacto del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva, Torres et al. (2021) hallan que en Brasil, el 45.4% de la muestra estudiada no mantiene relaciones sexuales durante el confinamiento y el 65.3% informa de una reducción en el número de parejas sexuales. En EEUU, el 68% de los participantes del estudio de Sanchez et al. (2020) afirma tener menos oportunidades para tener sexo. Schröder et al. (2021) reportan un incremento en el deseo de cercanía física e intimidad y en las fantasías sexuales en Alemania. En España, Ballester-Arnal et al. (2021) encuentran un aumento en la masturbación y el uso de pornografía, y que ser mujer y vivir en pareja eran predictores de una mejora en la vida sexual durante las restricciones sociosanitarias, aumentando el deseo y la actividad sexual. En cuanto a la práctica sexual del sexting, no existe consenso: unos estudios describen un aumento del mismo durante el confinamiento (Bianchi et al., 2021; Gabster et al., 2022) y otros, un descenso (Gassó et al., 2021; Vega-Gonzales et al., 2020). En relación al cibersexo, parece ser que se produce un aumento, sobre todo en hombres (Gabster et al., 2022).

Actualmente, un total de 33 países participan en el proyecto I-SHARE (International Sexual Health And REproductive Health in the time of COVID-19, 2021), cuyo objetivo es investigar cómo las diferentes medidas de aislamiento implementadas por los gobiernos de todo el mundo en respuesta a la pandemia COVID-19 afectan

a las estructuras familiares, las relaciones y la salud sexual y reproductiva (uso de anticonceptivos, acceso a la atención médica reproductiva, violencia sexual o de género y prevalencia de infecciones de transmisión sexual). Dentro del equipo de investigación del proyecto, se añan la Red Académica para la Salud Sexual y Reproductiva y Política de Derechos (ANSER), liderada por la Universidad de Gante e instituciones asociadas, y un equipo dentro de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres que trabaja en colaboración con el Programa de Reproducción Humana en la Salud Mundial (Michielsen et al., 2020). Algunos países participantes ya han publicado sus resultados preliminares. En Alemania (Räuchle et al., 2022) se identifica un descenso en la satisfacción sexual y un incremento en los problemas sexuales (sobre todo en mujeres), así como un aumento en el uso de pornografía y la masturbación (sobre todo en hombres). Estos resultados son similares a los hallados en Luxemburgo (Fischer et al., 2022).

El objetivo principal del presente estudio, englobado dentro del proyecto I-SHARE, es comprender la salud sexual y reproductiva en la población adulta durante las restricciones sanitarias de la pandemia COVID-19 en España. Más concretamente, se pretende evaluar el impacto de estas medidas en la satisfacción sexual, la función sexual (existencia de disfunciones durante las relaciones sexuales) y la actividad sexual (frecuencia de relaciones sexuales, masturbación, sexting, visualización de pornografía y cibersexo), así como las diferencias existentes entre hombres y mujeres.

MÉTODO

Los datos fueron recogidos durante las restricciones sanitarias implementadas por la pandemia COVID-19. Los participantes respondieron una encuesta en línea y no recibieron ningún incentivo por ello. Esta encuesta ha sido elaborada por todos los socios del proyecto en conjunto y distribuida a través de redes sociales gracias a la colaboración de diferentes asociaciones y universidades. La encuesta original recogía información sobre diversos aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, requiriendo para su cumplimentación unos 15 minutos. Para el presente estudio solo se tuvieron en cuenta las variables relativas a datos sociodemográficos y a la sexualidad antes y durante las restricciones sanitarias: orientación sexual, satisfacción sexual, disfunciones sexuales y comportamientos sexuales (actividad sexual con pareja estable, actividad sexual con pareja ocasional, masturbación, pornografía, sexting y cibersexo) (Anexo 1).

Para la selección de participantes, se utilizó un muestreo de conveniencia y se descartaron aquellas personas que no cumplieran los criterios de inclusión (tener 18 años

o más y ser residente en España). La muestra inicial era de 293 participantes, pero se descartaron 7 de ellos por no haber cumplimentado los ítems correspondientes a las variables relacionadas con su sexualidad. La muestra final se compuso de 286 participantes (221 mujeres y 65 hombres).

En el presente estudio se ha utilizado una metodología transversal descriptiva. Para analizar las diferentes variables de estudio, se han empleado tanto estadísticos descriptivos (principalmente porcentajes obtenidos de la transformación de las puntuaciones directas recabadas en la recogida de datos) como inferenciales (prueba de Wilcoxon). Los análisis estadísticos se han llevado a cabo con el programa estadístico SPSS 22.0.

Consideraciones éticas:

Todos los sujetos que aceptaron participar en el estudio firmaron el consentimiento informado para que sus datos pudieran ser utilizados para la investigación. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajusta a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y a al Reglamento (UE) 2016/679 de Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos.

La investigación ha sido aprobada por el Comité de Ética del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia y por el Comité Ético de Investigación del Principado de Asturias para la recopilación de datos a nivel nacional y se llevó a cabo de acuerdo con las pautas de buena práctica clínica (ICH / GCP) y la declaración de Helsinki, diseñadas para proteger a las personas que participan en investigaciones.

RESULTADOS

La mayor parte de la muestra eran mujeres (77.3%). La edad media de los participantes era de 34 años (DT=12.8), siendo el rango de 18 a 71. En cuanto a la orientación sexual, la mayoría se consideraban heterosexuales (74.8%). En el ámbito familiar, un alto porcentaje se encontraba en una relación de pareja (71%) y no tenía hijos (72.7%). Respecto al nivel educativo, la mayor parte había completado estudios universitarios (79.4%) (Tabla 1).

En las tablas 2 y 3 se muestran los resultados en cuanto al nivel de satisfacción sexual y la presencia de disfunciones sexuales antes y durante el COVID-19. Se halló una reducción significativa en la satisfacción sexual durante las restricciones sanitarias ($z=-9.030$; $p=0.000$; $n=284$). Con respecto a la existencia de disfunciones sexuales, se encontró un aumento significativo de las mismas ($z=-3.838$; $p=0.000$; $n=217$),

Tabla 1. Variables sociodemográficas	
	n (%)
Sexo (n=286)	
Hombre	65 (22.7)
Mujer	221 (77.3)
Género (n=286)	
Masculino	64 (22.4)
Femenino	217 (75.9)
Ambos	1 (0.3)
Ninguno	1 (0.3)
Otro	3 (1)
Orientación sexual (n=286)	
Heterosexual	214 (74.8)
Homosexual	18 (6.2)
Bisexual	47 (16.4)
Asexual/Pansexual/No definido/Otro	7 (2.4)
Situación sentimental (n=286)	
En una relación y conviviendo juntos	140 (48)
En una relación pero no conviviendo juntos	66 (23)
Soltero/a	71 (24.7)
Divorciado/a	7 (2.4)
Viudo/a	1 (0.3)
Otro	1 (0.3)
Hijos (n=286)	
No	208 (72.7)
Sí	78 (27.1)
Nivel de estudios (n=286)	
Sin educación formal	0 (0)
Primarios	0 (0)
Secundarios	16 (5.6)
Universitarios incompletos	37 (12.9)
Universitarios completos	227 (79.4)
Otros	6 (2.1)

aunque este aumento no se produjo en la muestra de hombres.

Para analizar si las diferencias en satisfacción sexual antes y durante el COVID-19 eran más pronunciadas en hombres o en mujeres, los participantes fueron divididos en dos grupos en función de su nivel de satisfacción sexual. Uno de ellos agrupaba a aquellos que afirmaron que estaban algo o muy satisfechos con su actividad sexual (“grupo satisfecho”), mientras que el otro incluía a aquellos que manifestaron que estaban no muy o nada satisfechos (“grupo insatisfecho”). Se observó

tanto en hombres como en mujeres una reducción en la satisfacción sexual, siendo este descenso ligeramente superior en hombres. También se puede apreciar cómo, antes del COVID-19, el 78.5% de los hombres y el 89.5% de las mujeres estaban satisfechos con su vida sexual; mientras que durante el COVID-19, esta diferencia se intensificó (del 11% al 14.5%) (Tabla 4).

En la Tabla 5 se analizan los cambios que se produjeron durante el COVID-19 en los diferentes comportamientos sexuales. La actividad sexual con la pareja estable disminuyó en casi la mitad de la muestra (44.2%), algo más en mujeres (44.6%) que en hombres (42.1%). Sin embargo, también se puede apreciar que el porcentaje de mujeres que aumentó la actividad sexual con su pareja (13.7%) era bastante mayor que el de hombres (5.3%), de modo que ellos resultaron más afectados en esta variable.

En el caso de la actividad sexual con parejas ocasionales, la mayoría de la muestra afirmó que apenas experimentó cambios (82.7%). Al igual que en la anterior variable, los hombres se vieron más afectados, dado que sufrieron una reducción mayor (21.5%) en comparación con las mujeres (11.4%).

En lo relativo a la masturbación, algo más de la mitad de los participantes no sufrió cambios (52.1%). Sin embargo, puede apreciarse un gran aumento de esta práctica sexual entre los hombres (40%) en comparación con las mujeres (22.2%).

La visualización de pornografía se mantuvo relativamente estable en la mayoría de los participantes (73.2%) y, al igual que en la masturbación, los hombres aumentaron tal actividad sexual (40%) en mayor medida que las mujeres (7.8%).

Por lo que respecta al sexting, la mayoría lo siguió practicando igual que antes de las restricciones sociosanitarias (78.1%), experimentando en general las mujeres menos variaciones (79.8%) que los hombres (72.3%).

El cibersexo fue la variable que se mantuvo más estable (90.1%), siendo esta estabilidad superior en mujeres (91.3%) que en hombres (86.2%).

DISCUSIÓN

Es bien sabida, gracias a la bibliografía publicada, la relación existente entre el estrés y la sexualidad de las personas. En general, estar sometido a niveles elevados de estrés repercute negativamente en los comportamientos sexuales, reduciendo la frecuencia y la satisfacción y aumentando las disfunciones sexuales. Sin embargo, la pandemia COVID-19, debido a todos los cambios sociales que supuso y las medidas sociosanitarias que se implementaron (principalmente el confinamiento y la distancia social, que afectaron a la proximidad física de las personas), se podría considerar una situación

Tabla 2. Satisfacción sexual y disfunciones sexuales antes y durante el COVID-19

	Antes del COVID-19 [n(%)]			Durante del COVID-19 [n(%)]		
Satisfacción sexual	H (n=65)	M (n=219)	Total (n=284)	H (n=65)	M (n=219)	Total (n=284)
Muy satisfecho/a	25 (8.8)	113 (39.8)	138 (48.6)	18 (6.3)	56 (19.7)	74 (26.1)
Algo satisfecho/a	26 (9.2)	83 (29.2)	109 (38.4)	15 (5.3)	87 (30.6)	102 (35.9)
No muy satisfecho/a	11 (3.9)	21 (7.4)	32 (11.3)	18 (6.3)	50 (17.6)	68 (23.9)
Nada satisfecho/a	3 (1.1)	2 (0.7)	5 (1.8)	14 (4.9)	26 (9.2)	40 (14.1)
Disfunciones sexuales	H (n=44)	M (n=173)	Total (n=217)	H (n=38)	M (n=166)	Total (n=204)
Nunca	18 (8.3)	85 (39.2)	103 (47.5)	16 (7.8)	67 (32.8)	83 (40.7)
Una vez	4 (1.8)	29 (13.4)	33 (15.2)	1 (0.5)	20 (9.8)	21 (10.3)
A veces	18 (8.3)	40 (18.4)	58 (26.7)	15 (7.4)	55 (27)	70 (34.3)
A menudo	3 (1.4)	14 (6.5)	17 (7.8)	5 (2.5)	16 (7.8)	21 (10.3)
No corresponde	1 (0.5)	5 (2.3)	6 (2.8)	1 (0.5)	8 (3.9)	9 (4.4)

Tabla 3. Satisfacción sexual y disfunciones sexuales antes y durante el COVID-19 (Prueba de Wilcoxon)

	Prueba de Wilcoxon		
Grado de satisfacción sexual	H (n=65)	M (n=219)	Total (n=284)
Z	-4.216	-8.011	-9.038
Sig. asintót. (bilateral)	0.000*	0.000*	0.000*
Disfunciones sexuales	H (n=44)	M (n=173)	Total (n=217)
Z	-0.641	-3.876	-3.838
Sig. asintót. (bilateral)	0.521	0.000*	0.000*

Nota: *Estadísticamente significativo a nivel $p < .01$

Tabla 4. Satisfacción sexual antes y durante el COVID-19 por grupos

	Antes del COVID-19 [n(%)]			Durante del COVID-19 [n(%)]		
Grupo	H (n=65)	M (n=219)	Total (n=284)	H (n=65)	M (n=219)	Total (n=284)
Satisfecho	51 (78.5)	196 (89.5)	247 (87)	33 (50.8)	143 (65.3)	176 (61.97)
Insatisfecho	14 (21.5)	23 (10.5)	37 (13)	32 (49.2)	76 (34.7)	108 (38.03)

especial. Se encuentran resultados dispares en las diferentes investigaciones, tanto en aquellas que estudian la afectación en la sexualidad del COVID-19 como en las que se centran en el impacto de otros eventos estresantes.

Por lo que respecta a la satisfacción sexual de los participantes de nuestro estudio, se halló una reducción significativa de la misma durante las restricciones sociosanitarias, siendo este descenso superior en los hombres. Liu et al. (2010), tras el terremoto de Wenchuan, y Räuchle et al. (2022), tras el COVID-19, hallaron también una reducción en la satisfacción sexual. Sin embargo, a diferencia de los resultados encontrados

en el presente estudio, Räuchle et al. (2022) reportaron mayor afectación en las mujeres.

En cuanto a las disfunciones sexuales, estas aumentaron tanto en hombres como en mujeres, pero la diferencia sólo fue significativa en las mujeres. Resultados similares se hallaron en investigaciones previas (Gilhooly et al., 2001; Ranawaka y Dewaraja, 2006; Räuchle et al., 2022; Tran et al., 2015).

En lo que concierne a los diversos comportamientos sexuales analizados, se podría concluir que, en general, se apreció una relativa estabilidad en todos ellos a excepción de la actividad sexual con la pareja estable,

Tabla 5. Cambios en los comportamientos sexuales durante el COVID-19			
	n (%)		
	H	M	Total
Actividad sexual con pareja estable	n=38	n=168	n=206
Disminuyó	16 (42.1)	75 (44.6)	91 (44.2)
Se mantuvo igual	20 (52.6)	70 (41.7)	90 (43.7)
Aumentó	2 (5.3)	23 (13.7)	25 (12.1)
Actividad sexual con pareja ocasional	n=65	n=219	n=284
Disminuyó	14 (21.5)	25 (11.4)	39 (13.7)
Se mantuvo igual	50 (76.9)	185 (84.5)	235 (82.7)
Aumentó	1 (1.5)	9 (4.1)	10 (3.5)
Masturbación	n=65	n=221	n=286
Disminuyó	5 (7.7)	57 (25.8)	62 (21.7)
Se mantuvo igual	34 (52.3)	115 (52)	149 (52.1)
Aumentó	26 (40)	49 (22.2)	75 (26.2)
Pornografía	n=65	n=219	n=284
Disminuyó	7 (10.8)	26 (11.9)	33 (11.6)
Se mantuvo igual	32 (49.2)	176 (80.4)	208 (73.2)
Aumentó	26 (40)	17 (7.8)	43 (15.1)
Sexting	n=65	n=218	n=283
Disminuyó	8 (12.3)	18 (8.3)	26 (9.2)
Se mantuvo igual	47 (72.3)	174 (79.8)	221 (78.1)
Aumentó	10 (15.4)	26 (11.9)	36 (12.7)
Cibersexo	n=65	n=218	n=283
Disminuyó	6 (9.2)	10 (4.6)	16 (5.7)
Se mantuvo igual	56 (86.2)	199 (91.3)	255 (90.1)
Aumentó	3 (4.6)	9 (4.1)	12 (4.2)

que en general se redujo, existiendo mayor repercusión entre los hombres. Resultados contradictorios se hallaron en artículos publicados en cuanto a la variable “actividad sexual con pareja ocasionales”: algunos encontraron una reducción (Liu et al., 2010; Sanchez et al., 2020) y otros un aumento (Ballester-Arnal et al., 2021). Al igual que en la variable anterior, también en esta se halló mayor afectación entre los hombres.

Respecto a la visualización de pornografía y masturbación, aunque no se produjeron cambios significativos, sí se observó una tendencia ascendente, siendo más pronunciada entre los hombres. Esto concuerda con los resultados hallados en los estudios de Ballester-Arnal et al. (2021) y Räuchle et al. (2022).

