

# de•sexología

**Junio 2024**

**Vol. 13 N°1**

## EDITORIAL / EDITORIAL

### **Nuevos constructos sociales**

New social constructs

*L. Schmitz Roldán*

## ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLES

### **Explorando la sexualidad de las mujeres: el erotismo de la lactancia materna**

Exploring women's sexuality: the eroticism of breastfeeding

*M. Zayas Ros, C. Castelo-Branco i Flores*

### **El deseo sexual en personas trans en tratamiento médico: estudio caso-control con persona cis**

Sexual Desire in Trans People in Medical Treatment: Case-Control Study with Cis People

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

### **Impacto de la cirugía ginecológica para la oclusión tubárica bilateral sobre La salud sexual femenina**

Impact of gynecological surgery for bilateral tubal occlusion on female sexual health

*Y. Emergui Zrihen, LE. Gutiérrez García, E. Barahona San Millán, C. Conejero Crespo, S. Carballo Rastrilla, A. Martín Martínez*

## CASO CLÍNICO / CLINICAL CASE

### **Mutilación genital femenina Tipo IIb**

Type IIb female genital mutilation

*F. Hurtado Murillo*

## Reseñas de libros / Book reviews

## Agenda / Events

## Normas de publicación / Authors guidelines

## Boletín de suscripción / Subscription form

---

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

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



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



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



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



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



Universidad Nacional  
de Educación a Distancia



Asociación Mundial  
de Sexología



---

**Revista Desexología**  
Revista Científica de Sexología

**Director**  
Felipe Hurtado Murillo

**Directores asociados**

Carlos San Martín Blanco (Santander)

María Pérez Conchillo (Valencia)

**Consejo de redacción**

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

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

**Comité editorial**

Marta Arasanz Roche (Barcelona)  
José Díaz Morfa (Madrid)  
Félix López Sánchez (Salamanca)  
José Luis Arrondo Arrondo (Navarra)  
Carmen Pérez-Llantada Rueda (Madrid)  
Manuel Más García (Tenerife)  
José Bustamante Bellmunt (Alicante)  
Ignacio Moncada Iribarren (Madrid)  
Rafael García Álvarez (Rep. Dominicana)  
Felipe Navarro Cremades (Alicante)  
Marcelino Gómez Balaguer (Valencia)  
Antonio Martín Morales (Málaga)  
Manuel Lucas Matheu (Almería)  
Ana Puigvert Martínez (Barcelona)  
Antonio Sánchez Ramos (Toledo)  
Froilán Sánchez Sánchez (Valencia)  
Rafael Prieto Castro (Córdoba)  
Carolina Villalba (Uruguay)  
Rosa María Montaña (Valladolid)  
Silverio Saenz Sesma (Zaragoza)  
Koldo Seco (Bilbao)  
Francisco Javier Giménez Río (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 Auriolos (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 13. NÚMERO 1. JUNIO 2024

## EDITORIAL / EDITORIAL

### Nuevos constructos sociales

New social constructs

*L. Schmitz Roldán* ..... 6

## ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLES

### Explorando la sexualidad de las mujeres: el erotismo de la lactancia materna

Exploring women's sexuality: the eroticism of breastfeeding

*M. Zayas Ros, C. Castelo-Branco i Flores* ..... 9

### El deseo sexual en personas trans en tratamiento médico: estudio caso-control con persona cis

Sexual Desire in Trans People in Medical Treatment: Case-Control Study

*A. Pérez García, M. Fernández Rodríguez, E. García-Vega, P. Guerra Mora* ..... 16

### Impacto de la cirugía ginecológica para la oclusión tubárica bilateral sobre La salud sexual femenina

Impact of gynecological surgery for bilateral tubal occlusion on female sexual health

*Y. Emergui Zrihen, LE. Gutiérrez García, E. Barahona San Millán, C. Conejero Crespo, S. Carballo Rastrilla, A. Martín Martínez* ..... 24

## CASO CLÍNICO / CLINICAL CASE

### Mutilación genital femenina Tipo IIb

Type IIb female genital mutilation

*F. Hurtado Murillo* ..... 30

|                                                         |           |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Reseñas de libros / Book reviews .....</b>           | <b>33</b> |
| <b>Agenda / Events .....</b>                            | <b>35</b> |
| <b>Normas de publicación .....</b>                      | <b>36</b> |
| <b>Authors guidelines .....</b>                         | <b>46</b> |
| <b>Boletín de suscripción / Subscription form .....</b> | <b>55</b> |

## EDITORIAL

### Nuevos constructos sociales

#### New social constructs

**Schmitz Roldan L**

*Diplomada Universitaria en Enfermería. Especializada en: TDAH, Trastornos conductuales, infancia y adolescencia e instrumentación en área quirúrgica. Máster en Enfermería Escolar y en Sexología. Miembro y Colaboradora de la Asociación Nacional de Salud Sexual y Discapacidad (ANSSYD). Miembro de la Asociación de Especialista en Sexología (AES). Creadora de contenido n Instagram @Liza\_schmitzroldan*

### INTRODUCCIÓN

A partir del 17 de febrero de 2024 entra en vigor en toda la Unión Europea la Ley de Servicios Digitales, la cual obliga a la mayoría de las empresas que están en línea, a incluir o incrementar las medidas de protección de menores al visitar páginas con contenidos pornográficos. En España el gobierno plantea aprobar una ley que limite el acceso de menores a la pornografía. (1)

¿Pero bastará esa ley para que las estadísticas cambien y nos indiquen que el acceso de menores disminuye? ¿Qué métodos de restricción de acceso se usarán, el DNI, Pasaporte, QR o Certificado Digital? ¿Cómo se verá afectada la intimidad o privacidad de las personas adultas que sí consuman pornografía? ¿Las sanciones del 2-3 % de la facturación anual a las empresas que no implementen esta seguridad serán suficientes para incentivarlas a que se suman a esta propuesta? ¿Cómo lo han hecho en otros países?...

A pesar de que esta medida, será siempre mejor que no hacer nada, aún así no será capaz por sí sola de garantizar

que el objetivo de restringir totalmente el acceso de menores a la pornografía sea real.

No caigamos ilusamente en la idea de creer poder llegar a controlar el mundo online, cuando desde las últimas noticias nos están informando que la IA (inteligencia artificial) ya está operando de forma autónoma en varias plataformas, sin manipulación humana alguna y expandiéndose cada vez más en más aplicaciones, *softwares* y plataformas de todo el mundo. Sumado a que los grandes propietarios de la pornografía se echan a reír con las sanciones del 2-3% de su facturación anual, cuando están ganando unos 88.000 millones de euros en todo el mundo, y en torno a 400 millones de euros en España, según los analistas. Creo que pagarían hasta el 5% voluntariamente encantados. (2)

Sin olvidarnos que el “funnel del marketing” de la pornografía va más allá del impacto económico que pueda ocasionar, favoreciendo una industria de explotación de personas que está en su mayoría relacionado con la prostitución, sino el mayor impacto lo ocasiona en el condicionamiento básico mal adquirido de las infancias, adolescencias y juventudes que topan con estas informaciones de forma fortuita o no. ¿Se acuerdan de Pavlov y sus perros? A través de condicionar a los perros para que saliven ante estímulos que no estaban directamente relacionados con la comida, como el sonido de una campana, descubrió el condicionamiento clásico o pavloviano. De la misma forma está impactando la pornografía en el cerebro de la adolescencia que la consume, generando una cadena de acciones de neurotransmisores, de los cuales destacaría 6 en particular: la Dopamina, que se activa inmediatamente al ver la