Aunque el confinamiento supuso un cambio en el modo de interactuar socialmente, Internet y las redes sociales permitieron mantenerse en contacto con otras personas. Los encuentros sexuales con otros también se

podieron mantener, en parte, vía online mediante la realización de comportamientos como el sexting y el cibersexo. El sexting se mantuvo estable, con una tendencia ascendente, y encontrándose las mujeres más protegidas en esta variable. No existe un consenso claro sobre cómo afectó el COVID-19 en la práctica del sexting, dado que se encontraron resultados similares en algunos estudios (Bianchi et al., 2021; Gabster et al., 2022) y contradictorios en otros (Gassó et al., 2021; Vega-Gonzales et al., 2020). Por lo que respecta al cibersexo, dentro de su gran estabilidad, se apreció una tendencia descendente, más pronunciada aún en hombres. Un resultado totalmente opuesto pudo hallarse en Gabster et al. (2022), donde la tendencia fue ascendente y superior en hombres.

En lo referente a las limitaciones del estudio, cabe destacar que se ha usado un diseño transversal mientras que un diseño longitudinal habría permitido una mayor fiabilidad en la evaluación de los cambios ocurridos en las variables estudiadas. Por otro lado, como instrumento de medida se ha utilizado un cuestionario estandarizado pero que no ha sido validado en investigaciones previas y del cual no se conocen sus propiedades psicométricas. Además, dado que este cuestionario es una escala autoaplicada basada en el propio recuerdo de los participantes, es posible la existencia de sesgos de memoria en las respuestas dadas. Así mismo, también pueden haberse dado sesgos de deseabilidad social ya que la sexualidad sigue siendo un tema tabú en la sociedad actual. Otra limitación a tener en cuenta es la representatividad de la muestra, dado que la distribución por género de la misma difiere de la existente en la población española.

Para futuros estudios, sería recomendable seguir con esta línea de investigación dada la disparidad de resultados encontrados e incluir el estudio de nuevas variables que pudieran estar contribuyendo a ello como, por ejemplo, la situación de convivencia durante el confinamiento.

CONCLUSIONES

Según los hallazgos encontrados en el presente estudio, podría concluirse que la pandemia COVID-19 y las medidas sociosanitarias implementadas para frenar su expansión han influido diferencialmente en la sexualidad de la población estudiada. En general, la satisfacción sexual de estas personas se ha visto mermada, mientras que las disfunciones sexuales han experimentado un aumento. De los comportamientos sexuales analizados, la actividad sexual con la pareja estable es la que más cambios registró, concretamente en una dirección

descendente. El resto de variables (actividad sexual con parejas ocasionales, masturbación, visualización de pornografía, sexting y cibersexo), aunque sufrieron variaciones, permanecieron relativamente estables, en especial el cibersexo. La práctica sexual que más aumentó es la masturbación. Cabe destacar que en los hombres, tanto la masturbación como la visualización de pornografía se incrementaron en la misma proporción. Respecto a la comparación del comportamiento sexual según el sexo, se apreció entre las mujeres una tendencia a la estabilidad o mejora de aquellos comportamientos sexuales que implican la presencia de otra persona (actividad sexual con la pareja estable u otras personas, cibersexo y sexting), mientras que en el caso de los hombres ocurrió lo mismo para los comportamientos sexuales en solitario (masturbación y visualización de pornografía).

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª edición. Editorial Médica Panamericana
2. Ballester-Arnal, R. (2020). Disfunciones sexuales, trastornos parafilicos y disforia de género. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (eds.), Manual de Psicopatología Volumen I (pp. 441-483). Mc Graw Hill
3. Ballester-Arnal, R., Nebot-Garcia, J. E., Ruiz-Palomino, E., Giménez-García, C., y Gil-Llario, M.D. "INSIDE" Project on Sexual Health in Spain: Sexual Life during the Lockdown Caused by COVID-19 (2021). *Sexuality Research and Social Policy*, 18(4), 1023–1041. doi: 10.1007/s13178-020-00506-1
4. Bianchi, D., Baiocco, R., Lonigro, A., Pompili, S., Zammuto, M., Di Tata, D., Morelli, M., Chirumbolo, A., Di Norcia, A., Cannoni, E., Longobardi, E. y Laghi, F. (2021). Love in Quarantine: Sexting, Stress, and Coping During the COVID-19 Lockdown. *Sexuality Research and Social Policy*, 1-14. doi: 10.1007/s13178-021-00645-z
5. Chams, N., Chams, S., Badran, R., Shams, A., Araji, A., Raad, M., Mukhopadhyay, S., Stroberg, E., Duval, E. J., Barton, L. M., y Hajj Hussein, I. (2020). COVID-19: A Multidisciplinary Review. *Frontiers in public health*, 8, 383. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00383>
6. Fischer, V. J., Bravo, R. G., Brunnet, A. E., Michielsen, K., Tucker, J. D., Campbell, L., y Vögele, C. (2022). Sexual satisfaction and sexual behaviors during the COVID-19 pandemic: results from the International Sexual Health And REproductive (I-SHARE) health survey in Luxembourg. *BMC Public Health*, 22(1108), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13509-x>
7. Gabster, A., Erausquin, J. T., Michielsen, K., Mayaud, P., Pascale, J. M., Pericas, C., Marks, M., Katz, J., Cabezas, G., de Argote, M., Murillo, A. y Tucker, J. D. (2022). How did COVID-19 measures impact sexual behaviour and access to HIV/STI services in Panama? Results from a national cross-sectional online survey. *Sexually Transmitted Infections*, 98(5), 332-340. doi: 10.1101/2021.02.03.21251095
8. Gassó, A. M., Mueller-Johnson, K., Agustina, J. R. y Gómez-Durán, E. L. (2021). Exploring sexting and online sexual victimization during the COVID-19 pandemic lockdown. *International journal of environmental research and public health*, 18(12), 6662. doi: 10.3390/ijerph18126662
9. Gilhooly, P. E., Ottenweller, J. E., Lange, G., Tiersky, L., y Natelson, B. H. (2001). Chronic fatigue and sexual dysfunction in female Gulf War veterans. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(5), 483–487. <https://doi.org/10.1080/713846825>
10. Hamilton, L. D., y Meston, C. M. (2013). Chronic Stress and Sexual Function in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(10), 2443–2454. <https://doi.org/10.1111/jsm.12249>
11. Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E., Ahmed, H. U., y Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research*, 9, 636. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>
12. I-SHARE: International Sexual Health and REproductive Health Survey in the time of COVID-19 (2021). <https://ishare.web.unc.edu/>
13. Liu, S., Han, J., Xiao, D., Ma, C., y Chen, B. (2010). A report on the reproductive health of women after the massive 2008 Wenchuan earthquake. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 108(2), 161–164. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.08.030>
14. Michielsen, K., Larrson, E. C., Kågesten, A., Erausquin, J. T., Griffin, S., Van de Velde, S., y Tucker, J. D. (2021). International Sexual Health And REproductive health (I-SHARE) survey during COVID-19: study protocol for online national surveys and global comparative analyses. *Sexually Transmitted Infections*, 97(2), 88-92. doi: 10.1136/sextrans-2020-054664
15. Organización Mundial de la Salud (2021, 24 de noviembre). Timeline: WHO's COVID-19

- response. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>
16. Ranawaka, D. S., y Dewaraja, R. (2006). Tsunami counselling project of the Sri Lanka National Institute of professional counsellors. *International Congress Series*, 1287, 79-81. <https://doi.org/10.1016/j.ics.2005.12.037>
 17. Räuchle, J., Briken, P., Schröder, J., y Ivanova, O. (2022). Sexual and Reproductive Health during the COVID-19 Pandemic: Results from a Cross-Sectional Online Survey in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1428. doi: 10.3390/ijerph19031428
 18. Saha, K., Torous, J., Caine, E. D., y De Choudhury, M. (2020). Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic: Large-scale Quasi-Experimental Study on Social Media. *Journal of Medical Internet research*, 22(11), e22600. doi:10.2196/22600
 19. Salian, V. S., Wright, J. A., Vedell, P. T., Nair, S., Li, C., Kandimalla, M., Tang, X., Carmona Porquera, E. M., Kalari, K. R., y Kandimalla, K. K. (2021). COVID-19 Transmission, Current Treatment, and Future Therapeutic Strategies. *Molecular Pharmaceutics*, 18(3), 754–771. <https://doi.org/10.1021/acs.molpharmaceut.0c00608>
 20. Sanchez, T. H., Zlotorzynska, M., Rai, M., y Baral, S. D. (2020). Characterizing the impact of COVID-19 on men who have sex with men across the United States in April, 2020. *AIDS and Behavior*, 24(7), 2024-2032. doi: 10.1007/s10461-020-02894-2
 21. Schröder, J., Bruns, E., Schoon, W., Briken, P., y Schöttle, D. (2021). Changes in Sexual Interests and Experiences during the COVID-19 Pandemic - A Qualitative Content Analysis. *Psychotherapeut*, 66(3), 233–239. doi: 10.1007/s00278-021-00506-5
 22. Tran, J. K., Dunkel, G., y Teng, E. J. (2015). Sexual Dysfunction in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(4), 847–855. <https://doi.org/10.1111/jsm.12823>
 23. Torres, T. S., Hoagland, B., Bezerra, D. R., Garner, A., Jalil, E. M., Coelho, L. E., ... y Veloso, V. G. (2021). Impact of COVID-19 Pandemic on Sexual Minority Populations in Brazil: An Analysis of Social/Racial Disparities in Maintaining Social Distancing and a Description of Sexual Behavior. *AIDS and Behavior*, 25(1), 73-84. doi: 10.1007/s10461-020-02984-1
 24. Vega-Gonzales, E., Timoteo-Sánchez, A.E. y Diaz-Gonzales, K.B. (2020). Sexting en adolescentes y adultos de Lima metropolitana durante la pandemia COVID-19. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 5(4). doi: 10.47784/rismf.2020.5.4.95
 25. Yesudhas, D., Srivastava, A., y Gromiha, M. M. (2021). COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. *Infection*, 49, 199–213. <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01516-2>

ANEXO**Anexo 1.** Encuesta Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva y Bienestar en tiempos de COVID-19

Sexo asignado

1. Hombre
2. Mujer
3. Otro (Intersex)

Sexo de identificación

1. Hombre
2. Mujer
3. Ambos
4. Ninguno
5. Otro

Nivel de estudios

1. Sin educación formal
2. Primarios incompletos
3. Primarios completos
4. Secundarios incompletos
5. Secundarios completos
6. Universitarios incompletos
7. Universitarios completos
8. Otros (Especificar)

Orientación sexual

1. Asexual
2. Bisexual
3. Gay/homosexual
4. Heterosexual
5. Lesbiana
6. Pansexual
7. No definida
8. Otro (especificar)

Grado de satisfacción con la vida sexual en los tres meses anteriores a las medidas de distanciamiento social por COVID-19

1. Muy satisfecho/a
2. Algo satisfecho/a
3. No muy satisfecho/a
4. Nada satisfecho/a

Grado de satisfacción con la vida sexual durante las medidas de distanciamiento social por COVID-19

1. Muy satisfecho/a
2. Algo satisfecho/a
3. No muy satisfecho/a
4. Nada satisfecho/a

¿Con qué frecuencia usted o su pareja han tenido dificultades para tener una erección, pérdida de interés sexual, excitación, orgasmo o satisfacción sexual en los tres meses anteriores a las medidas de distanciamiento social por COVID-19?

1. Nunca
2. Una vez
3. A veces
4. A menudo
5. No corresponde

¿Con qué frecuencia usted o su pareja han tenido dificultades para tener una erección, pérdida de interés sexual, excitación, orgasmo o satisfacción sexual durante las medidas de distanciamiento social por COVID-19?

1. Nunca
2. Una vez
3. A veces
4. A menudo
5. No corresponde

¿Participó en actividades sexuales con su pareja estable en los tres meses anteriores a las medidas de distanciamiento social por COVID-19? Por actividades sexuales nos referimos a relaciones o caricias orales, vaginales o anales.

1. Nunca
2. Una vez al mes o menos
3. 2 a 4 veces al mes
4. 2 o 3 veces por semana
5. 4 o más veces a la semana

¿Participó en actividades sexuales con su pareja estable durante las medidas de distanciamiento social por COVID-19? Por actividades sexuales nos referimos a relaciones o caricias orales, vaginales o anales.

1. Nunca
2. Mucho menos
3. Un poco menos
4. Igual que antes
5. Un poco más
6. Mucho más

¿Se masturbó en los tres meses anteriores a las medidas de distanciamiento social por COVID-19?

1. Nunca
2. Una vez al mes o menos
3. 2 a 4 veces al mes
4. 2 o 3 veces por semana
5. 4 o más veces a la semana

¿Se masturbó durante las medidas de distanciamiento social por COVID-19?

1. Nunca
2. Mucho menos
3. Un poco menos
4. Igual que antes
5. Un poco más
6. Mucho más

¿Tuvo relaciones sexuales con alguien con quien no está en una relación de largo plazo (una pareja ocasional) en los tres meses anteriores a las medidas de distanciamiento social por COVID-19?

1. Nunca
2. Una vez al mes o menos
3. 2 a 4 veces al mes
4. 2 o 3 veces por semana
5. 4 o más veces a la semana

¿Tuvo relaciones sexuales con alguien con quien no está en una relación de largo plazo (una pareja ocasional) durante las medidas de distanciamiento social por COVID-19?

1. Nunca
2. Mucho menos
3. Un poco menos

4. Igual que antes
5. Un poco más
6. Mucho más

¿Envío o recibí fotos o videos desnudo/a o semidesnudo/a en los tres meses anteriores a las medidas de distanciamos social por COVID-19?

1. Nunca
2. Una vez al mes o menos
3. 2 a 4 veces al mes
4. 2 o 3 veces por semana
5. 4 o más veces a la semana

¿Envío o recibí fotos o videos desnudo/a o semidesnudo/a durante las medidas de distanciamiento social por COVID-19?

1. Nunca
2. Mucho menos
3. Un poco menos
4. Igual que antes
5. Un poco más
6. Mucho más

¿Vio videos sexualmente explícitos (pornografía) en los tres meses anteriores a las medidas de distanciamos social por COVID-19?

1. Nunca
2. Una vez al mes o menos
3. 2 a 4 veces al mes
4. 2 o 3 veces por semana
5. 4 o más veces a la semana

¿Vio videos sexualmente explícitos (pornografía) durante las medidas de distanciamiento social por COVID-19?

1. Nunca
2. Mucho menos
3. Un poco menos
4. Igual que antes
5. Un poco más
6. Mucho más

¿Realizó o vio actos sexuales ante una cámara web (cibersex) en los tres meses anteriores a las medidas de distanciamos social por COVID-19?

1. Nunca
2. Una vez al mes o menos
3. 2 a 4 veces al mes
4. 2 o 3 veces por semana
5. 4 o más veces a la semana

¿Realizó o vio actos sexuales ante una cámara web (cibersex) durante las medidas de distanciamiento social por COVID-19?

1. Nunca
2. Mucho menos
3. Un poco menos
4. Igual que antes
5. Un poco más
6. Mucho más

ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

Un estudio sobre la atracción sexual de Salvador Dalí

A study on the sexual attraction of Salvador Dalí

Mora Montes JM

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

SINOPSIS

La personalidad sexuada del pintor Salvador Dalí (1904-1989), todavía objeto de polémica en cuanto a su orientación sexual, es examinada una vez más. Se exponen los criterios más conocidos acerca de la sexualidad del pintor, sobre lo que no existe unanimidad, y las divergencias se dan, principalmente, entre los que le han considerado un homosexual y los que le han calificado de asexual. Para resolver estas discrepancias se opta por estudiar la sexualidad del pintor sin reducirla a una simple etiqueta diagnóstica, sino de una forma más global al distinguir la “simple atracción sexual no libidinosa” y la “atracción libidinosa” asimilable al deseo. Se establece un esquema que abarca todas las facetas de la sexualidad del pintor. Se tiene en cuenta sucesos biográficos, anécdotas, informes testificales y sus propias pinturas. Un esquema que puede ser igualmente utilizado para cualquier otra persona.

Palabras clave: Dalí. Atracción sexual. Voyerismo. Asexualidad. Impotencia. Masturbación.

SYNOPSIS

The sexual personality of the painter Salvador Dalí (1904-1989), still the subject of controversy regarding his sexual orientation, is once again examined. The best-

known criteria regarding the painter's sexuality are set out, on which there is no unanimity, and the divergences occur mainly between those who have considered him a homosexual and those who have described him as asexual. To resolve these discrepancies, it is decided to study the painter's sexuality without reducing it to a simple diagnostic label, but in a more global way by distinguishing the "simple non-libidinous sexual attraction" and the "libidinous attraction" comparable to desire. A scheme is established that encompasses all facets of the painter's sexuality. It takes into account biographical events, anecdotes, testimonial reports and his own paintings. A scheme that can be equally used for anyone else.

Keywords: Dalí. Sexual attraction. Voyeurism. Asexuality. Impotence. Masturbation.