#### CORRESPONDENCIA:

**Liza Schmitz Roldán**  
Apartado de Correos, 214  
Illes Balears  
esi.lizaschmitz@gmail.com

imagen, activando el sistema de recompensa en respuesta a la anticipación y las expectativas; la Oxitocina que crea el escape a la realidad, la evasión total, el efecto de “estar colocado”, que junto a la Vasopresina forma una conexión afectuosa entre el recuerdo y la imagen que dio placer sexual a la persona; la Testosterona que genera el deseo de consumir más, el consumo adictivo y compulsivo para la satisfacción personal (y es mayor en el sexo masculino); la Noradrenalina que guarda el recuerdo y lo hace permanente, haciendo que las imágenes queden en bucle en tu mente (como la canción del verano); y por último la Serotonina que genera calma y reducción del estrés, la búsqueda de placer “hoy” para quitar “el estrés” del día, generando así el fiel consumidor. (3)

Estos efectos a corto plazo en el cerebro, activan a su vez unos efectos a largo plazo como la disminución de la empatía, visualizar contenidos donde se perpetúan los estereotipos de género, la mirada cosificante hacia las mujeres, la violencia, abusos, donde no hay consentimiento ni consenso en las escenas, genera en las personas que visualicen estas imágenes una disminución automática en su empatía (así se vuelven capaces de visualizar escenas cada vez más violentas e intensas, sin sentir pena, o lástima, o ponerse en el lugar del otro o algunas personas simplemente no sienten “nada”). A largo plazo también afecta a la autoestima y al autoconcepto de la persona, las personas tienden a comparar los cuerpos que visualizan con los suyos y pretenden así alcanzar esos supuestos cánones de belleza marcados por la industria pornográfica, sobretudo a nivel genital. Así que no es de extrañar que después veamos reflejados los profesionales en el ámbito sanitario un aumento considerable en las intervenciones de estética, como la vulvoplastia (labioplastia o ninfoplastia) que es una intervención quirúrgica que busca disminuir el tamaño de los labios vaginales, ya sean externos o internos, aunque en la gran mayoría se trate de los labios internos; y todo esto porque en la pornografía se exhiben siempre vulvas infantilizadas a pesar de ser personas adultas e incluso les ponen filtros para que parezcan vulvas de muñecas; además de no ser conscientes estas personas cuando se realizan este tipo de intervención estética que están amputándose parte de la estructura interna de su clítoris, con la consecuencia directa de una disminución parcial o total de su libido y pérdida de sensación al tacto en dichas zonas.

Por el contrario, en el sexo masculino se observa un aumento de disfunciones eréctiles en personas inclusive por debajo de los 25 años, entre las cuales se ha puesto de moda además el consumo de “viagra” (citrato de

sildenafil) o “cialis” (tadalafil) como sustancia adictiva por sus efectos vasodilatadores en la zona genital y la capacidad que tienen éstos fármacos de contrarrestar los efectos de las drogas y el alcohol que puedan consumir y que dificultan la erección; además de imitar así las conductas reflejadas en los vídeos pornográficos, donde se visualizan erecciones “eternas” y multitud de encuentros sexuales en poco tiempo (muy alejadas estas conductas de la sexualidad humana sana). Anulando de esta manera, la satisfacción de la pareja, destruyendo el deseo sexual de la persona, aumentando el riesgo de infidelidades e incrementando los niveles de soledad de la persona.

En definitiva, estos efectos a corto y largo plazo en las infancias, adolescencias y juventudes generan no sólo adicción a los contenidos pornográficos, sino una distorsión en las formas de expresar, de sentir, de relacionarse con las parejas, que hacen que las conductas estén basadas en un mundo online manipulado y creado por el funnel pornográfico, en definitiva, éstas personas construyen sus sexualidades condicionadas, y por lo tanto carentes de libertad. De este modo, muchas de las juventudes cuando se dan cuenta que son víctimas o que “algo va mal”, “no se encuentran bien”, con la ayuda de profesionales en la sexología deben de empezar una desintoxicación del mundo pornográfico, y empezar desde cero a volver a relacionarse con las demás personas desde la perspectiva offline (para muchas personas una auténtica odisea). (4)

Estamos la gran mayoría de la comunidad sexológica de acuerdo en que la implantación de esta ley sería una medida más, pero no “la medida”.

“*La medida*” para cortar este círculo de conductas condicionadas que se adquieren de forma automática y se perpetúan en nuestra sociedad de generación en generación y con mayor magnitud en cada ocasión sería la implantación de la **Educación Sexual Integral** a nivel curricular desde infantil, primaria, secundaria y bachillerato como una asignatura obligatoria más. Cada vez son más países que implantan la educación sexual como parte de la educación obligatoria: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovaquia, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Letonia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Polonia, República Checa, Suecia, Argentina, Reino Unido (desde el 2017), Australia, Albania, Ucrania, ... (5).

Y sin embargo, son pocos los países que cuentan con una formación previa que prepare a la docencia para enseñar la educación sexual integral (ESI). Es importante tanto

que la ESI sea obligatoria como dedicar más recursos y tiempo en comprobar que los objetivos declarados en las leyes y políticas se lleven a cabo realmente en la práctica, y no queden estancadas o en la deriva por falta de conocimientos o seguridad entre las personas implicadas en llevarlas a cabo.

Tanto si es la familia, como la docencia, como las personas especializadas en sexología deben impartir la ESI (Educación Sexual Integral) de forma gradual, científicamente precisa, adecuada a la edad y nivel de desarrollo (sin dejar fuera a nadie por cuestiones de discapacidad o diversidad funcional), basada en el plan de estudios, con un enfoque de derechos humanos y de igualdad de género, culturalmente apropiada según el contexto, así como transformadora; según el Fondo de Población de la ONU (UNFPA).(6). Estas personas deben de aportar una mirada amplia del concepto de sexualidad, con un enfoque en la diversidad corporal, en aceptarse cada persona tal y como es, con sus peculiaridades incluidas, desde el respeto y la igualdad de derechos y entendiendo que cada persona se expresa y siente a su manera, sin tener que representar a un grupo en concreto. Cuando entendamos que la sexualidad va más allá de las etiquetas y los constructos sociales impuestos, que no son más que otra forma de limitar a la persona, seremos capaces entonces de dar una mirada integral al concepto.

Con esta gran medida que sería la implantación de la obligatoriedad de la ESI en las aulas, junto con la Ley de regulación del acceso de menores a la pornografía (que quieren aprobar en breve) podremos verdaderamente decir, y sólo entonces, que tenemos las herramientas adecuadas para desarrollar programas que ayuden a las infancias, adolescencias y juventudes a desarrollar autoestima, ampliar conocimientos, prepararse para la vida, estimulando el pensamiento crítico, la comunicación clara y asertiva, la toma de decisiones responsable, y el comportamiento respetuoso y empático entre todas las personas. Así como generar conciencia sobre los riesgos

existentes en el mundo online, y lo que implica a nivel conductual en sus expresiones y formas de relacionarnos como especie. (7) *“Con el único fin de preservar los derechos humanos y la dignidad de las personas, acogiendo la diversidad como parte de la persona, puesto que cada una tiene sus propias peculiaridades que la hace única, valiosa, maravillosa e irrepetible, y por tanto diferente”*.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Artículo: “El parche del Gobierno para evitar que los menores accedan al porno: siempre habrá resquicios” Nacho Martín. Disponible en: <https://www.elindependiente.com/sociedad/2024/01/17/el-parche-del-gobierno-para-evitar-que-los-menores-accedan-al-porno-siempre-habra-resquicios/>
2. Artículo: “¿Cuánto dinero mueve la industria pornográfica? Disponible en: <https://www.oficinaempleo.com/blog/cuanto-dinero-mueve-la-industria-pornografica/>. Estadísticas Pornhub 2016, 2018 y 2022.
3. Libro: “El cerebro infantil y adolescente. Claves y secretos de la neuroeducación” de Rafa Guerrero.
4. Libro: “¿Por qué No? Cómo prevenir y ayudar en la adicción a la pornografía” de Alejandro Villena Moya.
5. ‘Policies for Sexuality Education in the European Union’ del Policy Department C (Citizen’s Rights and Constitutional Affairs) del Directorate-General for Internal Policies of the European Union (2013). [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM\\_NT\(2013\)462515\\_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM_NT(2013)462515_EN.pdf)
6. <https://www.unfpa.org/es/educación-sexual-integral>
7. Libro: “Pornografía y educación afectivosexual” de Lluís Ballester Brage, Carlos Rosón Varela y Teresa Facal Fondo (coords.).



## ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

## Explorando la sexualidad de las mujeres: el erotismo de la lactancia materna

## Exploring women's sexuality: the eroticism of breastfeeding

Zayas Ros M (1), Castelo-Branco i Flores C (2)

1. *Matrona en Centro de Nacimientos Casa Laietània, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, (España).*
2. *Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínic. Facultad de Medicina-Universidad de Barcelona. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS) (España).*

## RESUMEN

**Objetivo:** El abordaje de la sexualidad durante la lactancia materna es mínimo y se desconoce mucho al respecto, en especial porque nos centramos en la parte nutriz. El propósito de este estudio es indagar en aspectos concretos de la sexualidad y erótica en pareja durante la lactancia materna y explorar el papel de los pechos durante los juegos eróticos en esta etapa.

**Diseño:** se trata de un estudio cualitativo descriptivo con enfoque fenomenológico.

**Emplazamiento:** se llevó a cabo en grupos de crianza y lactancia materna de diferentes barrios de Barcelona.

**Participantes:** la muestra se obtuvo por propósito y debían ser madres que estuvieran amamantando con una experiencia positiva de la lactancia materna y que su perfil se ajustara a los criterios de inclusión y exclusión. Se consiguió una muestra de 18 participantes.

**Mediciones principales:** la recogida de datos se

hizo mediante entrevistas individuales y privadas que posteriormente se analizaron con la metodología de Giorgi.

**Resultados:** sólo una minoría de las entrevistadas confirma que el pecho siga teniendo función erótica durante las relaciones sexuales en este período. La mayor parte de las mujeres rechaza, ha disminuido o modificado los juegos eróticos con el pecho y recalcan desligarlos de contenido sexual durante esta etapa.

**Conclusiones:** los cambios sensitivos y de significado de los pechos en esta etapa influirán y modificarán los encuentros sexuales y dinámicas de pareja que previamente se tenían establecidas. Se requiere de investigaciones más focalizadas y concretas para abordar y comprender los juegos eróticos de lactancia.

**Palabras clave:** lactancia materna, sexualidad, erotismo, posparto, placer.

## ABSTRACT

**Objective:** The approach to sexuality during breastfeeding is minimal and much is unknown about it, especially because we focus on the nutritional area. The purpose of this study is to investigate specific aspects of sexuality and eroticism as a couple during breastfeeding and explore the role of the breasts during erotic games in this period.

**Design:** this is a qualitative descriptive study with a phenomenological approach.

## CORRESPONDENCIA:

**María Zayas Ros**

Calle Lope de Vega, 58, 3-2

08005 - Barcelona

(España)

mariazayasros@hotmail.com

**Setting:** It was carried out in parenting and breastfeeding groups from different neighborhoods in Barcelona.

**Participants:** The sample was obtained by purpose and had to be breastfeeding mothers with a positive experience of breastfeeding and whose profile fit the inclusion and exclusion criteria. A sample of 18 participants was obtained.

**Main measurements:** data collection was done through individual and private interviews that were subsequently analyzed with Giorgi's methodology.

**Results:** only a minority of those interviewed confirm that the breast continues having an erotic function during sexual relations in this period. Most women reject, have reduced or modified erotic games with the breast and emphasize separating them from sexual content during this stage.

**Conclusions:** the sensitive and meaning changes about the breasts in this stage will influence and modify the sexual encounters and couple dynamics that were previously established. More focused and concrete research is required to address and understand erotic lactation games.

**Keywords:** breastfeeding, sexuality, eroticism, postpartum, pleasure.

## INTRODUCCIÓN

La sexualidad es considerada un aspecto central a lo largo de la vida y presente en todas las etapas de la vida de una persona, incluyendo el periodo de la lactancia materna (1,2).

La transición a la etapa de la maternidad y lactancia materna es un periodo vulnerable del ciclo vital de la mujer en el que lo más probable es que haya cambios en el patrón sexual pudiendo llegar a afectar a la relación de pareja y a la salud sexual.

A nivel hormonal disminuye la libido, alejándola del deseo de buscar afecto o placer en relaciones sexuales-genitales con la pareja adulta y centrando sus prioridades en la lactancia y cuidado del bebé (3,4,5,6). Además, las madres suelen estar ligadas emocional y físicamente a sus bebés como lo están dos personas hormonalmente enamoradas, por lo tanto, el deseo tal y como lo percibimos hacia la pareja no aparece en semanas o meses, y la sexualidad se traslada de la pareja adulta al bebé (7,8). La imagen erótica que tienen las mujeres sobre sí mismas por la transformación de su cuerpo durante el puerperio también tiene un impacto significativo sobre la relación que mantienen con su pareja (9).

Los pechos y en especial los pezones están muy sensitivos y puede que si la pareja los toca o estimula no evoque la usual respuesta sexual, por ello durante la lactancia los pechos pueden no ser un sitio primario de respuesta sexual, como lo suele ser fuera de esta etapa. Además, también hay madres que pueden rechazar la estimulación en los senos por parte de su pareja porque sienten que son una parte exclusiva del bebé en esta etapa (9). Sin embargo, resulta que debido al aumento de sensibilidad del pezón y gracias a la salida de la leche donde se ve involucrada la oxitocina se podría llegar a un aumento de placer; de hecho, hay autoras que explican cómo poder estimular los pechos en este periodo para que sean fuente de excitación (7).

Teniendo en cuenta que el pecho femenino es uno de los mayores estímulos eróticos, no sería raro que la nueva función de esa zona interactúe en el contexto sexual, y que forme parte del juego erótico durante el tiempo que dura la lactancia (10). Se reportan muy diferentes reacciones y sensaciones de las mujeres respecto a esta estimulación: desde las que lo ven simplemente natural, las que no les gusta la sensación de que les succionen los pezones o que siquiera les rocen o acaricien, o las que experimentan excitación sexual.

Paralelamente hay muchos hombres que les gusta el sabor de la leche humana, algunos que lo ven terreno en el que no se tienen que involucrar o bien se sienten desplazados, otros a los que les gusta como se derrama la leche de los pechos y parejas que disfrutan del roce de sus cuerpos bañados en leche, llevándolos a un éxtasis sexual (7, 11).