No se recibió financiación de ninguna fuente. No existen conflictos de intereses. El contenido del trabajo no ha sido publicado con anterioridad, ni ha sido enviado simultáneamente a otra revista.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la orientación de género y la identidad de género de toda persona se realiza atendiendo a su atracción erótica preferente, pero este concepto, mal definido o bien omitido en las guías de sexualidad, resulta con frecuencia insuficiente para el conocimiento de la propia o ajena sexualidad. El caso del pintor Salvador Dalí, fallecido a finales del pasado siglo (1989), es fiel reflejo de esta realidad, y aún hoy se mantiene abierto el debate sobre lo definitorio de su sexualidad. Hace un año saltaba a la luz pública la polémica entre la Dirección General de Diversidad Sexual del Ministerio de Igualdad y un conocido medio de comunicación social sobre la citada cuestión. Una cuestión que tuvo

CORRESPONDENCIA:

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

amplia resonancia mediática cuando, en el 2017, una mujer afirmó ser hija biológica del pintor y obligó a la exhumación judicial de sus restos para determinar el ADN. La vida sexual del pintor ha interesado a médicos, psicólogos, sexólogos, periodistas, escritores y público en general por los enigmas que entraña y la personalidad peculiar del protagonista. Curiosamente hasta hoy las investigaciones de mayor o menor amplitud no han llegado a conclusiones definitivas. En este trabajo se recurre a una nueva perspectiva en un intento de llegar a una mejor comprensión del erotismo, no solo del pintor, sino de cualquier otra persona. Con base en la subdivisión hecha en la atracción sexual al distinguir la “atracción sexual no libidinosa” (“simple atracción sexual”) y “atracción sexual libidinosa” (Mora, JM, 2023) se intenta llegar a una visión amplia, que abarca las distintas facetas de la sexualidad de pintor, así como la de cualquier otra persona.

II. SEXUALIDAD PROBLEMÁTICA DE SALVADOR DALÍ

Salvador Dalí i Domènech, (11 de mayo de 1904, 23 de enero de 1989), natural de Figueras (Gerona), es considerado uno de los máximos representantes del arte surrealista, siendo impactantes muchas de sus pinturas, a modo de imágenes oníricas. El prestigioso notario Salvador Dalí Cusí, republicano, federal y laico, fue su padre. Dalí, hijo, se dedicó al dibujo y a la pintura desde niño. Su madre Felipa Domènech Ferrés, le educó con mucho mimo y consentimiento, posiblemente por el hecho de haber nacido nueve meses después de la muerte del primogénito del mismo nombre, que tan solo tenía once meses. Después de Dalí, solo nació una niña, Ana María, cuatro años menor.

Con cuatro años el padre lo matriculó en la Escuela Pública de Párvulos de Figueras, con el maestro Esteban Trayter, reconocido promotor del ateísmo entre su alumnado. Mi primer profesor D. Esteban Trayter -diría Dalí en sus memorias- se pasó un año entero repitiéndome que Dios no existía” (Dalí, S. 2009). Dos años después dejó este centro para entrar, con seis años de edad, en el colegio-internado Hispano-Francés de la Inmaculada Concepción de Figueras. Allí pasó seis años al cabo de los cuales dominó el francés completamente y adquirió una cultura general básica. Durante el bachillerato, realizado en el instituto de Figueras, estuvo dominado por el hábito masturbatorio, que fue durante toda su vida casi el único medio de llegar al orgasmo (Gibson, I. 1998), al tiempo que desarrollaba una mentalidad anárquica y subversiva. También se aficionó a leer literatura erótica, especialmente francesa, con preferencia a la española.

A partir de los 15 años Salvador se interesó por las chicas. Con Carmen Roget Pumerola, hija del propietario

de una importante cafetería, inició un noviazgo. Se conserva una carta que iba dirigida a Salvador en la que Carmen se confiesa muy enamorada de él. El padre de Carmen se opuso a este idilio, por la mala reputación personal que Dalí le merecía. La ruptura vino a coincidir con la muerte de la madre del pintor, Felipa, a consecuencia de un cáncer de útero (febrero de 1921). Fue un acontecimiento muy doloroso para toda la familia. Un duelo que el padre resolvió casándose meses después con Catalina Domènech Ferrés, hermana de la fallecida, y Dalí, hijo, se propuso llegar a ser un gran pintor para venerar la memoria de su madre.

Después de superar una prueba selectiva de pintura, con 18 años, Salvador entró en la Escuela Especial de Pintura, Escultura y Grabado (Real Academia de Bellas Artes de San Fernando de Madrid), año 1922, y por decisión paterna vivirá en la Residencia de Estudiantes, un centro levantado dentro del programa de la Institución Libre de Enseñanza, impulsada por Francisco Ginés de los Ríos, de inspiración laica y progresista. Se presentó Dalí en la Residencia con un aspecto extravagante, luciendo una larga cabellera negra, exageradas patillas, capa que arrastraba por el suelo y un bastón. A esta Residencia habían llegado tres años antes Luis Buñuel y un año antes Federico García Lorca, dos jóvenes amantes del arte y de la literatura con los que Salvador pronto se unirá en amistad.

En la capital de España Dalí participó en fiestas y salidas nocturnas, pero era conocida su actitud de evitar el trato con prostitutas. Mantuvo cierta amistad con dos chicas, definidas por sus costumbres liberales: Margarita Manso, en Madrid, y Ramoneta Monsalvatge, en Figueras, pero con ninguna de las dos tuvo relación física. Es más, ofreció a Margarita para que Federico García Lorca practicara un coito anal, con ella, después de que éste intentara sodomizarle a él sin éxito.

Practicar el sexo aterraba a Dalí desde que de muy joven su padre le hubiera alertado de los peligros de las enfermedades venéreas y hubiera visto en un libro los efectos de dichas enfermedades en los genitales femeninos. A estos miedos se sumaron una gran preocupación por el tamaño de su pene, que lo observaba menor que el de sus amigos, descubrí que mi sexo era pequeño, triste y blando (Gibson, I. 1998). Fue en este tiempo cuando leyó a Nietzsche y aceptó la teoría psicoanalista de Freud, especialmente le atrajo la “Interpretación de los sueños” y lo relativo al subconsciente, y en general toda su teoría, que encajaba muy bien con su mentalidad materialista. Interpretando a Freud a su manera criticó la represión de los deseos y se consideró un perverso polimorfo.

En la primavera de 1925, Lorca, con el que compartía plenamente ideas renovadoras, aceptó la invitación de Dalí de pasar los días de Semana Santa con su familia

en Figueras y Cadaqués. Permaneciendo juntos pintor y poeta, la relación afectiva entre ellos se intensificó, especialmente por parte de Federico, que realizó tentativas ciertas de sodomizar a su amigo, que fueron rechazadas por el pintor catalán para no caer en la homosexualidad.

En cuanto a sus estudios oficiales hay que anotar que Dalí no consiguió titulación alguna pues fue expulsado de la Academia en los exámenes finales una segunda y definitiva vez, por decirles a los miembros del tribunal que no había nadie en condiciones de examinarle (año 1926).

1929 es un año clave en la vida del pintor: regresó a París, donde, junto a Buñuel rodó la cinta “Un perro andaluz”, que causó gran impacto como film surrealista. Asimismo, presentó su primera exposición de pintura, prologada por André Bretón, promotor del movimiento surrealista. Pero es un año especial sobre todo porque de regreso a España, Salvador, veraneando en Cadaqués, recibió la visita de un grupo de personas que había conocido en París, entre las que estaba Gala (Helena Ivanovna Diakonova), su marido, el poeta Paul Éluard y la hija de ambos, Cécile. Para el pintor, Gala era el ideal de mujer, y estuvo tan gratamente impresionado que inició un romance con ella, permitido por el complaciente marido que no supo imaginar su alcance y supondría una unión que se mantendría hasta la muerte. El disgusto de la familia Dalí-Doménech por esta relación (ella era francesa, casada, madre de una hija y diez años mayor), fue tan grande que el padre determinó desheredarle, concediéndole en testamento tan solo lo que la Ley prescribía.

En 1940, con la llegada de las tropas de Hitler a Burdeos, no sintiéndose seguro en su tierra, decidió, acompañado de Gala, marchar una vez más a EE. UU., donde estará ocho años. Aparte de importantes exposiciones de pintura en EE. UU. y Londres publicó su libro “L'Amour et la mémoire” y escribió “La vida secreta de Salvador Dalí”, en la que se presentó como el joven rebelde que a los 35 años asienta la cabeza, vuelve al redil del catolicismo, y recupera el arte pictórico para la “tradición eterna”.

El triunfo como pintor, en su estilo surrealista, fue grande y Dalí amasó una gran fortuna, a modo del rey Midas, que todo lo que tocaba se transformaba en oro. También trabajó para el cine, el teatro, la ópera y el ballet. Las relaciones con Gala se mantuvieron como de costumbre, teniendo ella diversos amantes, que le costaban lo suyo en viajes por diversos países europeos, dejando en esas ocasiones con Dalí a una transexual llamada Amanda Lear para que fuera su modelo y acompañante.

Convertido en uno de los pintores más famosos y controvertidos del momento, en 1948 una vez más en España, manifestó su entusiasmo por el franquismo y su adhesión a la Iglesia Católica, la fuerza de la razón me obliga a ser católico, aunque creo un deber manifestar mi

poca formación religiosa (Gibson, I. 1998). El padre, Dalí Cusí que ya había abandonado su antiguo ateísmo acogió muy bien las declaraciones del hijo y supo disculpar sus pasados errores como cosas de quien se entrega al arte. El régimen dictatorial también supo aceptar la nueva imagen que ofrecía Dalí, y el mismo General Franco le recibió en audiencia. Durante las décadas 50 y 60 permaneció durante largas estancias en su casa y taller de Port Lligat, donde pintó obras muy conocidas. No abandonó totalmente el surrealismo pero lo modificó con nuevas formas y algunos de sus cuadros de tipo religioso adquirieron merecida fama como el “Cristo de S. Juan de la Cruz”, la “Sagrada Cena”, la “Madonna de Portlligat”, la “Ascensión de santa Cecilia”, “Assumpta Corpuscularia Lapizlazuri”, “Cydonia”, “Antiprotonic Assumption”.

El 8 de agosto 1958 Dalí y Gala se casan por la Iglesia Católica en el santuario de los Àngels, en Sant Martí Vell, cerca de Gerona, en una ceremonia íntima y sin publicidad alguna. Pero, Gala no solo no perdía su ardor erótico, ni por este casamiento, ni por su edad, que ya alcanzaba los sesenta y cuatro años, sino que parecía aumentarlo cada año que pasaba. En el año 1969 Dalí le compró el castillo de Púbol para que, una vez restaurado y decorado con sus obras, ella viviera en total libertad. También consiguió Dalí que el teatro de Figueras, donde en su niñez expuso por primera vez pasara a ser teatro museo de sus obras.

En los últimos años de actividad artística, Dalí acentuó su afán por acaparar la atención entrando ya en el terreno de lo grotesco y estrafalario. Se interesó por la holografía y otros aspectos que la técnica abría al arte. El 10 de junio de 1982 sobrevino la muerte de Gala en Port Lligat. A partir de este momento el pintor, aquejado de Parkinson, acusó un grave declive físico y anímico que se prolongó hasta su muerte. En 1989 testó para el estado español gran parte de sus obras. Murió en Figueras el 23 de enero de 1989, después de haber tenido asistencia espiritual y haber recibido la extremaunción. Fue enterrado, bajo la cúpula del teatro museo de su ciudad natal, donde permanecen sus restos.

III. TESIS MÁS ACEPTADAS SOBRE LA SEXUALIDAD DE SALVADOR DALÍ

La sexualidad de Salvador Dalí ha confundido a quienes se han acercado a este aspecto principal de toda persona del que, como seres sexuados, nadie puede prescindir. La relación que mantuvo durante años con Federico García Lorca hasta su trágica muerte, que excedió con mucho la de una simple amistad, y el recuerdo imperecedero que conservó del poeta han supuesto para los biógrafos del pintor motivos sobrados de indagaciones y todo tipo de elucubraciones. Pero no menos interesante y mal comprendido es el enamoramiento y unión sentimental de Dalí con Gala, con la que terminó contrayendo

matrimonio, primero civil y años después religioso. En esta etapa se nos presenta la vida del matrimonio en armonía, pero, sin que se sepa el tipo de relaciones sexuales que mantenía, con gran liberalidad, eso sí, por parte de Dalí que permitía a su esposa cuantas relaciones extramaritales deseaba.

La sexualidad de Dalí se ha presentado compleja y a lo más se ha descrito fragmentada en sus elementos más llamativos, tales como su impotencia frente a la mujer, voyerismo, autoerotismo, horror a la vagina, etc. Pero, sobre todo, el tema de su presunta homosexualidad no ha quedado resuelto, ni se sabe cual era su orientación sexual, tampoco se han dado razones suficientes para hacer comprensible su impotencia.

Enjuiciar y razonar el discutido tipo de sexualidad del famoso pintor sobre el que se han escrito gran cantidad de documentos sobre su vida y personalidad se presenta como un trabajo exigente de extensión y minucioso análisis. Disponer de unas pocas páginas para desbrozar el tema tan solo es razonable cuando se fija un objetivo apropiado, que en este caso no es otro que el proyecto de establecer una nueva perspectiva desde la cual la vida sexual del pintor se contemple de forma comprensiva, y que abarque las muy diversas manifestaciones eróticas del pintor por muy distintas y sorprendentes que sean.

Tesis 1. Dalí fue un homosexual.

Según esta tesis, Dalí sentía una clara atracción sexual por los hombres por lo que su orientación sexual era homosexual. Los que mantienen este criterio reconocen que en él no se reconocen prácticas sexuales homoeróticas, lo cual no invalida el juicio porque simplemente el pintor no quiso tenerlas y se mantuvo siempre como un “homosexual reprimido” u “homosexual latente”. Apoya la tesis de homosexualidad una serie de datos que a continuación sucintamente se exponen:

- En primer lugar, la relación afectiva con Federico García Lorca, pues la correspondencia que mantuvo con el poeta contiene expresiones que desbordan lo admitido para una relación de amigos. Así se comprueba en la correspondencia que mantuvieron durante años, publicada en “Querido Salvador, querido Lorquito: Epistolario 1925-1936” (Fernández, V. y Santos Torroella, R. 2013).

- La afirmación de Lorca de que el pintor experimentaba erección con ciertos contactos físicos: tan solo metiéndole un dedo por el culo el pene se le levantaba (Piñeiro, R. 2020).

- Los intentos de Lorca de sodomizarle, que sugieren la existencia de contactos físicos previos. En el segundo intento ocurrido tras una segunda permanencia de Lorca en Cadaqués, en 1927, y éste escribió una carta a Dalí, desde Barcelona, en el camino de regreso a Granada donde afirmó:

me he portado como un burro indecente contigo que eres lo mejor que hay para mí. A medida que pasan los minutos lo veo claro y tengo verdadero sentimiento. Pero esto solo aumente mi cariño por ti y mi adhesión por tu pensamiento y calidad humana (Gibson, I. 1997.)

La frase me he portado como un burro, hace creer en una segunda tentativa de Lorca de poseer a Dalí, y surge esta segunda tentativa porque Lorca estaba convencido de la disposición de su amigo al acto sexual.

- Apoya también esta tesis el trato que mantuvo con el homosexual Carlos Lozano, un joven colombiano, de aspecto andrógino, que entró a formar parte de su camarilla a partir de 1969, con motivo de la representación de “Hair”. Lozano reconoció que a Dalí le gustaban los tipos andróginos, angelicales, muchachos afeminados; ver un pene erecto en un cuerpo afeminado era lo que le gustaba (Gibson, I. 1997).

Afirmaciones del propio Dalí:

Federico, como todo el mundo sabe, estaba muy enamorado de mí, y probó a darme por el culo dos veces, pero como yo no soy maricón y me hacía un daño terrible, pues lo cancelé en seguida y se quedó en una cosa puramente platónica y en admiración (Mancebo, A. 2019).

La obsesión hacia Hitler no ha sido muy discutida, quizá porque el propio artista la trató de reprimir y fue en 1975 cuando declaró:

Lenin y Hitler me excitaban al máximo. Hitler más que Lenin, por supuesto. Su espalda regordeta, sobre todo cuando la veía aparecer en su uniforme con cinturón y su tahalí de cuero que apretaban sus carnes, suscitaba en mí un delicioso estremecimiento gustativo de origen bucal que me conducía a un éxtasis wagneriano. Soñaba a menudo con Hitler como si se tratara de una mujer. Su carne, que imaginaba blanquísima, me seducía. (...) Hitler encarnaba para mí la imagen perfecta del gran masoquista que desencadenaba una Guerra Mundial por el solo placer de perderla y de enterrarse bajo las ruinas de un imperio (Limón, M. 2017).

Hay pinturas que expresan su tendencia homosexual, tales como El cuadro “Dos adolescentes” y otros en los que se observa una verdadera obsesión por el amigo.

El dibujo realizado por García Lorca titulado “El beso” representa las cabezas de Lorca y Dalí, unidas en un beso, expresión, para muchos de la relación que los unía.

Contradice esta tesis los datos siguientes:

Dalí de niño tuvo juegos y actividades que compartía con amigos y compañeros; el fútbol, por ejemplo, le entusiasmaba y tenía por ídolos a futbolistas profesionales.