Los pechos que chorrean leche pueden ser tanto un encendido como un apagón sexual para las parejas. La Dra. Fiona Giles en su libro *Fresh Milk –The Secret Life of Breasts*, habla de los "juegos de lactancia". Generalmente se refieren a cualquier tipo de actividad sexual que incluya leche materna y se suelen iniciar de manera involuntaria al liberar leche como acción refleja al excitarse; así es como mayoritariamente se llegaría a estas situaciones eróticas (12,13). Dentro de estos juegos, Raquel Graña, psicóloga y sexóloga, habla de "la lactancia erótica", donde la mujer obtiene placer amamantando a su pareja y su contraparte lo obtiene succionando leche de los senos de la mujer, siendo una opción más dentro del placer sexual estimulando el disfrute y las sensaciones corporales, dando rienda suelta al deseo y la pasión, y pudiendo generar un gran vínculo de intimidad (10).

El aumento del interés en torno a la actividad lactófila ha llevado a la prostitución de la lactancia, donde los adultos, mayoritariamente hombres, pagan por la oportunidad de ser amamantados (14). Pese a que no es una experiencia demasiado frecuente en España, ya existe una página web para adultos que, pagando, ofrecen

la posibilidad de ser amamantados por parte de nodrizas (15). Teniendo en cuenta estos casos y unidos a otros en los que se comercializa la leche materna para el consumo propio aludiendo a beneficios para la salud, se abre en esta línea un debate ético en torno a la explotación del cuerpo de la mujer (12).

En el campo de la investigación existen pocas publicaciones que aborden específicamente la relación entre sexualidad y lactancia, y menos aún los juegos de lactancia (16, 17).

## METODOLOGÍA

He realizado un estudio cualitativo descriptivo, previa aprobación por parte del comité ético del proyecto de estudio. Se ha utilizado el enfoque fenomenológico que pretende explicar la naturaleza de las cosas, la esencia y la veracidad de los fenómenos y es el que nos puede acercar a entender la subjetividad de la naturaleza humana.

Explora el modo de percibir la vida a través de experiencias, los significados que las rodean y cómo son definidas en la vida psíquica del individuo. Se realizó un muestreo por propósito en grupos de crianza y lactancia de diferentes barrios de Barcelona (Camp d'en Grassot i Gràcia Nova, La Barceloneta y Camp de l'Arpa). Debían ser madres que estuvieran amamantando y cumplir los criterios de elección.

Criterio de inclusión: estar amamantando más de 6 semanas (lactancia materna exclusiva o mixta), calificar la lactancia materna positivamente, haber iniciado actividad sexual (coital o no), tener pareja, mayores de 18 años. Criterios de exclusión: tener un problema de lactancia en la actualidad, considerar la experiencia de amamantar de manera negativa, barrera idiomática.

La recogida de muestra se finalizó debido a la saturación de datos y por limitación de tiempo. El método analítico empleado se realizó en un proceso de 4 fases, en los que se llevaron a cabo numerosas lecturas y relecturas de los testimonios para poder obtener de manera organizada los resultados estructurados en temas y subtemas, todos ellos ilustrados con los testimonios de las participantes para una comprensión completa de las experiencias.

## RESULTADOS

En general los encuentros sexuales disminuyen significativamente durante esta etapa, siendo los principales motivos el cansancio y la falta de espacios espontáneos en los que poderse encontrar a solas y con tiempo, ya que están a expensas de los ritmos del bebé. Parte de ellas relaciona este hecho con la maternidad y paternidad más que con la lactancia.

*“Los encuentros sexuales son más escasos que antes. Hay que hablarlo y eso no es nada sexy, para mí tiene que surgir”.*

*“Nuestra actividad sexual es completamente reducida, con coito y todo esto completo, no sé, dos veces”.*

*“Tienen que confluír tantas cosas que es prácticamente imposible (...)”.*

*“Los momentos que podrías encontrar antes, los aprovechas para dormir”.*

*“Sinceramente no sé si ha sido la lactancia o simplemente ser padres en general (...)”.*

Los niveles de libido referidos por las mujeres son muy variables y esto también influye en los encuentros sexuales.

*“Tengo menos libido, supongo que será por la lactancia, es momentáneo porque ya con el otro cuando dejé el pecho ya esta zona volvió a estar activa”.*

*“Yo al menos no tengo tanta necesidad de tener encuentros sexuales. No me apetece ni tengo necesidad”.*

*“A los 3 o 4 días de parir, la sensación de conexión de verlo y como encenderse, se me encendía igual”.*

*“Nosotros por ejemplo a nivel de sexualidad intentamos el fin de semana ducharnos juntos que te tocas como mínimo. (...) Vas encendiendo. No te apetece realmente, pero sí que haces algo para mantener esa tensión sexual, eso hace que la próxima vez la otra persona también te busque (...)”.*

Es bastante unánime la sensación de que la lactancia ha influido en su sexualidad de una manera u otra, los comentarios al respecto son variados y polarizados. Varias de ellas comparten la sensación de que el pecho ha dejado de tener las connotaciones sexuales y eróticas para dar paso a pertenecer y ser únicamente el alimento de sus bebés.

*“También es algo muy sensual, quiero decir (...) estar en contacto con ese bebé, creo que es algo sexual también de otra forma, yo lo veo así, o sensual al menos”.*

*“Ahora mismo parece imposible (...) que vaya a convertirse otra vez en algo sexual”.*

*“El pecho lo he vaciado de contenido erótico y se lo he dado de contenido biológico”.*

*“Tus tetas no son tus tetas. (...) ya no son más algo sexual, se transforman en comida, se transforman en vínculo”.*

*“Ahora son como propiedad de mi hijo y me gusta que sea así (...)”.*

*“Cuando te miras, al menos yo, me veo más madre que mujer. (...) No te ves tan apeteciente o sexual o sexy”.*

Mencionan cambios respecto a la sensibilidad del pecho, en especial de los pezones, que en la mayoría de los casos ha influido también en su respuesta sexual a la estimulación de los mismos.

*“Disminución diría yo, porque para mí era un arma, un instrumento bastante sexual, tenía bastante sensibilidad, ahora (...) se ha desensibilizado por todo este estímulo que hay”.*

*“Yo creo que los pechos ahora tienen sensaciones nuevas que antes no tenían. Son mucho más sensoriales, pero dirigidos a un bebé, no dirigidos a la fiesta que es el sexo”.*

*“Al principio muy sensibles. Era una sensación muy rara y luego nada, se pusieron super duros y se acostumbraron, a veces ni me entero. Pero en cambio sí me toca mi pareja enseguida lo noto más y no me gusta y lo aparto”.*

*“Los pezones están más sensibles, pero no para bien, me molestan”.*

Todas las mujeres afirman que les gustaba en mayor o menor medida la estimulación del pecho durante los encuentros sexuales previa lactancia. Sin embargo, ahora la mayoría refiere cambios a este nivel en las dinámicas con sus parejas y han tenido que modificar la manera de estimularlos, incluso hay casos que son ellos quienes han dejado de lado el pecho.

*“Ahora no hacemos tanta estimulación de pecho porque si no se queda todo empapado de leche. Entonces es más fácil si me quedo con el sujetador puesto”.*

*“Cuando ya estás con toda la faena entonces sí que me olvido un poco de esta parte y sí que le ofrezco también los pechos y que pueda tocarlos, besarlos”.*

*“Me ha dolido un montón (...) y le he pedido que sea más suave, pero sí que seguimos estimulando”.*

*“A nivel vaginal sí que sabes que vas a tardar en recuperarte (...) del pecho no se habla tanto y no me planteé cómo afectaría eso a mi pareja”.*

*“Para él es como que el pecho ha desaparecido un poco. Entonces sexualmente afecta”.*

*“Lo siento diferente, yo creo que quizás siento más satisfacción que antes”.*

*“Para mí ha creado un poco de distancia con mi pareja en el sentido de que no quiero que me toque las tetas como algo físico o sexual”.*

*“Lo echo de menos porque era algo que me gustaba mucho, pero ya volverá”.*

*“Está prohibida. Incluso me molesta”.*

*“Tengo muy claro que hasta que de pecho mis tetas son de mi hijo. De momento no forma parte del juego”.*

Amamantar involucra directamente un nuevo fluido en la vida de la mujer y la oxitocina, que está presente en grandes cantidades durante las relaciones sexuales, es la responsable de su eyección, lo que podría provocar su salida durante éstas. Son diferentes las reacciones que han tenido tanto ellas como sus parejas cuando lo han notado, siendo lo más generalizado la naturalidad y el humor.

*“La primera vez sí que era como jostras! Pero después ya si sale, sale”.*

*“De reír, sin más, tranquila”.*

*“Fue como ternura, es nuevo, forma parte de esta nueva etapa”.*

*“No me mola. Me produce un poco de cosa extraña. Es como la mezcla de la mujer*

*y la madre. Cuando ocurrió hemos seguido, porque ha sido a lo mejor unas gotitas.*

*La primera vez flipé, me sentí extraña porque para mí lo vinculo a mi hija”.*

Las entrevistadas coinciden en sus relatos desvinculando totalmente de lo sexual o erótico que sus parejas hayan probado la leche, sea cual sea la manera cómo lo hayan hecho, además que aproximadamente la mitad de las parejas no la han querido probar.

*“Me lo ha pedido él, la quería probar. Le dije: ¿oye tengo un vaso, quieres probarlo? (...) Otra vez intentó succionar; fueron dos segundos, obviamente nada más. Era como un juego total y no había nada erótico, sexual, era en plan risas”.*

*“Lo teníamos hablado (...) Yo creo que para él está bien haber lamido y probado con el vasito, que lo demás es para Nil (...) Yo creo que relaciona el succionar con Nil”.*

*“Succionando no creo que me guste, no me lo ha propuesto tampoco”.*

*“Le pregunté si quería probar y él dijo que no, que le parecía algo muy raro y casi como canibalismo”.*

*“Le dije de probar y bastante reacio al contacto con la leche, en plan esto no es mío, no me pertenece”.*

*“Hice una mastitis, chupaba el padre para sacar la leche, pero la escupía”.*

*“Me sorprende mucho (...) Pero no quiso, no sé por qué, al final es el alimento de tu hijo”.*

## DISCUSIÓN

Son muchas las respuestas sexuales que una mujer y las combinaciones de respuestas que una pareja puede experimentar ante la incorporación de la lactancia materna a sus vidas.

Tras escuchar los testimonios de las participantes los resultados muestran una perspectiva de la lactancia materna bastante invisibilizada. Se corrobora con la revisión realizada la variabilidad de respuestas ante la estimulación de los pechos por parte de las parejas, principalmente por los cambios de sensibilidad y por el cambio de significado y significantes que se le otorgan al pecho en esta etapa (9,7,11).

Algo alejada de los resultados es la información encontrada en uno de los artículos revisados acerca de la incorporación de la leche a las relaciones sexuales (7). Según la bibliografía empleada hay temas como la lactancia erótica y otros juegos de lactancia (10,12,13,18) que no se han podido explorar en este estudio por no tener representación entre la muestra, al haber una limitación de muestreo que no se adapta para profundizar en conductas



sexuales, que como se ha visto, no son generalizadas.

Por ello sería muy interesante poder investigar estos aspectos en profundidad, para lo que se tendría que plantear una metodología diferente y focalizada en estos aspectos para explorarlos y comprenderlos. Se tendría en consideración poder invitar a que compartan también sus experiencias y perspectivas las parejas de las mujeres lactantes para que pueda ser aún más completo el abordaje de la temática.

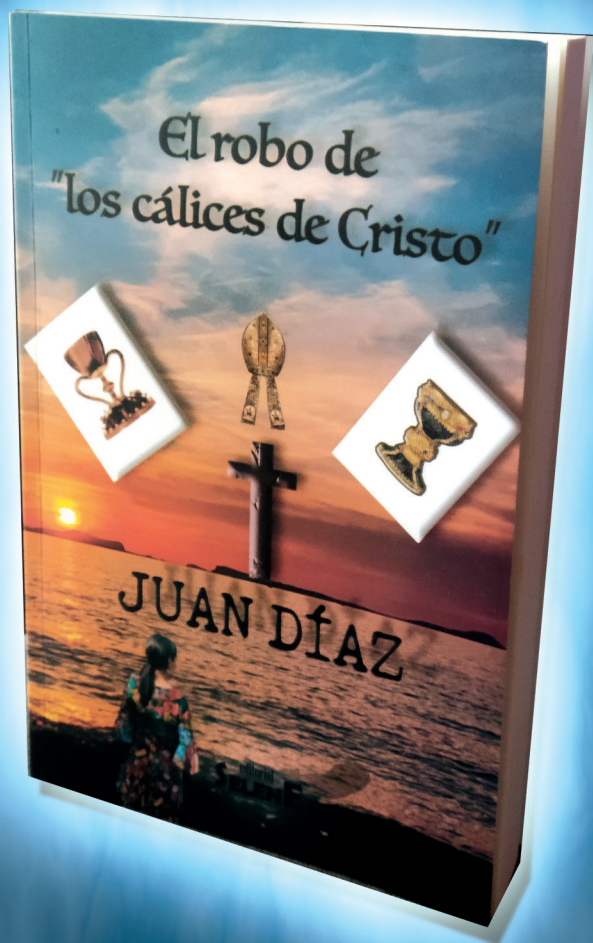
## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la salud. Salud sexual. [internet] OMS. [citado 10 Abr2023] Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1) World Association for sexual health. Definitions of professional specialties. [internet] Sydney: Definitions accepted by the WAS General Assembly. [citado 26 Abr 2023]; 2007 Apr; Sydney, Australia; 2007. Disponible en: <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/definitions-of-professional-specialties.pdf>
2. Díaz Gómez NM. Sexualidad y lactancia materna. Grado en Enfermería, Universidad de la Laguna. [internet] 2019 [citado 5 May 2023]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15119/Sexualidad%20y%20lactancia%20materna..pdf?sequence=1>
3. Ortiz González M, García Mani S, Colldeforns Vidal M. Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. *Matronas Prof.* [internet] 2010 [citado 24 Abr 2023]; 11(2): 45-52. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol11n2pag45-52.pdf>
4. Dixon M, Booth N, Powell R. Sex and relationships following childbirth: a first report from general practice of 131 couples. *Br J Gen Pract.* [internet] 2000 [citado 28 Abr 2023]; 50: 223-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313658/pdf/10750236.pdf>
5. Massó Guijarro E. Deseo Lactante: Sexualidad y política en el lactivismo contemporáneo. *Rev. Antropol. Experimental.* Universidad de Jaén. [internet] 2013 [citado 25 Mar 2023]; 13(31): 515-29. Disponible en: <http://revista.ujaen.es/huesped/rae/articulos2013/31masso13.pdf>
6. Polomeno V. Sex and Breastfeeding: An Educational Perspective. *J Perinat Educ.* [internet] 1999 [citado 1 May 2023]; 8(1): 30-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3431754/pdf/JPE080030.pdf>
7. Hervada N. Lactancia y Erotismo. *Mimos y Teta* [internet] 2013 [citado 5 May 2023]. Disponible en: <http://mimosytetablog.com/lactancia-y-erotismo/>
8. López Puerto AL, Gutierrez Cardozo PA, Campos Neira MD, Calderón Espejo CV. Sexualidad, erotismo y amor en el embarazo y postparto. Trabajo de Grado, Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia. [internet] 2020 [citado 7 May 2023]. Disponible en: <https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/e5401c16-37e9-4dc3-8fa3-86ab05b0b424/content>
9. Pérez Más N. Lactancia erótica, ¿sentirías placer amamantando a tu pareja?
10. Marie Claire [internet] 2016 [citado 12 Abr 2023] Disponible en: <https://www.marie-claire.es/planeta-mujer/29201.html>
11. Cañero Ruiz J. Lactancia adulta, ¿moda, fetichismo o expresión del patriarcado?
12. Pikara Magazine [internet] 2022 [citado 12 Abr 2023] Disponible en: <https://www.pikaramagazine.com/2022/03/lactancia-adulta-moda-fetichismo-o-expresion-del-patriarcado/>
13. Martínez G. Los adultos que toman leche materna: entre el negocio, la falta de ética y el riesgo. *El confidencial* [internet] 2022 [citado 6 May 2023]. Disponible en: [https://www.elconfidencial.com/espana/2022-01-29/adultos-toman-leche-materna-negocio-etica-riesgo\\_3363657/](https://www.elconfidencial.com/espana/2022-01-29/adultos-toman-leche-materna-negocio-etica-riesgo_3363657/)
14. Lactancia erótica. *Psicología Vazin.* Disponible en: [https://www.vazin.com/lactancia-ertica.html?utm\\_content=expand\\_article](https://www.vazin.com/lactancia-ertica.html?utm_content=expand_article) 'Relational, and strange': A preliminary foray into a project to queer breastfeeding
15. Fiona Giles Published online: 09 Jun 2010. *Australian Feminist Studies*, Vol. 19, No. 45, November 2004. <https://doi.org/10.1080/0816464042000278981> Lactancia adulta-Amamantando adultos: Club de lactofilia. Disponible en: <http://www.amamanta.me/>
16. Orribo Morales O. Evaluación de la función sexual y anticoncepción de la mujer durante la lactancia materna. Trabajo final de Máster. Sociedad Española de Contracepción. [internet] Nov 2013 [citado 29 Mar 2023]. Disponible en: [https://hosting.sec.es/Memorias\\_Master/Sexualidad/](https://hosting.sec.es/Memorias_Master/Sexualidad/)