A partir de los 15 años tuvo amistades con chicas y con algunas de ellas refirió haberse enamorado. De todo ello se hablará más adelante. Especialmente contradice este criterio su enamoramiento con Gala y su vinculación con ella hasta la muerte.

Tesis 2. Dalí fue un asexual.

Se fundamenta esta tesis en la creencia generalizada de cuantos tuvieron amistad o cercanía con el pintor de que jamás tuvo relación sexual ni con hombres ni mujeres, a pesar de los muchos modelos, masculinos y femeninos, que posaron desnudos para él. Muchos fotografías que pasaron por Portlligat tienen imágenes de modelos desnudas en el taller o en el jardín. Ninguna ha admitido nunca relaciones sexuales con Dalí (Playà Maset, J. 2017).

La práctica masturbatoria, actos sexuales sin participación de personas y la realización de parafilias es reconocida en muchos asexuales (Lori A. Brotto, LA, Gail Knudson, Jess Inskip y K. Rhodes, 2009. Bogaert, 2012. M.A. Yule, I.A. Brotto y B.B. Gorzalka, 2016), y el anecdotario de Dalí en este aspecto es amplio y muy conocido. El voyeurismo seguido de masturbación era práctica muy usual en el pintor, un poco de voyeurismo, acompañado de masturbación, me es suficiente (Piñeiro, R., 2020). De una época temprana el mismo pintor confesó que espiaba a una mujer cuando orinaba en el campo y esta curiosidad no estaba exenta de un componente libidinoso. (Gibson, I, 1997).

Se observan abundantes temas eróticos expresivos de cierta obsesión del pintor por la masturbación. “En Aparato y mano” (1927), la mano enrojecida, eléctrica, fea y como mal pintada, Dalí refleja actividades onanísticas aborrecidas. Su conocido óleo “El gran masturbador” (1929) es, en este sentido, una obra paradigmática: el saltamontes pegado a la cara metamorfoseada del pintor y una cara de mujer que aproxima sus labios a los genitales de un hombre puesto de pie, con clarísima alusión a la felación. En el “El juego lúgubre” hay abundantes figuras extrañamente entremezcladas, donde se perciben nalgas de féminas, una cara, penes, vulvas, una langosta, un hombre con heces en los pantalones. Destaca una estatua de hombre que extiende un gran brazo y mano sobre el pedestal y se tapa la cara con la otra mano, puede ser interpretada como símbolo de la masturbación y el sentimiento de culpa posterior.

La actividad voyerista la mantuvo Dalí a lo largo de los años. Hay documentos sobre coitos presenciados por el pintor en jardines de Madrid, cuyo recuerdo lo mantenía en su mente para acudir pronto a su casa y delante del espejo masturbarse.

En Port-Lligat a finales de los sesenta Dalí llevaba a su estudio a chicas jóvenes y con el pretexto de dibujarlas las invitaba a posar desnudas para masturbarse detrás del caballete.

El pintor Carlos Lozano, ya mencionado, un hippie gay, que en los años setenta entró en el círculo familiar daliniano, aseguraba que un gran deleite para el pintor consistía en persuadir a un mozuelo de que se bajase los pantalones y se masturbara. Su conclusión es rotunda: “Dalí era un voyeur, un masturbador, un perverso” (Playà Maset, J. 2017). Esta actividad voyerista la mantuvo Dalí a lo largo de los años.

Luís Duran, dueño del restaurante de Figueras que frecuentaba Dalí, anotó muchas anécdotas ocurridas a lo largo de los años. Un día pidió que le acompañaran a la Torre Vasca, un local de prostitución elegante, una especie de villa rodeada de un jardín, alejado del centro de la ciudad. Quien fue con él refirió que:

Dijo a las chicas que se desnudaran y se pasearan delante de él y este con el bastón que siempre traía les iba haciendo cosquillas en los pelos del sexo mientras con la otra mano se masturbaba. (Playà Maset, J. 2017).

La “madama” barcelonesa Sra. Rius en varias ocasiones ha recordado el siguiente y sorprendente suceso: Vino (Dalí) con tres rubias suecas y le trajeron un pato vivo. Le cortó el cuello e introdujo su miembro en el ano del pato (Piñeiro, R. 2020). Un acto insólito de zoofilia que ha causado asombro a cuantos lo han conocido.

Tesis 3. Dalí fue un heterosexual impotente.

Además de su romance con Carmen Roget Pumerola, ya referido, otros episodios de su juventud hablan de su heterosexualidad:

En Molí de la Torre, Dalí con tan solo 12 años, tuvo ocasión de conocer a una jovencita de 16 años llamada Julia, que estando dormida le inspiró el deseo de tocarle los pechos y al hacerlo ella despertó y se sonrió, mientras él enrojecía como un tomate (Gibson, I. 1997). Ella pudo haberse enfadado y no lo hizo, porque interpretó el acto como una caricia, más que una obscenidad.

El pintor desde la adolescencia mostró interés por las chicas; tuvo amigas con las que salía de paseo e iba al cine. La primera de ellas llamada Estela, compañera de la Escuela Municipal de Dibujo, a la que le dedicó un poema y por la que sentía celos al saber que un militar la cortejaba.

El idilio con Carmen Roget Pumerola.

En Cadaqués (verano de 1922), al despedirse, antes de marchar a Madrid Dalí escribió para Andrea, una muchacha que le enamoró:

Y a ti, nena, que sabes mirar como una estatua gótica, a ti que eres joven y tienes dos pechos como dos frutas bajo tu vestido blanco, a ti que tal vez sabes que me gustas y que te amo, a ti también ¡Adiós! (Gibson, I. 1997).

Salvador Dalí no solo experimentó la atracción sexual hacia Gala, sino que sucumbió al enamoramiento como fenómeno psíquico.

Victor Fernández (2020) recoge unas afirmaciones de Luis Buñuel, de su “Mi último suspiro”, en el que el cineasta lamenta el cambio experimentado por Dalí al enamorarse de Gala. De la noche a la mañana Dalí ya no era el mismo. Toda concordancia de ideas desapareció entre ellos, hasta el extremo que Buñuel renunció a trabajar con él en el guion de “La edad de oro”. No hablaba más que de Gala, repitiendo todo lo que decía ella. Verdaderamente, experimentó una transformación total.

Para Dalí, Gala fue desde el primer instante de conocerla su “otra mitad”, su alma gemela, la persona cuya llegada siempre había sentido. Resistió la presión familiar para que rompiera con ella y declaró románticamente: Yo la quiero (a Gala) más que a mi madre, más que a mi padre, más que a Picasso. ¡Incluso más que al dinero! (Dalí, S. 2017). En otra ocasión, en una entrevista para RTVE (1977), para explicar por qué no tenía amigos, afirmó:

Toda mi pasión está en el amor que siento por Gala y no tengo sitio para más (...) La pasión por Gala fue instantánea [...] fue un amor completo, intenso y duradero.

Dalí experimentó con Gala por primera vez en su vida, quizás la única vez, no solo el fenómeno del enamoramiento sino también una emoción erótica hasta entonces nunca sentida; en uno de los paseos matinales, en el inicio del romance, se besaron y de este recuerdo él declaró:

Besé sus labios que se entreabrieron. No había besado así, profundamente, e ignoraba que pudiera hacerse. De un solo impulso, todos mis parsifales eróticos despertaron bajo las sacudidas del deseo en mi carne durante tanto tiempo tiranizada” (Piñeiro, R., 2020).

Esta tesis la rechazan quienes arguyen que Gala fue para Dalí, más que esposa su musa, una gran empresaria que supo promocionar la obra de su marido por países como USA, Inglaterra, Francia y España, además de servir como modelo en múltiples cuadros y colaborar con él en algunos de sus obras que llevaron la firma doble Gala-Dalí.

Hoy es aceptado casi con unanimidad que Dalí fue impotente a lo largo de toda su vida. Apoya esta tesis:

La afirmación de la cantante y modelo Amanda Lear, que con anterioridad había sido Alain Tapp y está considerada uno de los primeros transexuales operados. A finales de los sesenta se convirtió en acompañante habitual del pintor, cuando Gala se marchaba en compañía de algún gigoló. Amanda —que nunca reconoció su antigua identidad— negó todo tipo de contacto físico con Dalí y declaraba:

Gala y yo no lo compartíamos (a Dalí). Dalí no tenía relación sexual alguna porque era impotente. Decía que los genios no deben reproducirse: “¿Te imaginas al hijo de Miguel Ángel conduciendo un taxi?” Con Gala, vivía un amor cerebral. Sin ella, estaba perdido. Y ella lo aceptaba todo de él (Espínola, JT. 2018).

En el mismo restaurante ya citado, hubo, en otra ocasión, una cena en la que coincidieron el escritor Josep Pla y Salvador Dalí. Como era habitual, Dalí hizo sentar a su lado a una chica joven, rubia, de pelo largo, una ginesta, como las llamaba; le colgó unas cerezas en la oreja y empezó a hablar de la forma de su trasero, pero no pasó de ahí (Espínola, JT. 2017).

Se puede afirmar, puesto que estaba muy divulgado entre los allegados, su impotencia sexual, todo el mundo sabe que eres un impotente de toda la vida, le echaba en cara Josep Pla (Playà Maset, J. 2017). No obstante, conocer la intimidad Gala-Dalí es algo que quedará para siempre en el misterio.

Tesis 4. ¿Fue Dalí un bisexual?

Es posible pensar en esta posibilidad, dada la preferencia del pintor por tipos de aspecto andrógino, tal y como ha quedado dicho, y quedó reflejado en algunos de sus cuadros. Pero, es tesis poco sólida porque su preferencia por hombres afeminados expresa el gusto por la mujer, pero mujer con pene erecto, esto es, una conjunción de la “simple atracción” hacia lo femenino, con la excitación genital: el componente fálico. Por otra parte, no se ha conocido en Dalí relaciones sexuales, ni con hombres ni mujeres.

IV. PROPUESTA DE CONTEMPLAR LA SEXUALIDAD DE DALÍ A PARTIR DE SU “ATRACCIÓN SEXUAL NO LIBIDINOSA”

Ninguna de las tesis anteriores resulta concluyente ni contempla todos los aspectos de la sexualidad del pintor. Por eso se propone estudiar su sexualidad, al igual que la de cualquier otra persona, teniendo en cuenta la subdivisión de Mora JM (2023) hecha en la atracción sexual, distinguiendo la “simple atracción sexual” y la “atracción sexual libidinosa” que se identifica con el

deseo (Kaplan, H. 2011. Levine, SB. 1987. Lacalle, P. 2000).

Ha de entenderse por “simple atracción erótica” la complacencia que se experimenta ante la contemplación de una persona a causa de sus elementos sexuales, psíquicos y somáticos. No por su belleza, ingenio, simpatía, inteligencia, sabiduría, etc., que también hacen atractiva a una persona, pero de una forma ajena a la sexualidad. De una persona conocida, atractiva especialmente por su llamativo erotismo se dice que tiene sex appeal.

En esta “simple atracción sexual” no hay deseo, pero sí interviene la sexualidad; en primer lugar, porque la persona que experimenta la atracción dispone de capacidad sexual para experimentarla. Capacidad que puede ser mayor o menor, o incluso nula, según los individuos. Un niño/a, por ejemplo, por su inmadurez no tienen capacidad para experimentarla, que alcanzará llegada la pubertad. En segundo lugar, porque la complacencia que se experimenta se debe a los rasgos físicos y psíquicos sexuales que posee el objeto de la atracción. Un niño/a no tienen cualidades para ser objetos de atracción. El deleite erótico o “gustar” sexual reclama, cuando las circunstancias lo permiten, la “aproximación” física y atemperada de dos personas, que sin necesidad de contacto corporal disfrutan de sus encantos hablando y mirándose a los ojos. A veces, hombres y mujeres por estas sensaciones junto a fenómenos psíquicos acompañantes (que no es del caso describir), se enamoran y afirman sentirse felices junto al ser amado, sin que existan necesariamente aspiraciones a deleites carnales. Gusta la mujer por sus anchas caderas, cintura estrecha (Ramírez, E y al. 2015), pechos redondeados. Le gusta a la mujer el hombre por su tronco en triángulo invertido y demás rasgos físicos y psíquicos.

En la “atracción sexual libidinosa” la persona que atrae despierta el deseo, entendiendo por tal la “energía psicobiológica que precede, acompaña y tiende a producir comportamiento sexual” (Levine, SB. 1987). La energía libidinosa del deseo, en busca de su satisfacción, se centra en alguien, sea hombre o mujer. Estas personas constituyen lo que Levine SB (1987) denominaba el motivo (“motive”) del deseo. Lo más frecuente es que una persona que inicialmente provocó en otra “simple atracción sexual”, pasado un tiempo, o incluso desde un principio, provoque también “atracción libidinosa”.

Aplicando a Dalí estos conceptos se plantea la sexualidad de Dalí estudiando su “atracción sexual no libidinosa”, y su “atracción libidinosa” o deseo. A estas dos coordenadas se añade otras dos para completar los elementos básicos que entran en toda realización sexual (Kaplan, H.): la excitación sexual y el orgasmo.

A. “Atracción no libidinosa”,

B. “Atracción sexual libidinosa” o deseo.

C. Estímulos preferentes que provocaban excitación genital.

D. Forma de conseguir el orgasmo.

A. Ante la pregunta sobre si Dalí sentía “simple atracción” hacia la mujer la contestación es que hay datos suficientes para afirmar que sí, por hechos ciertos de su biografía más otras deducciones de sus pinturas. Hay abundantes datos, ya expuestos, que muestran una “simple atracción sexual” en el pintor, dirigida hacia la mujer y no hacia el hombre.

B. Sobre el tipo de personas que le provocaban deseo, esto es, “atracción sexual libidinosa”, la respuesta es que Dalí no experimentó este tipo de atracción. La atracción sexual hacia la mujer quedaba en simple complacencia, que en una ocasión por su intensidad le provocó enamoramiento, pero en ningún momento ni su esposa, ni ninguna otra mujer se revistieron a sus ojos de libido; no fueron “objetos” para, mediante los actos sexuales propios, descargar en ellos las apetencias propias del deseo. Esta es, sin duda, la más importante peculiaridad de la sexualidad del pintor: que su “atracción sexual libidinosa” fue impersonal. Sus deseos eróticos no se referían a personas sino a situaciones, imágenes, visiones, imaginaciones. Contenidos todos ellos incapaces para una unión física impelida por la fuerza del erotismo. Sin posibilidad de unión con un ser humano, la incompleta sexualidad de Dalí se limitaba a buscar aquellos estímulos excitantes de la sexualidad que le conducían al orgasmo. Estímulos para la excitación y orgasmo que junto a la “atracción simple” y la “atracción libidinosa” constituyen los cuatro pilares del esquema que sirve, aplicado individualmente, para plasmar la sexualidad de cualquier persona.

C. Lo que excitaba al pintor y conducía al orgasmo mayormente eran imágenes de personas en actos sexuales, fueran reales (en vivo), en fotografías o en su imaginación. Le excitaban especialmente escenas de sexo, autoeróticas o en parejas heterosexuales.

D. El orgasmo. En sus prácticas sexuales, Dalí llegaba al orgasmo, generalmente mediante masturbación.

La aplicación de este esquema permite un retrato de la personalidad en la vertiente sexual, que al estar constituido por cuatro factores permite comprobar su interrelación lógica. Se comprueba la insuficiencia seguida hasta ahora de etiquetar a todo individuo por su orientación sexual. Es erróneo afirmar que Dalí fue un homosexual, porque ha quedado demostrada su “atracción simple” hacia la

mujer. De igual forma, considerarle heterosexual tampoco es correcto porque su “atracción libidinosa” no se fijaba en las mujeres. Considerarle un asexual no encaja con su clara “atracción simple” dirigida a la mujer. En cambio, el conjunto de estos factores permite comprender la “personalidad sexual” a nivel individual y en su relación con los demás. Una definición exacta de la sexualidad del pintor solo se consigue enunciando el resultado de los cuatro factores mencionados:

- atracción simple: heterosexual (Una puntualización que expresara el grado, por ejemplo, de 0 a 10 exigiría la aplicación de un cuestionario específico).
- Atracción libidinosa: hacia las personas fue nula.
- Excitación sexual: mediante visualizaciones, preferentemente de realizaciones autoeróticas o heterosexuales.

Orgasmo: por propia masturbación.

V. EPÍLOGO

¿Dalí no podía realizar el ayuntamiento carnal, o más bien en el fondo, en su inconsciente, no quería realizarlo? Esta es la cuestión. Hay que inclinarse por lo segundo, porque Dalí no solo rehuyó la coyunda sino todo lo que fuera contacto físico con el tú. Dalí tenía una personalidad muy definida que ya desde su primera juventud se hizo patente para cuantos le trataban. Era histriónico, porque precisaba acaparar la atención sobre su espléndida persona, mediante su atuendo, excentricidades y afirmaciones rimbombantes. Hay que recordar la educación recibida, que sin duda contribuyó a sentirse el centro de las atenciones de todo el mundo. Por su narcisismo y enormes ansias de gloria y prestigio; necesitaba que su yo se encumbrara al verse admirado y apreciado por los demás. Su pene que juzgaba pequeño y triste echaba por tierra su necesidad de ser admirado, y por eso se imponía esconderlo al juicio ajeno. Imaginar que en un acto sexual pudiera fracasar debía horrorizarle más que ninguna otra cosa.