- Olivia\_Orribo\_Canarias.pdf
17. Florencio A, Pacheco Van der Sand IC, Beheregaray Cabral F, Dos Santos Colomé IC, Oliveira Girardon-Perlini NM. Sexuality and breastfeeding: concepts and approaches of primary health care nurses. *Rev Esc Enferm USP*. [internet] 2012 [citado 1 May 2023]; 46(6):1321-27. Disponible en: [https://www.scielo.br/j/reeusp/a/n8LfnWn\\_cXnvC5FtHgJFVDGQ/?format=pdf&lang=en](https://www.scielo.br/j/reeusp/a/n8LfnWn_cXnvC5FtHgJFVDGQ/?format=pdf&lang=en)
  18. Levin RJ. The breast/nipple/areola complex and human sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*. Editorial Routledge [internet] 2006 [citado 20 Abr 2023]; 21(2): 237-49. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14681990600674674>

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](http://www.selenelibros.com) (digital)**



## ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

### El deseo sexual en personas trans en tratamiento médico: Estudio caso-control con personas cis

#### Sexual Desire in Trans People in Medical Treatment: Case-Control Study with Cis People

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

1. Psicóloga General Sanitaria. Forum Salud Mental Oviedo (España). [andreaperezgarciaa@gmail.com](mailto: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. (España). [maria050356@gmail.com](mailto:maria050356@gmail.com).
3. Profesora Titular en Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. (España).. [elenagv@uniovi.es](mailto: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. (España). [patryguerra@hotmail.com](mailto:patryguerra@hotmail.com)

#### RESUMEN

El **deseo** sexual depende de factores biopsicosociales. El objetivo de este estudio es comparar el deseo sexual de las personas trans que siguen algún tipo de tratamiento médico con el de personas cisgénero, igualando variables de control. El grupo casos estuvo compuesto por personas trans de la unidad de género de Asturias (N=24) y el grupo control lo conformaron personas cis (N=51), de las cuales n=13 eran mujeres que tomaban tratamiento hormonal. Ambos grupos cumplimentaron un cuestionario demográfico y la versión española del “Sexual Desire Inventory” (SDI). Entre Hombres Trans (HT) y Hombres Cis (HC) existen diferencias significativas en el Deseo Sexual diádico y total. Entre Mujeres Trans (MT) y Mujeres Cis (MC) las diferencias involucran al DS solitario y total; mientras que entre MT y MC que reciben tratamiento hormonal anticonceptivo,

las diferencias solo se dan en el DS solitario. En el deseo sexual están implicados diferentes factores, siendo el tratamiento médico solo uno de ellos.

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

#### ABSTRACT

Sexual desire depends on biopsychosocial factors. The objective of this study is to compare the sexual desire of trans people who follow some type of medical treatment with that of cisgender people, equalizing control variables. The case group was made up of trans people from the gender unit of Asturias (N=24) and the control group was made up of cis people (N=51), of which n=13 were women taking hormonal treatment. Both groups completed a demographic questionnaire and the Spanish version of the Sexual Desire Inventory (SDI). Between Trans Men (TM) and Cis Men (CM) there are significant differences in dyadic and total Sexual Desire. Between Trans Women (TW) and Cis Women (CW) the differences involve the solitary and total DS; while between TW and CW who receive contraceptive hormonal treatment, the differences only occur in solitary DS. Different factors are involved in sexual desire, medical treatment being only one of them.

#### CORRESPONDENCIA:

**Andrea Pérez García**

Forum Salud Mental Oviedo  
C/ Siero, 3  
33010 Oviedo, Asturias (España).  
[andreaperezgarciaa@gmail.com](mailto:andreaperezgarciaa@gmail.com)



**Keywords:** Sexual Desire, Transgender people, Cisgender People, Hormonal Therapy, Sexual Desire Inventory (SDI).

## INTRODUCTION

El deseo sexual ha sido históricamente un concepto complejo y difícil de determinar, del que no hay una definición consensuada; si bien, las descripciones desde enfoques multidimensionales han sido las que más se han aproximado a este constructo. Para Fuertes y López (1997) (1) el deseo sexual surge de la interacción entre un estado de activación neurofisiológica, una disposición cognitiva emocional, y la presencia de estímulos sexuales externos o internos. Levine (2003) (2) propone que el deseo sexual se genera por medio de la acción conjunta de tres componentes: Drive o impulso: componente biológico que tiene una anatomía y fisiología neuroendocrina; Motivación: componente psicológico que se ve influenciado por estados mentales personales como alegría o tristeza, estados interpersonales como afecto mutuo, además de por aspectos del contexto social como la duración de la relación o la infidelidad; y Deseo: componente cultural que refleja valores y reglas sociales sobre el comportamiento sexual. Los modelos que se han ido proponiendo, a pesar de sus particularidades, comparten que el deseo sexual implica elementos biológicos, psicológicos y culturales (3).