Era, igualmente, egocéntrico y su yo importaba por encima de cualquier cosa o persona; un afán desmedido de preservar la integridad de su cuerpo surgía ante la posibilidad de un contagio u oscuro peligro escondido en las ciegas fuerzas del instinto. Razón más que suficiente para evitar ciertas prácticas sexuales.

Él no vivió para los demás, sino para sí mismo, ni siquiera fue capaz de ayudar económicamente a su amigo Luis Buñuel, cuando pudo hacerlo sin mayor sacrificio. Estaba incapacitado para salir de sí y participar del placer compartido con un tú. La sexualidad fue para él un medio de alcanzar placer que no precisaba de nadie en absoluto. Ciertamente sintió la atracción erótica hacia la mujer, y

de forma muy especial hacia Gala, pero era una atracción alicorta que se satisfacía con la simple contemplación y vida compartida. Su persona en todo momento había de quedar por encima y al margen de toda unión innecesaria, y menos aún si la mezcolanza suponía un penetrar en la intimidad de las intimidades. Con su estéril y embebido autoerotismo sobraba todo lo demás.

Es interesante comprobar esta correspondencia que se muestra entre el perfil de la “personalidad sexual” de Dalí y ese otro de su personalidad global, determinada por un somero estudio. Efectivamente, su peculiar espectro sexual que no queda acotado por una simple etiqueta permite establecer esta relación con la personalidad que expresa la unidad de la persona humana en todas sus dimensiones.

Se comprueba finalmente la estrecha relación de la sexualidad de Dalí, estudiada de una forma global, con los rasgos más llamativos de su personalidad, lo que, sin duda, puede ser también interesante para ser aplicado a otras personas.

VI. CONCLUSIONES

Al ser la sexualidad una dimensión compleja de todo ser humano resulta insuficiente una definición de cada hombre y mujer en su faceta sexual únicamente por su atracción sexual determinante de su orientación sexual, porque la atracción sexual es un concepto impreciso, tal y como hasta ahora se viene usando, y su uso entraña no pocas confusiones.

Un ejemplo de las controversias que surgen en ocasiones debido al empleo del ambiguo concepto de atracción sexual se encuentra en el caso del pintor Salvador Dalí, cuya personalidad desde el punto de vista sexual ha sido calificada de forma diferente por aquellos que se han detenido a estudiarla.

En este estudio se comprueba la utilidad de subdividir la atracción sexual en dos tipos, siguiendo la propuesta de Mora (2023): “atracción simple” o no libidinosa y “atracción libidinosa”. La primera aparece múltiples veces en la vida de hombres y mujeres sin ir acompañada necesariamente de libido o energía psicobiológica que impele a un acto sexual. La segunda está íntimamente relacionada con el deseo, que fue incorporado por Helen Kaplan, junto a la excitación y el orgasmo a toda realización sexual.

La aplicación a la sexualidad de Dalí de esta subdivisión resulta muy positiva en cuanto permite comprender y definir exactamente su personalidad sexual, que aún se completa más si se estudian los estímulos excitantes de su genitalidad y el modo de llegar al orgasmo. Se establece de esta forma un esquema de cuatro factores que permite confeccionar fielmente el cuadro sexual de todo individuo.

Disponer de un espectro sexual, de una determinada persona, tal y como aquí se plantea, permite su comprensión si se relaciona con los rasgos más llamativos de su personalidad, sus conflictos psíquicos y los hechos más significativos de su vida. El caso de Dalí también resulta paradigmático en este aspecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bogaert AF. (2012). Asexuality and autochorissexualism (identity- less sexuality). Arch Sex Behav. 2012;41(6):1513-4.
2. Brotto L, Knudson G, Inskip J, Rhodes, K. Asexuality: A Mixed-Methods Approach. Arch Sex Behav 2009; 39(3):599-618 [Consultado: 18-9-23]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/23663511_Asexuality_A_Mixed-Methods_Approach. doi: 10.1007/s10508-008-9434-x
3. Dalí, S. (2009). Diario de un genio. Ed. de Barcelona. Tusquest editores. P 20.
4. Ibid. P 217.
5. Espínola, J.T. Amanda Lear: Musa, Amante y Confidente de Dalí. Rev. La pluma de oro. 18 mayo, 2018. Consultado :14.9.21. Disponible en: <https://laplumadeoro.com> > 2018/05/18 > amanda-lear-...
6. Fernández, V. y Santos Torroella, R. (2013). Querido Salvador, querido Lorquito: Epistolario 1925-1936. Madrid. Elba.
7. Fernández, V. 2020. El verano en el que Buñuel quiso matar a Gala. Consultado el 3- X-23. Disponible en: <https://www.larazon.es> > Cataluña. El verano en el que Buñuel...
8. Gibson, I. (1998). La vida desaforada de Salvador Dalí. Barcelona. Ed. Anagrama. P 113.
9. Ibid. P 114.
10. Ibid. P 565
11. Ibid. P 227.
12. Ibid. P 668.
13. Ibid. P 68.
14. Ibid. P 86-7.
15. Ibid. P 116.
16. Ibid. P 129-30.
17. Kaplan, H.S. (2011). Manual ilustrado de terapia sexual. Barcelona. Random House. P 13.
18. 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.
19. Levine, S.B. (1987). Cit.
20. Limón, M. (2017). La obsesión sexual que Salvador Dalí tenía con Hitler. Diario EL MUNDO. Consultado: 18-9-23. Disponible en: <https://lifeandstyle.mx> > mundo > 2017/04/05 > la-obsesion-sexual-que-sal...
21. Mancebo, A. (2019). Cadaqués: donde Dalí y Lorca casi dan un paso más. Diario EL MUNDO. Consultado el : 18-9-23. Disponible en: <https://www.elmundo.es>. Azucena s. Mancebo. (18 ago. 2019). Cadaqués...
22. Piñeiro, R. (2020). Celos, complejos sexuales e infidelidades consentidas: La boda de Salvador Dalí y Gala. Rev Vanityfair. 18 de abril de 2020. Consultado el 18-9-23. Disponible en: <https://www.compendionoticioso.com> > La boda de...
23. Playà Maset, J. (2017). La vida erótica de Dalí. Consultado el 17-9-23. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com> > la-vida-erotica-de-dali.
24. 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,...
25. Yule MA, Brotto LA, Gorzalka BB. Sexual fantasy and masturbation among asexual individuals. Arch Sex Behav 2017 Jan; 46(1):311-28. doi: 10.1007/s10508-016-0870-8.

REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

Afectaciones en el desarrollo psicosexual de niños y niñas hospitalizados

Psychosexual development impairments in hospitalized boys and girls

Ruiz Revert M (1), Bustamante Bellmunt J (2)

1- Doctora en Ciencias de la Educación. Máster en Psicología Clínica y Sexología. Universidad Cardenal Herrera CEU-Elche (Alicante).

2- Licenciado en Psicología. Máster en Psicología Clínica, Sexología y Terapia Integradora. Centro de Psicología José Bustamante. Elche (Alicante)

INTRODUCCIÓN

En España el fueron hospitalizados durante el año 2021 un total de 458.617 niños y jóvenes de entre 0 y 24 años. Atendiendo a esta realidad, es necesario atender a las necesidades que derivan de las consecuencias que sobre los infantes tiene la aparición de una enfermedad que requiere de ingreso hospitalario, especialmente aquellas estancias que denominamos de media y larga estancia, puesto que de las consecuencias subyacen alteraciones de índole cognitivo, afectivo y social entre las que se encuentran las afectaciones en el desarrollo psicosexual de los niños y niñas hospitalizados. Afectaciones sobre las que versa el presente trabajo de investigación.

De un modo más concreto, se aportan los datos estadísticos que reflejan el volumen de ingresos hospitalarios y la estancia media de esos ingresos en España en el año 2021 (Instituto Nacional de Estadística) y se resumen en las tablas que presentamos a continuación.

En la tabla 1 se presentan los datos de la **Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH)** correspondiente al año 2021. Su principal objetivo consiste en conocer la estructura de la morbilidad hospitalaria, es decir, de las personas enfermas que han ingresado en los hospitales

nacionales por grupo de edad en España. En esta primera tabla presentamos todos los grupos de edad para tener una visión global del número de personas que son ingresadas en nuestro país en el año 2021.

Tal y como se puede observar en la tabla 1, en el año 2021 se produjeron en España un total de 4.486.641 ingresos. De ellos, casi medio millón corresponden a niños y jóvenes de entre 0 y 24 años.

Siguiendo con el análisis de los datos referentes al número de hospitalizaciones en nuestro país, a continuación, presentamos en la tabla 2 la estancia media de los ingresos hospitalarios en España según la edad del paciente en niños y jóvenes de entre 0 y 24 años.

Una vez presentados los datos cuantitativos de los ingresos hospitalarios de niños y jóvenes entre 0 y 24 años en nuestro país en el año 2021, es necesario atender a la definición que la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1960) aporta sobre el término salud siendo esta “el estado completo de bienestar físico, mental y social”. Es por ello por lo que la salud ha dejado de concebirse como la mera ausencia de enfermedad, haciendo imprescindible entenderla desde una perspectiva multidisciplinar y como un proceso multicausal. De esta definición subyace la necesidad de velar por la atención integral del paciente, más si cabe cuando nos encontramos con la circunstancia de que quien enferma es un niño y la atención al desarrollo psicosexual de los niños y niñas hospitalizados es un tema muy poco estudiado en la actualidad en nuestro país.

Desde nuestra perspectiva y de acuerdo con Prendes (2011, p.6), un hospital “constituye una institución social en la que se conjugan en una sola organización todos los sistemas de acción que deben contribuir a la mejora de las condiciones del enfermo y su enfermedad, ya que las

CORRESPONDENCIA:

Marta Ruiz Revert

Calle Celia Lozano, 18-bajo-1
Elche (Alicante)
marta.ruiz@uchceu.es

Tabla 1. Ingresos hospitalarios producidos por grupo de edad en el año 2021 en los hospitales del ámbito nacional

Edad	Nº Ingresos	Edad	Nº Ingresos
≤1 año	106.930	25-34 años	366.662
1-4 años	67.606	35- 54 años	947.179
5-14 años	103.852	55 – 74 años	1.381.316
15-24 años	180.229	75- +90 años	1.332.867

Fuente: elaboración propia a partir de los datos consultados en el Instituto Nacional de Estadística.

Tabla 2. Estancia media de los ingresos hospitalarios en España según la edad del paciente en niños y jóvenes de entre 0 y 24 años en el año 2.021

Estancia media en días	≤1 año	1-4 años	5-14 años	15-24 años
de 1 a 30 días	5.19	3.24	3.27	3.56
de 31 días a 6 meses	50.03	43.12	45.86	51.96
+ de 6 meses a 1 año	0	0	0	243.62
+ de 1 año	0	0	0	730.30

Fuente: elaboración propia a partir de los datos consultados en el Instituto Nacional de Estadística.

Tabla 3. Miedos más frecuentes en la población infantil hospitalizada	
Miedo a	Condicionado por
Situación nueva que no controlan y a la soledad	Edad del niño hospitalizado y la actitud familiar.
Tratamientos, secuelas y efectos secundarios	Tiempo de hospitalización.
La muerte	La patología y su diagnóstico.

Fuente: adaptado de Carrasco (2008, pp. 79-80).

carencias en las que desemboca una atención inadecuada pueden desembocar en una situación problemática a largo o medio plazo”. Por tanto, las actuaciones que se dirijan a pacientes pediátricos deben atender a sus necesidades desde un enfoque integral, procurando en todo momento dar respuesta a estas de manera globalizada. Se trata, por tanto, de actuaciones que bien por no ser competencia directa del personal sanitario, bien por no ser objeto directo de la actuación médica, suelen quedar sin atender por el servicio hospitalario.

Y es aquí donde el análisis de las afectaciones psicosexuales de los menores hospitalizados y su debida atención debe cobrar especial atención, puesto que el entorno físico del hospital y sus características no suelen favorecer la adaptación temprana de los enfermos a ese nuevo contexto. No debemos obviar que tal y como

afirman autores como Bustamante, et al. (2022), la infancia y la adolescencia son etapas sensibles llenas de cambios físicos, emocionales y cognitivos. Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia transcurre entre el inicio de la pubertad (entre los 10 y 14 años) y el final de esta que acostumbra a darse entorno a los 19 años. A pesar de que nuestro cuerpo es sexuado desde el mismo nacimiento, es la llegada de la pubertad y el inicio de la adolescencia la que supone cambios sustanciales en relación a la sexualidad de los menores. Y es que es en la adolescencia donde aparece una mayor motivación sexual, más excitación, deseo, atracción y tendencia al enamoramiento, aumentando al tiempo los pensamientos románticos y las fantasías sexuales. Esta etapa de despertar sexual es también una etapa de desarrollo que condicionará en gran medida la adquisición de una serie de creencias y valores sobre la sexualidad que a su vez determinará la forma en la que el sujeto se perciba a sí mismo como ser sexuado. El auto permiso para sentir y buscar placer, la aceptación del propio cuerpo, el respeto a uno mismo y a los demás, son solo algunos de los conceptos básicos que se adquieren en esta etapa.

Por ello, los niños y adolescentes con enfermedades crónicas se enfrentan a tratamientos cuya duración se estima a largo plazo, desconectando de la inmediatez que exigen las enfermedades agudas y planteando intervenciones que “vayan encaminadas a optimizar la futura rehabilitación y readaptación del paciente” (González-Simancas y Polaino-Lorente, 1990, p.34).

Resaltamos también las aportaciones de autores como Scher y Mayseless (2000) quienes han sabido trasladar mediante sus investigaciones, que más allá del cuidado clínico necesario ante una patología, se debe tener en cuenta el sentimiento del menor ante el ingreso, focalizando la atención en ayudarlo en esta área.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando una enfermedad que requiere de un ingreso hospitalario de media o larga estancia irrumpe en la vida de un menor, se quiebra la dinámica vital tanto del paciente como de sus familiares más allegados, particularmente de los padres y hermanos. Consecuencia directa de esta ruptura son las influencias lesivas que tiene sobre la salud mental de los mismos un proceso de hospitalización. Ya en los años 40 del siglo pasado, Spitz, (citado en Serradas, 2008) acuñó el término hospitalismo para denominar las consecuencias negativas derivadas de la hospitalización.

En el momento en el que una enfermedad irrumpe en la vida de un niño y éste se ve obligado a ingresar en un hospital, todo su “mundo cambia” y se ve alejado de

Tabla 4. Alteraciones emocionales derivadas de la hospitalización infantil	
Pérdida de autoestima	Angulo (2009)
Desmotivación	Guillén y Mejía (2002); Lizasoáin (2003)
Pérdida de autocontrol	Serradas et al. (2002), Polaino-Lorente (1996); Grau y Ortiz (2001);
Incertidumbre	Serradas et al. (2002); Grau y Ortiz (2001);
Pérdida de autonomía	Serradas et al. (2002); Grau y Ortiz (2001);
Ansiedad	Martínez (2006); Serradas et al. (2002), Fernández y López (2006); Pedroche, et al (1998); Sierrasesúмага (1996); Guillén y Mejía (2002); Grau y Ortiz (2001); Lizasoáin (2003); Muñoz (2013); López (2006); Lizasoáin y Ochoa (2003)
Estrés	Fernández y López (2006); Pedroche, et al. (1998); Lizasoáin (2003); Ortigosa y Méndez (2000); Ortiz (2001); Muñoz (2013); Ortiz (2001);
Angustia	Fernández y López (2006); Guillén y Mejía (2002); Ortiz (2011)
Temores	Fernández y López (2006); Guillén y Mejía (2002); Lizasoáin (2000); López (2006); Carrasco (2008);
Depresión	Fernández y López (2006); Lizasoáin (2003)
Alteraciones emocionales	
Miedo	Pedroche, et al. (1998); Carrasco (2008); Sierrasesúмага (1996); Lizasoáin (2003); Fernández y López (2006); Quiles, et al., (2000); Hernández González (2009); Lizasoáin y Ochoa (2003)
Pánico	Sierrasesúмага (1996)
Preocupación	Pedroche, et al. (1998)
Irritabilidad	Hernández González (2009)
Tristeza	Del Barrio y Mestre (1989); López (2006); Hernández González (2009); Lizasoáin y Ochoa (2003)
Apatía	Lizasoáin (2003); Fernández y López (2006)
Fuente: elaboración propia.	

Tabla 5. Alteraciones cognitivas derivadas de la hospitalización infantil	
Alteraciones cognitivas	Estudios
Déficit de atención	Fernández y López (2006); Lizasoáin (2003); Lizasoáin y Ochoa (2003)
Dificultad para concentrarse	Fernández y López (2006); Lizasoáin (2003); Lizasoáin y Ochoa (2003)
Incomprensión de la situación	Pedroche, et al. (1998)
Fuente: elaboración propia.	

sus amigos, rutinas, colegio, etc. A estas consecuencias debemos de sumar que un niño no posee las competencias necesarias para saber desenvolverse en un contexto extraño. Tal y como afirma Serradas (2008, p.60) “el niño necesita ayuda profesional técnicamente competente, esto le impone otra carencia, ya que no sabe lo que es necesario hacer ni cómo hacerlo. El paciente pediátrico puede pasar por una serie de situaciones complejas de ajuste emocional, al igual que su familia”.

No debemos olvidar que tradicionalmente, los centros hospitalarios eran concebidos por la mayoría de las publicaciones pediátricas como estructuras organizadas

alrededor del trabajo del personal sanitario, descuidando aspectos como alteraciones psicopatológicas y trastornos derivados de la organización arquitectónica y organizativa que imperaba en los hospitales. Actualmente existen numerosas investigaciones que afirman que para que la hospitalización sea lo menos traumática posible se debe de intentar que los pacientes, especialmente los niños, lleven dentro del hospital una vida lo más parecida a la de su ambiente natural posible (Cárdenas y López, 2006).

La hospitalización supone, por tanto, la permanencia de una persona en un medio desconocido. Supone igualmente estar separado de la familia, la ruptura con la

Tabla 6. Alteraciones comportamentales derivadas de la hospitalización infantil	
Alteraciones comportamentales	Estudios
Conductas inadaptadas	Del Pozo y Polaino Lorente (1999)
Conducta oposicionista	Fernández y López (2006); Lizasoáin y Ochoa (2003)
Agresividad	Fernández y López (2006); De Paz (1997); González-Gil y Jenaro (2002); Lizasoáin (2003); Lizasoáin y Ochoa (2003)
Trastornos del sueño	Fernández y López (2006); Hernández González (2009); Lizasoáin y Ochoa (2003)
Resistencia a los tratamientos	Fernández y López (2006); Lizasoáin (2003);
Trastornos del apetito	Fernández y López (2006); Hernández González (2009); Lizasoáin y Ochoa (2003)
Mutismo	Fernández y López (2006); Lizasoáin (2003);
Dependencia afectiva	Fernández y López (2006)
Respuestas de evitación	Fernández y López (2006)
Regresión	Sierrasesúмага (1996); Hernández González (2009); Del Barrio (1990); López (2006);
Fuente: elaboración propia.	

vida cotidiana, incertidumbre... y todo ello provoca en el paciente un deterioro emocional comúnmente asociado a una pérdida de autoestima. “El niño hospitalizado desayuna casi de noche y cena de día. Todo ha cambiado; el sueño, las comidas... El hospital muestra así un paréntesis en su vida” (Angulo, 2009, p.54).

Con la intención aportar información relevante en cuanto a las consecuencias que pueden derivar la hospitalización, referenciamos a Rodríguez Marín (citado en López, 2011) quien describe las siguientes:

Desfamiliarización (o extrañamiento tal y como apunta la autora). Hace referencia al ingreso del paciente en un medio que desconoce y del cual emanan emociones como el miedo.

- Ignorancia. En ocasiones el paciente no sabe o no puede expresar cómo se siente debido al sufrimiento padecido. Ello provoca en algunas ocasiones una falta de entendimiento con el paciente.
- Limitación de la movilidad. La estancia en un hospital delimita el espacio en el que el paciente puede moverse. Ello supone que el enfermo deba aceptar un nuevo espacio físico.
- Pérdida de intimidad y privacidad. En la mayoría de hospitales públicos, las habitaciones son compartidas por dos pacientes a los que es suma las respectivas visitas familiares. En ese contexto no existen horas ni espacios privados, convirtiéndose en muchas ocasiones las necesidades de higiene y las funciones corporales en públicas. El personal sanitario tiene acceso a la habitación en cualquier

momento y las circunstancias del paciente son conocidas, al menos, por todo el personal que lo atiende.

- Pérdida de control. Durante el ingreso hospitalario, el paciente pierde totalmente el control sobre los horarios y rutinas. Tal y como afirma la autora, las actividades están reglamentadas (horas de comida, aseo, descanso, visitas, etc.).
- Despersonalización. En muchos casos el paciente se convierte en un “objeto de asistencia” perdiendo sus atributos personales y llevando uniforme.
- Pérdida de la independencia. La persona hospitalizada pasa a depender forzosamente del personal de la institución.
- Información deficiente.

A las consecuencias derivadas de la hospitalización infantil debemos sumar las consecuencias derivadas de la aparición de la enfermedad pediátrica en sí, destacando, tal y como afirma Polaino-Lorente (1996, p.37) que la aparición de la enfermedad supone la quiebra de la continuidad en el sentido biográfico de la persona que enferma. El autor añade en sus estudios que “la enfermedad sitúa a quien la padece en un plano de indefensión”. Es por ello, por lo que la aparición de la enfermedad no supone únicamente un problema de salud. Es más, no somos conscientes de la vulnerabilidad del ser humano hasta que la enfermedad irrumpe en nuestras vidas (Weinstein, citado en Amigo, Fernández y Pérez, 2009).

Y es que las personas solemos planificar nuestra vida anticipándonos a los acontecimientos, pero cuando la enfermedad hace acto de presencia, los proyectos personales pueden verse truncados, total o parcialmente y por tanto “esa soltura vital de que se había gozado hasta ese instante se quiebra” (Polaino-Lorente, 1996, p.37). Y todo ello, supone en opinión del autor, una determinada pérdida de libertad en tanto en cuanto las elecciones quedan relegadas a terceros y la libertad pasa a ser una especie de libertad vigilada cuyos responsables son el propio paciente, los médicos, los familiares y los profesores de pedagogía hospitalaria.

Derivadas de las consecuencias que supone en el paciente pediátrico la hospitalización, surgen una serie de alteraciones psicoemocionales que vamos a desglosar en el apartado que nos ocupa. A modo introductorio destacamos que hemos realizado una clasificación que nos ayuda a diferenciar entre las alteraciones, emocionales, cognitivas y comportamentales y las hemos sintetizado en las tablas 4, 5 y 6 para su mejor comprensión, siguiendo con el modelo de Lizasoáin (2003, p.21) y aportando informaciones más recientes. La autora expone en sus estudios que las consecuencias negativas derivadas de la hospitalización infantil se pueden agrupar del siguiente modo:

- Alteraciones del comportamiento: agresividad, trastornos del sueño, del apetito, etc.
- Alteraciones cognitivas: déficit de atención, dificultad para concentrar, etc.
- Alteraciones emocionales: ansiedad, miedos, depresión, apatía, falta de interés, etc.

Estas alteraciones se agravan en muchos casos como consecuencia de la propia enfermedad, ya que el paciente puede sufrir malestar, cansancio, dolores, etc. Por su parte, Hernández y Rabadán (2013, p.171) afirman que “tal es el impacto que la enfermedad ocasiona en el niño, que un porcentaje significativo de los menores hospitalizados sufren algún tipo de trastorno emocional durante el ingreso, hospitalización e intervención quirúrgica” Así mismo, autores como Martínez (2006) afirman que alrededor del 35% de los pacientes pediátricos evidencian ansiedad durante su estancia en el hospital. Otros autores como Gutiérrez et al. (2008) estiman que entre el 50% y el 70% de los niños que tienen que someterse a una intervención quirúrgica experimentan elevados niveles de ansiedad y estrés durante su hospitalización.

Del Pozo y Polaino-Lorente (1999, p.187) afirman textualmente que “la alteración de los comportamientos, hábitos y el ritmo de vida del niño a causa de la enfermedad y posterior hospitalización suscitan cambios comportamentales importantes que, por su intensidad, pueden considerarse patológicos y con suficiente potencia

como para generar conductas inadaptadas en el futuro”.

Derivados de la enfermedad y de la hospitalización emanan el estrés, la ansiedad y la angustia. Todos ellos factores que suponen un fuerte impacto psicológico que se manifiesta a través de alteraciones cognitivas, tales como déficit de atención o dificultades para concentrarse; alteraciones emocionales tales como: ansiedad, temores, depresión o apatía y alteraciones comportamentales tales como: conducta oposicionista, agresividad, trastornos del sueño, resistencia al tratamiento médico, trastornos del apetito, mutismo, dependencia afectiva o respuestas de evitación (Fernández y López, 2006b). Asimismo, Del Barrio y Mestre (citados en Fernández y López, 2006b) afirman que, en los niños más pequeños, la hospitalización puede provocar llantos, ritmos alterados, inquietudes, problemas con las comidas, conductas regresivas y ansiedad por separación, mientras que en niños en edades comprendidas entre los tres y los doce años, suelen aflorar sentimientos de tristeza e incluso depresión. Autores como Quiles, Ortigosa, Méndez y Pedroche (1999) afirman que en la adolescencia afloran miedos como el propio miedo a la hospitalización, a la enfermedad y a sus posibles efectos.

Siguiendo con el análisis de las consecuencias negativas que sobre la psique del menor tiene la hospitalización infantil, autores como Carrasco (2008) recogen algunos de los miedos más comunes presentes en los niños hospitalizados. Presentamos en la Tabla 3 dichos miedos.

Autores como Hernández González (2009) consideran que la enfermedad pediátrica origina en el niño una serie de efectos directos como pueden serlo: malestar, inquietud, dolores generalizados, fatiga, irritabilidad, alteraciones del apetito y del sueño, etc. y efectos reactivos, tales como: regresión emocional y conductual, fantasías sobre cambios en su imagen corporal, tristeza, interpretaciones erróneas de la realidad, alteraciones de la adaptación social del niño, dificultades escolares, etc.

Estos efectos directos y/o reactivos surgen por la separación que el niño sufre de su medio familiar y su reubicación en un ambiente para él desconocido y extraño, por la pérdida de habilidades previamente adquiridas, incluso por el miedo a morir y al dolor.

Con la intención de clarificar la información aportada en este sub-apartado hemos elaborado 3 tablas (tablas 4, 5 y 6 las cuales resumen las alteraciones derivadas de la hospitalización infantil agrupándolas en 3 categorías: alteraciones emocionales, alteraciones cognitivas y alteraciones comportamentales destacando los estudios revisados para la elaboración del presente apartado. Ello no significa que otros autores no hayan destacado las alteraciones citadas en sus estudios, pero nosotros aludimos a los estudios que han sido revisados en nuestra investigación.

Presentamos a continuación en la tabla 5 las alteraciones cognitivas más comunes derivadas de la hospitalización infantil.

Siguiendo con los estudios revisados, presentamos en la tabla 6 las alteraciones comportamentales más comunes derivadas del ingreso hospitalario.

POSICIONAMIENTO DE LOS AUTORES

A tenor de los estudios revisados para la elaboración del presente artículo, no se han encontrado datos que aludan a las afectaciones que los menores que son ingresados en hospitales por periodos de media y larga estancia puedan sufrir en su desarrollo psicosexual. Teniendo en cuenta que tanto la infancia como la adolescencia son etapas de vital importancia en el desarrollo psicosexual de los niños y conocedores de las consecuencias emocionales derivadas de la hospitalización en estos, nos planteamos las posibles afectaciones en el desarrollo psicosexual de los niños y niñas hospitalizados.

A continuación, planteamos las previsibles alteraciones psicosexuales que derivan de las afectaciones psicoemocionales:

- Pérdida de autoestima.

La pérdida de la autoestima, se manifiesta entre otras cuestiones en la falta de confianza y seguridad. Estos elementos son esenciales para afrontar con mayor éxito los retos que plantea la adolescencia. La adolescencia exige adaptarse y aceptar una serie de cambios físicos, emocionales y sociales muy intensos. La desconfianza e inseguridad dificultan que el adolescente puede explorar su cuerpo, sus pensamientos, deseos e intereses nuevos y que si lo hace sea con miedo y vergüenza.

Por otro lado, la falta de autoestima en menores provoca que estos se vuelvan complacientes con los iguales y especialmente con las figuras de autoridad lo que les hace especialmente vulnerables tanto a sufrir abusos sexuales como a revelarlos una vez estos se producen.

- Pérdida de autocontrol y autorregulación emocional.

La pérdida de autocontrol y autorregulación emocional que algunos niños hospitalizados experimentan puede tener como consecuencia la mayor vulnerabilidad a la hora de experimentar conductas compulsivas y adictivas en torno a la sexualidad.

- Pérdida de autonomía (infantilización).

La pérdida de autonomía sostenida en el tiempo puede interferir en el camino a la madurez del adolescente generando alteraciones en el desarrollo psicosexual.

- Pérdida de intimidad y privacidad

Una sexualidad saludable requiere intimidad y privacidad, conceptos que rara vez se encuentran en el ámbito hospitalario. Este hecho supone una interferencia en el desarrollo psicosexual, favoreciendo la creencia errónea de que la sexualidad es algo vergonzante.

Por otra parte, la falta de intimidad lleva asociado en el contexto hospitalario el paso del cuerpo como elemento privado a ser un objetivo público al que tienen acceso el personal sanitario, hecho que interfiere en el valor especial de autovaloración.

CONCLUSIONES

Conscientes de la importancia de atender de un modo integral a los niños y jóvenes hospitalizados con el objetivo de paliar, en la medida de lo posible, los más que probables efectos que sobre su salud mental puede generar este proceso, planteamos en este trabajo la necesidad de incluir las afectaciones psicosexuales entre las alteraciones derivadas del ingreso hospitalario. Consideramos que “conocer” es imprescindible para “prevenir” y “paliar” y concluimos que la pérdida de autoestima, la pérdida de autocontrol y autorregulación emocional, la pérdida de autonomía, la infantilización unidos a la pérdida de intimidad y privacidad son factores determinantes en el desarrollo psicosexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M., (2009). Manual de Psicología de la salud. Pirámide.
2. Angulo, P. (2009). El juego infantil en las aulas hospitalarias. Propuestas de acciones lúdicas. Copyplanet.
3. Bustamante Espinoza, L. K., Luzuriaga Calle, M. A., Rodríguez Pañora, P. E., y Espadero Faicán, R. G. (2022). Desarrollo psicológico del adolescente: una revisión sistemática. ProSciences: Revista De Producción, Ciencias e Investigación, 6(42), 389-398. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp389-398>
4. Cárdenas, R. y López Noguero, F. (2006). Hacia la construcción de un modelo social de la Pedagogía Hospitalaria. Pedagogía Social. Revista interuniversitaria, 12(13), 59-70.
5. Carrasco, L. (2008). Estudio del valor terapéutico de la literatura infantil en niños hospitalizados (Tesis doctoral, Facultad de educación. Universidad de Murcia. Departamento de Didáctica de la Literatura y la Lengua).
6. Del Barrio, C. (1990). La comprensión infantil de la enfermedad. Un estudio evolutivo. Anthropos en coedición con Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
7. Del Pozo, A. y Polaino-Lorente, A. (1999). El