La gran cantidad de factores con los que se interrelaciona el deseo, puede ser el motivo de que haya sido tan poco estudiado; a pesar de que algunos estudios afirman que el bajo interés o deseo sexual es una de las disfunciones sexuales predominantes (4-8). Una amplia investigación en mujeres estadounidenses reportó una prevalencia del 38,7%, siendo el problema sexual más frecuente para cualquier grupo de edad (7). Otro estudio que recoge datos de hasta 29 países, afirma que la tasa de bajo deseo sexual se sitúa entre el 26 y 43% para las mujeres; y entre un 13 y un 28% para los hombres, para los que estaba asociado con una edad avanzada (5). En España se encontraron porcentajes similares. Ballester Arnal y Gil Llarío (4) sitúan esta cifra en 37% para las mujeres, frente a un 25% en los hombres. A pesar de estos estudios, los datos acerca de la prevalencia real del bajo deseo sexual son limitados, puesto que la mayoría se centran en poblaciones con una condición determinada; en un rango de mediana o avanzada edad; y pocos incluyen ambos géneros, por lo que deben ser interpretados con cautela (8).

Una variable importante en el deseo parece ser el sexo, del cual se derivan diferencias tanto biológicas como psicológicas (9), que condicionan en gran medida el deseo sexual. En cuanto a la fisiología, destaca el

papel que juegan las hormonas sexuales, también conocidas como esteroides gonadales, cuya síntesis tiene lugar principalmente en los testículos y los ovarios; también, aunque en menor cantidad, se producen en tejidos periféricos como la piel, el hígado, el cerebro y las glándulas mamarias. Dichas hormonas regulan la diferenciación sexual, la expresión de caracteres sexuales secundarios y los patrones de comportamiento sexual (10).

Se ha demostrado que un tratamiento con testosterona, con dosis controladas, aumenta las fantasías sexuales en hombres (11); aunque no se ha encontrado que dosis por encima de los niveles normales mejoren significativamente la función sexual (12); sí se ha hallado una mejora en algunos aspectos de esta, como el interés sexual (13). En mujeres, se ha establecido una relación entre el deseo sexual hipoactivo y bajos niveles de testosterona (14), las cuales reportaron mayores niveles de deseo después de la terapia con testosterona transdérmica (15); siendo considerado uno de los tratamientos más eficaces en los últimos años, a dosis controladas (16). Otras líneas de investigación plantearon qué rol juegan las hormonas sexuales femeninas en el deseo sexual, encontraron que la progesterona ejercía un efecto negativo sobre las puntuaciones totales de deseo, no estando tampoco estas relacionadas con los niveles de testosterona (17); en cambio, un estudio pionero sí halló relación entre un tratamiento con testosterona y aumentos en el interés sexual, a diferencia del estradiol que no ejerció influencia (18). Otros estudios sí reportan una influencia positiva de esta, aunque reconocen que quizás fuese debido a que experimentaron mayor satisfacción consigo mismas (19).

Otra variable con evidencia probada sobre la merma del deseo son los anticonceptivos, los cuales actúan aumentando los niveles de progesterona, y disminuyendo los de testosterona (20). Aunque la evidencia no es concluyente, pues también mejoran la salud sexual, disminuyendo la irregularidad y el dolor menstrual (21). Todos estos estudios muestran que las hormonas juegan un papel importante en el deseo sexual de ambos sexos, sin embargo, que haya hallazgos contradictorios sugiere que no son determinantes.

Costa et al. (22) proporcionaron evidencia de que el deseo es más dependiente de la testosterona en mujeres sin pareja, y para las que estaban presentes determinadas características psicológicas. Parece que la presencia o ausencia de una relación de pareja condiciona en gran medida el deseo. En este sentido, Spector et al. (23) en un intento de conceptualizar y crear un instrumento que midiese de forma fiable el deseo sexual, encontraron que este se compone de dos dimensiones: el deseo sexual diádico, supeditada a elementos sexuales externos,

como una pareja sentimental; y el deseo sexual solitario, impulso o fuerza que conduce a un individuo a iniciar y/o mantener una fantasía o estimulación sexual.

Las personas trans pueden ser subsidiarias tanto de tratamientos médicos diversos. Por un lado, si la pubertad no está establecida, se puede lograr detener la secreción de esteroides sexuales responsables de los cambios inherentes a la pubertad. Por otro lado, el Tratamiento Hormonal Cruzado' (THC) tiene por objetivo reducir los niveles de hormonas sexuales endógenas, para así minimizar las características sexuales secundarias del sexo biológico, reemplazándolas por las hormonas sexuales contrarias, e induciendo así cambios físicos que se correspondan con la identidad de género deseada. Tanto en los fármacos a usar, como los objetivos que se persiguen, hay más consenso para los hombres trans (HT), que para las mujeres trans (MT) (24). El tratamiento de los HT, en la mayoría de los casos, son únicamente andrógenos, ya que también tienen la capacidad de inhibición gonadotrópica. Solamente en los casos que no se produzca amenorrea, se pueden añadir análogos de la hormona liberadora de la gonadotropina. En MT, el tratamiento con estrógenos no es suficiente para conseguir los objetivos, ya que no bloquean la secreción de testosterona, teniéndose que administrarse un antiandrógeno. Los tratamientos estrogénicos han mostrado entre sus efectos clínicos una disminución de la libido. Así como también ocurre con algunos antiandrógenos disponibles en España, o los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (24).

En cuanto a los procedimientos quirúrgicos, en HT se llevan a cabo histerectomía y doble anexectomía, también faloplastia, aunque con resultados menos funcionales (24). Además de otras intervenciones que permiten adaptar los caracteres sexuales secundarios, como la mastectomía, mostrando un impacto positivo en la calidad de vida (25). En MT, se utiliza la vaginoplastia; también existen otras cirugías como mamoplastia de aumento, cirugía facial y/o corporal feminizante (26). Para ambos sexos se halló que al año de practicarse las cirugías de afirmación de género el deseo sexual había aumentado (27-28). En MT, había diferencias positivas entre las que había realizado una vaginoplastia y las que estaban en lista de espera para realizarla (29).

Datos acerca de la prevalencia arrojan que un 45% de MT presentan un bajo deseo sexual, así como un 21% de los HT (30). En una investigación previa se ha analizado si existen diferencias en el deseo sexual de personas trans a lo largo de las distintas fases del proceso de afirmación de género. Sin embargo, se conoce que éste no es un factor determinante, sino dependiente de muchos otros factores. Elaut et al. (31) encontraron que las MT tenían menores niveles de testosterona total y libre en comparación con

las mujeres cisgénero (Cis), y que éstos no se relacionaban con las medidas de deseo sexual en MT, pero sí existía una correlación positiva en mujeres cis.