- impacto del niño con cáncer en el funcionamiento familiar. *Acta Pediátrica Española*, 57(4), 185-192.
8. Fernández Castillo, A. y López Naranjo, I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés por hospitalización. *Internacional Journal Clinical Health Psychology*, 6(3), 631-645.
 9. González-Gil, F. y Jenaro, C. (2007). Impacto de la hospitalización en la calidad de vida infantil. *Educación y diversidad. Revista inter-universitaria de investigación sobre discapacidad e interculturalidad*, (1), 237-256.
 10. González-Simancas, J.L. y Polaino-Lorente, A. (1990). *Pedagogía Hospitalaria. Actividades educativas en ambientes clínicos*. Narcea.
 11. Grau, C. y Ortiz, C. (2001). *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Aljibe.
 12. Guillén, M. y Mejía, A. (2002). *Actuaciones educativas en Aulas Hospitalarias. Atención escolar al niño enfermo*. Narcea.
 13. Gutiérrez, M.A., Ortigosa, J.M., Vallejo, R., Ruiz, R., Sánchez, J., Guirao, M.J., Zambudio, G., Astillero, M.J., Castaño, I., y Cárceles M.D. (2008). Evaluación del efecto de la actuación de los payasos de hospital sobre la ansiedad en los niños sometidos a una intervención quirúrgica. *Cirugía Pediátrica*, 21, 195-198.
 14. Hernández González, E. (2009). La ansiedad infantil frente a la hospitalización y la cirugía. *Revista electrónica de información para padres de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)*. 2(2).
 15. Hernández Pérez, E. y Rabadán, J.A. (2013). La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. *Atención educativa en población infantil hospitalizada. Perspectiva Educacional*, 52(1), 167-181.
 16. Lizasoain, O. (2003). La pedagogía Hospitalaria en una sociedad en cambio. En B. Ochoa y O. Lizasoain (Eds.), *Intervención Psicopedagógica en el desajuste del niño enfermo crónico hospitalizado* (19 – 38). Eunsa.
 17. Lizasoain, O. y Ochoa, B. (2003). Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. *Osasunaz*, 5, 75-85.
 18. López, I. (2011). *Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis Psicoevolutivo* (Tesis doctoral, Universidad de Granada).
 19. Martínez, R. (2006). Atención a la diversidad y biblioterapia o terapia a través de la lectura: la literatura infantil como instrumento de salud en el ámbito de la Pedagogía Hospitalaria y la Educación Inclusiva. *Polibea*, 81, 31-38.
 20. Muñoz, V. (2013). *Pedagogía Hospitalaria y Resiliencia* (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid).
 21. Origosa, J.M., Quiles, M.J. y Méndez, X., (2003). *Manual de Psicología de la Salud con niños y adolescentes y familia*. Pirámide.
 22. Ortiz, C. (2001). Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria. En C. Grau y Ortiz, C. *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una educación inclusiva* (19-55). Aljibe.
 23. Quiles, M. J., Ortigosa, J.M., Méndez, F.X. y Pedroche, S. (1999). Cuestionario de preocupaciones sobre cirugía infantil. *Psicothema*, 11(3), 601-609
 24. Pedroche, S., Quiles, M.J., Méndez, F.X., y Ortigosa, J.M. (1998). Influencia del tipo de hospitalización en la ansiedad infantil ante la intervención quirúrgica. *IV Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta celebrado en Sevilla de 18 al 21 de noviembre de 1998*. Recuperado de: www.um.es/gahinfa/resumenes/r1/r1/htm (consultado el 15 de octubre de 2014) .
 25. Polaino, A. (1996). La discontinuidad. Un estudio desde diversos enfoques. En O. Lizasoain y B. Ochoa. (Eds.), *Pedagogía Hospitalaria. La discontinuidad en la vida del niño enfermo y hospitalizado. Una respuesta desde la Pedagogía Hospitalaria*. *Actas del Seminario Europeo de Pedagogía Hospitalaria* (pp. 35-48). Newbook Ediciones.
 26. Prendes, M.P. (2011). Proyecto ATER: Alternativas Telemáticas en Aulas Hospitalarias, una experiencia educativa. *XI Congreso –nacional de Pedagogía Hospitalaria*. Cartagena, Murcia.
 27. Scher, A. y Mayseless, O. (2000). Mothers of Anxious/Ambivalent Infants: Maternal characteristics and Child-Care Context. *Child Development*, 1(71), 1629-1639.
 28. Serradas, M., Ortiz, Mª. C. y De Manueles, J. (2002). Necesidad de asistencia educativa al niño hospitalizado. *Enseñanza*, 20.
 29. Serradas, M. (2008). Los derechos de los niños

- hospitalizados: Un compromiso ineludible. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, 71(2), 59-66.
30. Sierrasesúmaga, L. (1996). La discontinuidad del paciente oncológico. Información a los padres y/o pacientes oncológicos. En O. Lizasoáin y B. Ochoa (Eds.), La discontinuidad en la vida del niño enfermo y hospitalizado. Una respuesta desde la Pedagogía
 31. Hospitalaria. Actas del Seminario Europeo de Pedagogía Hospitalaria (49-66). Newbook Ediciones.

REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

Derechos sexuales de los menores en el ámbito hospitalario

Sexual rights of minors in the hospital environment

Ruiz Revert M (1), Bustamante Bellmunt J (2)

1- Doctora en Ciencias de la Educación. Máster en Psicología Clínica y Sexología. Universidad Cardenal Herrera CEU-Elche (Alicante).

2- Licenciado en Psicología. Máster en Psicología Clínica, Sexología y Terapia Integradora. Centro de Psicología José Bustamante. Elche (Alicante)

Los derechos de los niños, así como el fomento y defensa de estos derechos dentro de las instituciones hospitalarias es un área de interés creciente para muchos profesionales que desarrollan su carrera profesional en el contexto hospitalario (Ruiz, 2016). Y es que los derechos de los niños tienen aplicación en todos los espacios donde se desarrolla la vida de los menores, con mayor razón en el interior de las entidades destinadas a su bienestar, como es el caso de los hospitales, donde la vida es el eje del quehacer cotidiano. Preocupa, sin embargo, que los acontecimientos vividos durante el ingreso hospitalario hayan ayudado a superar un determinado problema de salud, pero hayan favorecido la aparición de temores, ansiedades, retrasos en el desarrollo u otras repercusiones negativas derivadas de la permanencia en el hospital (Serradas, 2008). De ello surge la pregunta sobre lo que pasa en su interior, con miras no solo a calificar el pasado o a evaluar el presente, sino a proyectar un futuro donde los derechos del niño sean un marco referencial permanente para las personas que trabajan por su salud, y las instituciones sean líderes y modelo para la comunidad en general, en la aplicación y cumplimiento de estos Derechos.

CORRESPONDENCIA:

Marta Ruiz Revert

Calle Celia Lozano, 18-bajo-1
Elche (Alicante)
marta.ruiz@uchceu.es

A modo de resumen presentamos en la tabla 1 los documentos que han regulado los derechos de la infancia.

Con el objetivo de clarificar cómo ha sido la evolución de la defensa de los derechos de la infancia, encontramos la Declaración de Ginebra de los Derechos del Niño, aprobada en 1924, siendo esta el primer texto histórico que recogió los derechos específicos de los niños, así como las obligaciones y deberes que los adultos tienen con respecto a ellos y a su bienestar. No fue hasta el año 1959, momento en el que la Asamblea General de las Naciones Unidas, viendo las deficiencias que presentaba la primera Declaración Ginebra de los Derechos del Niño de 1924, aprobó una segunda declaración. En este caso, se redactó la Declaración Universal de los Derechos de los Niños, tratado internacional aprobado en 1959 por todos los estados que en ese momento componían la Organización de Naciones Unidas. Yendo un paso adelante y concretando la regulación de los derechos de los niños, nos encontramos con la National Association for the Welfare of Children in Hospital – NAWCH, la cual fue fundada en el año 1961 y pretendió dar alcance a una serie de objetivos planteados a favor de la atención de los niños hospitalizados, velando en esta caso por los derechos de los menores que se encuentran en situación de vulnerabilidad derivada de la aparición de una enfermedad que conlleve la permanencia en una institución hospitalaria. Siguiendo con los derechos de los niños hospitalizados, en necesario hacer mención a la carta que la National Association for the Welfare of Children in Hospital publicó en el año 1984. Posterior a esta primera Carta de los derechos del niño hospitalizado, se aprobó el Leiden (Holanda) en 1988, lo que inicialmente se llamó la “Carta Leiden” y que posteriormente fue llamada

Tabla 1. Documentos que han regulado los derechos de los niños		
Organismo	Año	Documento
Save the children	1924	Declaración de Ginebra de los Derechos de los niños.
Asamblea general ONU	1948	Declaración de los derechos Humanos.
Asamblea general ONU	1959	Declaración Universal de los Derechos de los niños.
National Association for the Welfare of Children in Hospital – NAWCH	1986	Carta Europea de los niños hospitalizados.
European Association for Children in Hospital	1988	Carta EACH.
Convención Internacional de los Derechos de los niños	1989	Tratado del derecho a la protección de los niños.
Hospital Organization of Pedagogues in Europe	2000	Carta Europea sobre el Derecho a la Atención Educativa de los Niños y Adolescentes enfermos.
Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados	2009/2013	Declaración de los derechos del niño, la niña o joven hospitalizado o en tratamiento de Latinoamérica y el caribe en el ámbito de la educación.
Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados	2015	Ley marco sobre el derecho a la educación de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados o en situación de enfermedad en América latina y el caribe.
Fuente: Elaboración propia		

la Carta EACH (European Association for Children in Hospital) que, basándose en la anterior, resume los derechos del niño hospitalizado. En este mismo año, tal y como cita Lizasoain (2005), tiene lugar en Eslovenia el primer Seminario europeo sobre “la educación del niño hospitalizado”. A tenor de este primer encuentro se establecieron lazos entre diversos profesionales del ámbito de la educación (profesores y pedagogos) y ello desembocó en la creación de la Organización Europea de Pedagogos Hospitalarios (HOPE: Hospital Organization of Pedagogues in Europe). Siguiendo con el orden cronológico de los documentos que regulan los derechos de los niños, en el año 1989 nos encontramos con la creación de la Convención Internacional de los Derechos de los Niños. La citada convención es el tratado de la ONU que pone de manifiesto que los niños tienen los mismos derechos que los adultos y que por no haber alcanzado el pleno desarrollo mental y físico, los niños requieren de una protección especial. Se redacta en ese momento el Tratado del Derecho a la protección de los niños, el cual está compuesto por un conjunto de normas que velan por la protección de los derechos culturales, civiles, políticos y económicos de los menores, que quedan plasmados en 54 artículos. No es hasta mayo del año 2000 cuando la HOPE presenta en su IV Congreso y

bajo el título “Trabajemos por los derechos de los niños enfermos”, una Carta Europea sobre el derecho a la atención educativa de los Niños y Adolescentes enfermos. Siguiendo con el estudio de la regulación de los derechos de los niños hospitalizados, nos encontramos en los años 2009 y 2015 con dos documentos de sumo interés los cuales, promovidos por la Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados, apuestan por la defensa de los mismos. El primer documento al que haremos referencia es la Declaración de los derechos del niño, la niña o joven hospitalizado o en tratamiento de Latinoamérica y el Caribe en el ámbito de la educación. En la citada Declaración se especifica el derecho a recibir educación, mientras exista situación de hospitalización, tratamiento ambulatorio o situación de enfermedad, durante toda la vida y desde el nacimiento.

Pero al analizar en profundidad los diferentes tratados y declaraciones que recogen los derechos de los niños, incluidos los documentos que atienden a los derechos de los niños hospitalizados, nos preguntamos ¿y qué pasa con los derechos sexuales de los menores que se encuentran ingresados en instituciones hospitalarias? Para dar respuesta a esta cuestión concluimos que no hay referencia explícita alguna a los derechos sexuales de

los menores de edad, quedando circunscritos al carácter universal de los derechos humanos. Con la intención de encontrar un marco de referencia que nos ayude a enmarcar los derechos sexuales de los menores, analizamos la Declaración de los Derechos Sexuales del 13^a. Congreso Mundial de Sexología celebrado en Valencia en el año 1997 y revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14^o Congreso Mundial de Sexología celebrado en Hong Kong encontrando en esta carta que en su artículo 10 se recoge expresamente: “El derecho a la educación sexual integral. Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales”. Este artículo 10 nos sirve como base para enfatizar la importancia de incluir la educación sexual dentro de las actuaciones educativas llevadas a cabo en los hospitales del ámbito nacional. Para ello, se está trabajando en el estudio de las afectaciones en el desarrollo psicosexual de los menores hospitalizados y en el abordaje de la educación sexual en las aulas hospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Convención Internacional de los Derechos de los niños. (1989). Tratado del Derecho a la protección de los niños.
2. Hospital Organization of Pedagogues in Europe. (2000). Carta Europea sobre el derecho a la atención educativa de los Niños y Adolescentes enfermos.
3. Naciones Unidas, Asamblea General. (1948). Declaración de Derechos Humanos.
4. National Association for the Welfare of Children in hospital (1986). Carta Europea de los niños hospitalizados.
5. Parlamento Europeo (1986). Carta europea de los niños hospitalizados.
6. Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados. (2009). Declaración de los derechos del niño, la niña o joven hospitalizado o en tratamiento de Latinoamérica y el caribe en el ámbito de la educación.
7. Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados. (2015). Ley marco sobre el derecho a la educación de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados o en situación de enfermedad en América Latina y el Caribe.
8. Ruiz, M. (2016). Pedagogía hospitalaria. Hacia el diseño de una propuesta de competencias específicas para la formación docente. (Tesis doctoral, Universidad de Valencia).
9. Save the children. (1924). Declaración de Ginebra de los Derechos de los niños.
10. Serradas, M. (2008). Los derechos de los niños hospitalizados: Un compromiso ineludible. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, 71(2), 59-66.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Club de lectura sexoafectiva

Sex-affective reading club

Sorribes Cerdà N

Graduada en Educación Social. Máster en Psicopedagogía y Máster en Promoción de la salud sexual.

RESUMEN

El presente trabajo muestra el diseño de un programa de promoción para la salud sexual destinado a personas adolescentes para ser implantado en un centro educativo o un equipamiento municipal. El programa pretende ser una herramienta de educación sexual integral (ESI) donde se incluya, a más a más, el fomento de la lectura como método de autoaprendizaje y que las propias personas jóvenes se conviertan en referentes positivos para sus iguales.

Así mismo, también se incluye la participación de otros agentes de la comunidad como equipamientos municipales, familias y centro educativo para enriquecerlo y dotarlo de sentido a nivel pedagógico, educativo y social.

Palabras clave: educación sexual, educación sexual integral, ESI, club de lectura sexoafectiva.

ABSTRACT

This paper shows the design of a sexual health promotion program for adolescents to be implemented in an educational center or municipal facility. The program aims to be a comprehensive sexual education tool (CSE) which includes, moreover, the promotion of reading as a

method of self-learning and that young people themselves become positive references for their peers.

Likewise, other community agents are included as municipal facilities, families and educational centers are also included to enrich it and provide it with pedagogical, educational and social meaning.

Keywords: sex education, comprehensive sexual education, CSE, sex-affective reading club.

Como autora acepto el contenido de la versión enviada. El trabajo no ha sido publicado ni se ha enviado simultáneamente a otra revista de manera total o parcial. No se recibió financiación de ninguna fuente. Declaro la no existencia de conflicto de intereses.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se producen una serie de cambios importantes tanto a nivel físico como psicológico y social. Durante la pubertad (tiempo en el que se producen estos cambios), el cuerpo comienza a transformarse para prepararse para la vida adulta. Estos cambios pueden variar en intensidad y ritmo según el sexo, la genética, la nutrición y otros factores. Además, pueden generar cierta incomodidad o inseguridad en las/los adolescentes, y por ello es importante que sepan que son naturales y que forman parte del proceso de crecimiento y maduración. La adolescencia también se caracteriza por ser la etapa en la que la sexualidad quiere ser compartida. Por todo ello se hace importante poder trabajar a través de proyectos que fomenten la salud sexual.

La educación sexual, según la UNESCO, “busca dar a las personas jóvenes el conocimiento, las habilidades, actitudes y valores que necesitan para definir y disfrutar de su sexualidad (física y emocional) individual o en

CORRESPONDENCIA:

Núria Sorribes Cerdà

Passeig de la Ràdio Móra d'Ebre número 5,
43740 Móra d'Ebre.

Tarragona (España)

nuria.educadorasexual@gmail.com

relaciones” (UNESCO, 2010). Del mismo modo, y entendiendo que la sexualidad es un aspecto inherente al ser humano, cambiante y que nos acompaña desde que nacemos hasta que fallecemos, según la OMS (2002), los programas de educación sexual deberían iniciarse tempranamente, ser específicos para cada edad y constituir una actividad continua de promoción de la salud durante los años escolares. Deberían empezar en la familia, con los niños en edad preescolar, y estar en conexión con la escuela. Además, es un derecho humano reconocido por la Organización Mundial de la Salud que se vuelve esencial para lograr una sociedad más saludable y equitativa.

Según el documento “Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción” (2000) elaborado en Guatemala por la OPS, la OMS y la WAS, se define el concepto de salud sexual como:

“La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.” (PAHO, 2000, pp. 6).

Por otra parte, la educación sexual integral (ESI) es un enfoque educativo que busca brindar a las personas una formación completa y equilibrada sobre sexualidad. La ESI abarca no sólo los aspectos biológicos, sino también los sociales, culturales y emocionales de la sexualidad humana. La educación sexual integral tiene como objetivo promover el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad de género, la diversidad sexual y el respeto a la autonomía y privacidad de las personas.

La UNESCO (2018) hace referencia, en el enfoque integral de la educación sexual, a la importancia de proporcionar oportunidades para adquirir información precisa sobre sexualidad, con base en evidencia científica y acorde a la edad. La ESI se centra en el desarrollo de competencias y habilidades que permitan a las personas tomar decisiones libres e informadas sobre su vida sexual y afectiva. Para ello, aborda diferentes temas relacionados con la sexualidad, como la pubertad, la menstruación, la contracepción, las infecciones de transmisión sexual, el amor, las relaciones afectivas y sexuales, el placer, la identidad y expresión de género, la diversidad sexual y la prevención de la violencia de género, entre otros.

Por todo lo expuesto anteriormente, hablamos de educación sexoaffective. Esta debería ser impartida por familias y, sobre todo, acompañada por profesionales de la salud sexual.

En resumen, la educación sexual y afectiva es importante porque es un derecho humano que promueve la salud sexual, fomenta relaciones saludables, aumenta el conocimiento sobre la sexualidad, fomenta el respeto a la diversidad, ayuda a tomar decisiones informadas y promueve la igualdad de género. Todos estos aspectos son fundamentales para una vida sexual y afectiva saludable y para una sociedad más justa y equitativa.

El siguiente proyecto pretende que mediante un club de lectura sexoaffective las personas jóvenes sean capaces de generar conocimientos y aprendan a ser críticas con los modelos de sexualidad, así como a desmontar mitos y tabúes sobre sexualidad y ofrecer un espacio de apoyo y de reflexión compartida, convirtiéndose en los referentes positivos para sus iguales.

OBJETIVOS

El objetivo general de este proyecto es el de fomentar la educación sexual y afectiva entre el alumnado de 13/14 años a través del hábito lector para que se conviertan en referentes positivos en materia de sexualidad.

Como objetivos específicos se contempla el hecho de generar conocimientos y facilitar un análisis crítico sobre los modelos de sexualidad y de la educación sexoaffective; desmontar mitos, creencias y tabúes sobre la sexualidad; dotar los/las jóvenes de recursos para el autoconocimiento en el ámbito de la educación sexual; y ofrecer espacios de apoyo y de reflexión compartida.

MÉTODO

El presente proyecto tiene una duración aplicada de 1h. a la semana durante 6 semanas seguidas y pretende ser un ejemplo de cómo trabajar y aplicar conocimientos sobre educación sexual entre los y las adolescentes para que no sea interpretado como una acción puntual y aislada.

Con ello no se pretende examinar el grado de conocimiento que las personas participantes tengan sobre la materia, sino poder incidir en crear referencias positivas que aboguen por el autoconocimiento, proporcionen habilidades sociales y comunicativas además de dar a conocer aspectos sobre la sexualidad en general.

El programa, que también pretende ser comunitario, implica la participación del centro educativo, el alumnado, las familias, la biblioteca municipal y la administración pública. Cada uno de ellos participa de la siguiente forma:

- Centro educativo: proporcionando los espacios y los tiempos (horas de tutoría) del alumnado.
- Alumnado: interés en la temática y participación de forma voluntaria.

- Familias: como apoyo del programa en el hogar.
- Biblioteca municipal: facilita los libros y el espacio de forma puntual.
- Administración pública: facilitando los recursos materiales necesarios.

Principalmente la idea general es poder trabajar con un grupo de 10/15 jóvenes como prueba piloto.

El diseño de la acción se lleva a cabo de la siguiente forma:

1. Después de surgir la idea y diseñar la intervención, el primer paso implica hablar con la biblioteca municipal para el abastecimiento de los libros para el club de lectura. Las lecturas propuestas fueron los libros de la sexóloga Anna Salvia y la ilustradora Cristina Torrón: “La regla mola, pero necesitas saber cómo funciona” y “El semen mola, pero necesitas saber cómo funciona”. La idea principal parte de que las personas interesadas puedan leer uno o los dos libros según sus preferencias. Una vez confirmado desde la biblioteca que el abastecimiento puede ser posible, se llevará a cabo el siguiente paso: reunión con el equipo directivo del centro educativo/equipamiento municipal. En la reunión es aconsejable exponer los antecedentes, justificación, objetivos y actividades del proyecto.
2. Realizar una reunión con la Asociación de Padres y Madres de Alumnos/as para explicar la acción y poder ayudar en su difusión entre las familias. Posteriormente se lleva a cabo una sesión virtual informativa para las familias para dar a conocer la futura acción. Paralelamente se utilizan los centros educativos/equipamientos municipales sesiones entre el alumnado para dar a conocer el Club de Lectura. En ese momento, se establecen las fechas para el inicio de las inscripciones.
3. Durante el período de inscripción y después de gestionar las inscripciones, el calendario de sesiones se establece de la siguiente forma:

INICIO DEL PROGRAMA

Se acompaña a los/las jóvenes a la biblioteca para tomar prestados los libros recomendados. Una vez allí, se aprovecha para poder hacer presentaciones y dar detalles sobre la temporalización del proyecto y las actividades.

SESIONES

Se llevan a cabo actividades relacionadas con la lectura de los libros en función del interés de los/as participantes: trabajo sobre órganos sexuales internos y externos (tanto en machos como en hembras), explicación y aclaración de diferentes conceptos (líquido preseminal, primeras

veces, embarazo y reproducción, ITS, orgasmos, placer, prácticas sexuales, orientaciones sexuales...), dinámicas para trabajar tabúes y falacias sexuales, y búsqueda de recursos positivos.

En referencia a los recursos necesarios para desarrollar el Club de lectura se tendrá en cuenta lo siguiente:

▪ RECURSOS HUMANOS

- Técnicas especializadas en promoción de la salud sexual que diseñan, desarrollan y acompañan las sesiones.

▪ RECURSOS MATERIALES

- Aula o espacio lo suficientemente amplio como para crear un ambiente distendido fuera de la formalidad del formato aula/clase.

Libros para la lectura (cedidos por la biblioteca).

▪ RECURSOS ECONÓMICOS

- Material de oficina: Papel (A4), colores, lápices y bolígrafos. Fotocopias, pósters y material relacionado con la salud sexual y reproductiva.
- Sueldos de las personas técnicas especializadas.

Antes de finalizar las sesiones y para comprobar que se ha cumplido con los objetivos fijados, procederemos a evaluar el proyecto.

En primer lugar, y en relación con el principal objetivo marcado en este trabajo, se espera un cambio en el alumnado que le permita entender y practicar la educación sexual de forma integral.

La lectura de los libros junto con el apoyo de las especialistas permitirá que el alumnado se involucre más en el proceso educativo gracias a su aplicación dinámica y de interacción. Se espera que se mejore la percepción de estos en torno a la sexualidad, puesto que los contenidos trabajados de este modo se retienen durante más tiempo dado que exigen una comprensión más profunda. Este hecho, produce que se involucren más, adquieran un compromiso y, sobre todo, que participen para crear conocimiento colectivo.

En referencia a las competencias, el alumnado aplica los conocimientos a hechos cotidianos y situaciones reales. De esta forma, también se desarrollan habilidades frente a la resolución de problemas y una mirada crítica frente a los inputs negativos que les llegan sobre sexualidad. Esta manera de hacer les permitirá desarrollar capacidades y habilidades para la vida, tanto sociales como personales.

Por todas estas razones se espera que el proyecto sea de gran utilidad para los y las jóvenes y que sea un instrumento que les motive a continuar aprendiendo y a derribar mitos. Que, con ello, contemplen la sexualidad desde otra perspectiva y que deduzcan que no tiene por qué ser complicado. Aprender sobre educación sexual conlleva una serie de valores, no únicamente educativos, sino también personales y sociales.

El hecho de poder implantar esta actividad en un centro educativo como actividad curricular, producirá en ellos/as un gran interés y les suscitará una motivación para continuar su proceso de aprendizaje.

El objetivo es que se acabe implementando en diferentes grupos y centros educativos/equipamientos municipales para, así, poder finalizar habiendo trabajado conceptos básicos y que les suscitan interés.

En definitiva, se espera que este tipo de aprendizaje les permita mejorar su educación sexual integral y, poco a poco, ir afrontando la sexualidad anticipándose a los cambios habidos y por haber.

DISCUSIÓN

El objetivo general de este programa de promoción de la salud sexual es fomentar la educación sexual y afectiva entre el alumnado de 13/14 años a través del hábito lector para proporcionar referentes positivos en materia de sexualidad. Cabe recordar que los y las participantes lo hacen de forma voluntaria junto con el consentimiento de sus familias que también han formado parte activa del proceso desde los hogares.

En referencia a las posibles limitaciones generales de todo el proceso del programa, cabe esperar que se deban hacer mejoras o añadir contenidos a nivel curricular sobre educación sexual. Pero como hemos podido ir viendo, las posibilidades didácticas de este tipo de metodología parecen ser las idóneas para las personas jóvenes que muestran curiosidad y necesitan hablar sobre sexualidad.

Cabe destacar, que esta metodología de aprendizaje también fomenta que se trabajen otros aspectos como las habilidades personales de comunicación y el autoconocimiento, puesto que cada vez nos encontramos con situaciones sociales (agresiones y violencias sexuales entre menores) que se ven influenciadas por referentes negativos sobre la sexualidad.

Según un estudio elaborado por la Delegación del Gobierno contra la violencia de género en España (2021) los resultados muestran que un 48,3% del alumnado no parece haber trabajado en la escuela la educación sexual. Lo cual pone de manifiesto que casi la mitad de la población adolescente se ve privada de esta importante condición que puede favorecer el pleno desarrollo de su personalidad y prevenir situaciones de riesgo y abuso, tal y como se analiza en el capítulo tres de dicho documento. Entre quienes responden que en su escuela se ha trabajado sobre sexualidad, son mayoría quienes reconocen haber trabajado todos los temas propuestos en el Pacto de Estado contra la Violencia de Género, siendo los contenidos menos trabajados los relacionados con otras formas de diversidad afectivo-sexual así como la prevención del abuso y del machismo.

La educación sexual y afectiva tiene una gran importancia en la vida de las personas, puesto que es un proceso que forma parte de diferente manera en cada etapa vital de nuestra vida. Anticipándonos a ellas, podemos aportar soluciones para que sean capaces de empoderarse y continuar desarrollando su proyecto de vida sexual.

La educación sexual debe empezar en casa y continuar en la escuela, por ello es importante poder trabajar con la comunidad en general para implicar a todos los agentes en la transmisión de conocimientos a nuestras personas jóvenes, conocimientos expresados desde la realidad y la positividad de la sexualidad humana.

En referencia a las dificultades, cuesta mucho trabajo que algunas familias se impliquen y se co responsabilicen en este aspecto y es por ello por lo que se sugiere poder ofrecer formación para las familias en este aspecto ya que la mayoría no contribuyen a hablar de este tema porque no saben cómo hacerlo.

Para concluir estas reflexiones, me gustaría destacar, también, la importancia de esta metodología como práctica para luchar contra la desinformación en la que se encuentran muchas personas jóvenes alrededor del mundo y para garantizar sus derechos de salud sexual y reproductiva.

Por todo ello, la figura de la sexóloga resulta un apoyo indispensable para generar y acompañar en estos procesos de aprendizaje a la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delegación del Gobierno de España contra la Violencia de Género. (2021). La situación de la violencia contra las mujeres en la adolescencia en España. https://observatorioviolencia.org/wp-content/uploads/Estudio_ViolenciaEnLaAdolescencia.pdf
2. Hurtado, F. [Felipe]; López de la Llave, A. [Andrés]. (2016). Promoción de la salud sexual: Conceptos fundamentales y ejemplos de actuación. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
3. López de la Llave, A. [Andrés]. (2016). Contenidos fundamentales: Sexualidad humana y salud. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
4. PAHO. (2000). Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la Acción. Guatemala. Organización Panamericana de la Salud.
5. Pérez, M. [María]. (2017). Actitudes sexuales saludables. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
6. Pérez-Llantada, M.C. [Mari Carmen]; López de la Llave, A. [Andrés]. (2017). Educación para la Salud Sexual: Educación para la salud sexual en la infancia y la adolescencia. Universidad Nacional

- de Educación a Distancia.
7. Pérez-Llantada, M.C. [Mari Carmen]; López de la Llave, A. [Andrés]. (2017). Educación para la Salud Sexual: Ejemplos de programas y materiales de educación para la salud sexual. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
8. UNESCO (2021). El camino hacia la educación sexual integral en sexualidad: Informe sobre la situación en el mundo. UNESCO.
9. UNESCO (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en la evidencia. UNESCO. <https://bit.ly/2EqQCRW>
10. UNESCO. (2010). Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad: Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud. Paris.

RESEÑA DE LIBRO

TÍTULO

Modelos de educación sexual. Teoría y práctica.

AUTOR

Félix López Sánchez

EDITORIAL

Pirámide

2023

Correspondencia: flopez@usal.es

Desde la llegada de la democracia han mejorado mucho las condiciones legales y sociales para la libertad, también en la vida sexual y amorosa, aunque nuestra democracia sea aún muy mejorable.

Pero tenemos nuevos problemas, porque no educamos para la autonomía y la ética personal y social.

Hemos pasado de la represión, obsesiva y morbosa de la dictadura, a la obligación de consumir actividad sexual, olvidando que entre la represión y la obligación está lo que nos hace humanos: la LIBERTAD y LA ÉTICA. La libertad propia y la libertad de quienes deseamos. Imponer el deseo es un grave error ético, además de un delito penal. Cómo enseñamos: “mi cuerpo. “Mi cuerpo, mi sexualidad, y mi intimidad es mía”; por tanto “tu cuerpo, tu sexualidad y tu intimidad es tuya” (López, 2015 y 2017).

Nuestra democracia no ha conseguido consensuar una ley de educación general, cambiándola cada gobierno. Y en estos momentos parece que, a corto plazo, seguirá siendo imposible. No solo hay nuevos extremos en el arco parlamentario, sino que los grandes partidos se declaran irreconciliables.

Si no llegan a consensuar una ley de educación, más difícil será que lo hagan con la educación sexual.

El lector descubrirá en este libro el grave error de casi todos los modelos de educación sexual históricos y actuales: creer que la vida sexual y amorosa de los ciudadanos debe ser como los políticos, los educadores sexuales, las iglesias o numerosos profesionales les indican.

Encontrarán en este libro un análisis crítico de los modelos (a) que se centran en la prevención de riesgos, (b) el adoctrinamiento religioso-moral, (c) el revolucionario, (d), los prescriptivos y (e) el modelo de mercantil.

También describo los que considero adecuados, aunque creo que son mejorables: el Modelo Holístico europeo y de la OMS y el Integral, resto de occidente.

Nuestro modelo Biográfico y Ético se ubica en el marco del Holístico e Integral –aunque ambos no son exactamente lo mismo– clarificando el rol de cada persona, la familia, la escuela, los profesionales y el Estado.

De forma sucesiva, desde hace varias décadas, he propuesto tres nombres para definir el modelo teórico y práctico de educación sexual que me parece más adecuado. Los tres nombres me parecen útiles: “Modelo Biográfico y Democrático” (porque lo más específico de la sexualidad humana es que cada persona puede tomar decisiones sobre su vida sexual y amorosa y porque es propio de sociedades liberales democráticas no confesionales), “Modelo Biográfico y Profesional” (porque los profesionales y los criterios de salud tienen un rol importante, no se trata solo de que cada cual viva la sexualidad como quiera) y, en la última década, Modelo Biográfico y Ético” (porque la libertad de la persona para construir su biografía sexual debe conllevar una ética de las relaciones sexuales y amorosas, justo para respetar la libertad de los demás y promover el bienestar propio y el de la pareja, si fuera el caso). Estos tres apellidos, como explicaré en el libro, le van muy bien al Modelo de educación sexual Biográfico.

Los tres nombres ponen el acento en la libertad y autonomía de la persona en una sociedad democrática, el rol que deben cumplir la familia, los profesionales de la educación o, lo que considero hoy más necesario y central, la ética de las relaciones sexual y amorosas.

En el caso de los menores, las personas con limitaciones intelectuales o sociales, quienes, en definitiva, tienen limitaciones en su autonomía y libertad, las familias tienen un rol muy especial.

En todos los casos la ética es el complemento necesario al concepto de construcción personal de la biografía sexual y amorosa. Finalmente, somos los dueños de nuestro cuerpo, nuestros afectos, nuestra intimidad y nuestra vida sexual y amorosa, porque podemos tomar decisiones sobre ella. La sexualidad está en “el reino de la libertad” (por eso biográfico), pero sin imponérsela a los demás (por eso ético).

El rol de la familia, la escuela, la comunidad y los profesionales es muy importante, como veremos, en educación sexual, pero las decisiones le corresponden a la persona, siendo los demás (la familia, la escuela democrática y los profesionales) mediadores que ofrecen ayudas para favorecer la autonomía de las personas.

No deberíamos politizar la intimidad sexual y amorosa, desde la izquierda, ni desde la derecha, sino crear condiciones legales y sociales para mejorar mla LIBERTAD de las personas.

Podemos proponer derechos y principios éticos de valor universal que sean una guía ética y eviten errores y delitos contra la libertad sexual y amorosa. Dentro de este marco cabe una gran diversidad, de forma que cada persona pueda construir su biografía sexual en libertad y con ética sexual y amorosa.

También presentamos varios programas prácticos, criterios de salud sexual que ayudan a educadores y terapeutas, y una descripción de la evolución sexual en la infancia y adolescencia.

No nos podemos permitir que la pornografía se haya convertido en el educador sexual básico, que haya tantos abusos y violencia sexual y tantas prácticas de riesgo y tantos nuevos mitos sexuales (López, 2020), con el riesgo de convertir la sexualidad en un producto más de consumo y un “campo de minas”.

Fomentemos las mejores posibilidades de la sexualidad, los afectos sexuales y sociales, gozando y amando, con la ética de la vida buena, como decía Sócrates.

AGENDA

Eventos / Events 2024

Mayo

23-25

17° Congreso de la Federación Europea de Sexología

Bolonia (Italia)

<https://europeansexologycongress.org>

Septiembre

26-29

25° WMSM Encuentro Mundial de Medicina Sexual

Rio de Janeiro (Brasil)

<https://www.issmslams2024.org>

Noviembre

28-30

XXII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual

Lima (Perú)

<https://clases2024.com>

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.
- 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) Autor 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.

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>