Para dar respuesta a estos interrogantes, el objetivo del presente estudio pretende comparar si existen diferencias en el deseo sexual entre personas trans que están recibiendo tratamientos médicos y un grupo control de personas cis.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Método

#### *Participantes*

Para la realización de este estudio se conformaron dos grupos: el grupo casos y el grupo control. El grupo casos está compuesto por 24 personas trans que reciben tratamientos médicos y que son usuarios de la Unidad de Identidad del Principado de Asturias. El grupo casos tiene una edad comprendida entre los 16 y los 48 años y una media de 25,42 años (DT=7,66). Del total del grupo de casos, 15 son Hombres Trans (HT) y 9 son Mujeres Trans (MT). El grupo control está compuesto por 51 personas cis: 25 Hombres Cis (HC), 13 Mujeres Cis (MC) y 13 Mujeres Cis a Tratamiento Hormonal Anticonceptivo (MC-THA). Los HC y MC tienen un rango de edad de 17 a 45 años (Media= 24,13 años; DT= 6,77). Las MC-THA tienen una edad comprendida entre los 18 y los 36 años (Media= 24,92 años; DT= 4,96).

### 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. (23) – Inventario de Deseo Sexual. Este cuestionario ha sido validado al español por Ortega et al. (32).

En el cuestionario socio-demográfico se incluyeron las siguientes variables: a) Edad: variable continua por lo que no se establecen categorías; b) Género: hace referencia al género sentido, en función de las respuestas fue clasificado como: masculino o femenino; c) Orientación sexual: esta variable fue de respuesta libre, siempre entendiendo la orientación respecto al género sentido, en función de sus respuestas se establecieron los grupos: heterosexual, homosexual, bisexual, pansexual, asexual, no sabe; d) Situación laboral/académica: es una variable dicotómica que se clasifica en función de si están actualmente en activo o no; e) Relación de pareja: es una variable dicotómica que se categoriza en función de la presencia o ausencia de relación de pareja. En caso de estar presente se recogen algunos parámetros de la misma como: Satisfacción general con la relación: se mide en una escala Likert desde 1 ("muy insatisfecho") a 5 ("muy satisfecho"); Identidad de género de su pareja:

en función de las respuestas se ha clasificado como cisgénero o transgénero; Orientación sexual de su pareja: clasificada igual que la orientación propia; y fecha de inicio de la relación: esta variable se ha cuantificado en función de los meses transcurridos desde el inicio de la relación hasta la fecha de evaluación.

La versión del SDI validada al castellano ha sido utilizada en otros estudios mostrando una adecuada fiabilidad (33). Consta de 13 ítems y dos factores: deseo sexual diádico y deseo sexual 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 los 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 deseo sexual 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 a 9, que hacen referencia al deseo o interés de participar en una actividad sexual con otra persona, en relación con una persona atractiva o en una situación romántica. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 70.

- Deseo sexual solitario: concierne a los ítems 10 a 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 con sus coetáneos. El rango de puntuaciones varía entre 0 y 31. Actualmente no constan investigaciones que hayan usado la versión española del SDI en personas trans. No obstante, al no existir otra escala validada en español para cuantificar el deseo sexual en esta población, se ha utilizado este instrumento, ya que el uso de la versión original si ha sido probado en personas trans (27-28,31,34).

### Procedimiento

Una vez recabadas las autorizaciones pertinentes (otorgadas por la Comisión de Investigación del Área Sanitaria III, Hospital Universitario San Agustín de Avilés; la Gerencia del Área Sanitaria III y el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias), se procedió a la reclutación de los participantes y recogida de datos, previa información

y consentimiento informado. La recogida de los datos del grupo casos se realizó de forma presencial cuando acudían a las consultas programadas en la unidad, fueron seleccionados por muestreo no probabilístico de carácter intencional. Para la recogida de los datos del grupo control (HC, MC y MC-THA) se utilizó la aplicación Google Forms, la cual fue distribuida vía online a través del procedimiento de bola de nieve. De un total de 1019 personas que completaron la evaluación de forma auto-aplicada, se realizó un muestreo intencional para seleccionar personas del grupo control con características similares a las del grupo casos, para intentar reducir al máximo diferencias debidas a otras variables que no sean la identidad de género.

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se presenta el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas para diferentes grupos. En el caso del grupo control (N=51) se han diferenciado los estadísticos descriptivos de las personas cisgénero sin tratamiento hormonal (n=38) de las mujeres cisgénero con tratamiento hormonal anticonceptivo (n=13).

**Tabla 1.** Medias y frecuencias de variables sociodemográficas en los diferentes grupos

| G.Casos –Trans<br>n=24                  |              | G.Control.<br>N=51 |              |
|-----------------------------------------|--------------|--------------------|--------------|
|                                         | M (DT)       | M (DT)             | M (DT)       |
| <b>Edad</b>                             | 25,42 (7,66) | 24,13 (6,77)       | 24,92 (4,96) |
|                                         | n (%)        | n (%)              | n (%)        |
| <b>Género</b>                           |              |                    |              |
| Masculino                               | 15 (62,5)    | 25 (65,8)          | 0 (0)        |
| Femenino                                | 9 (37,5)     | 13 (34,2)          | 13 (100)     |
| <b>Orientación sexual</b>               |              |                    |              |
| Heterosexual                            | 9 (37,5)     | 16 (42,1)          | 9 (69,2)     |
| Homosexual                              | 2 (8,3)      | 3 (7,9)            | 1 (7,7)      |
| Bisexual                                | 7 (29,2)     | 16 (42,1)          | 3 (23,1)     |
| Pansexual                               | 4 (16,7)     | 1 (2,6)            | 0 (0)        |
| Asexual                                 | 1 (4,2)      | 1 (2,6)            | 0 (0)        |
| No sabe                                 | 1 (4,2)      | 1 (2,6)            | 0 (0)        |
| <b>Situación laboral/<br/>académica</b> |              |                    |              |
| Activo                                  | 20(83,3)     | 33 (86,8)          | 13 (100)     |
| Parado                                  | 4 (16,7)     | 5 (13,2)           | 0 (0)        |
| <b>Relación de pareja</b>               |              |                    |              |
| Con pareja                              | 9(37,5)      | 15 (39,5)          | 5 (38,5)     |
| Sin pareja                              | 15 (62,5)    | 23 (60,5)          | 8 (61,5)     |

Notas: N= Tamaño de la muestra; M= Media; DT= Desviación Típica; %= Frecuencia en porcentaje; G. Casos=Grupo casos; G. Control=Grupo Control; MC-T.H.A.=Mujeres Cis con Tratamiento Hormonal Anticonceptivo.

En la Tabla 2 se incluye el análisis descriptivo de los parámetros relativos a la relación de pareja para las

personas que se encuentran en una relación sentimental en los diferentes grupos. No todas las personas del estudio se encuentran en relaciones de pareja.

A continuación, se presentan los resultados que estudian si existen diferencias estadísticamente significativas en el deseo sexual entre personas trans y personas cis en función del género. En primer lugar, cuando se comparan los resultados de HT pertenecientes al grupo de tratamientos médicos con HC (Tabla 3), se observan diferencias significativas en las puntuaciones del deseo sexual diádico ( $p=.01$ ) y total ( $p=.02$ ). En cuanto al deseo sexual diádico, los HT tienen una puntuación menor ( $RP=11,5$ ) que los HC ( $RP=19,5$ ), teniendo un gran efecto el tamaño de estas diferencias ( $d=1,02$ ). De manera similar ocurre en el deseo sexual total, en que los HC tienen un mayor deseo ( $RP=19,3$ ) que los HT ( $RP=11,7$ ), con un gran tamaño del efecto ( $d=.957$ ). En cuanto al deseo sexual solitario no se observan diferencias ( $p=.17$ ).

Por lo que respecta a la comparación de los datos entre MT a tratamiento médico y MC sin tratamientos (Tabla 4), existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del deseo sexual solitario ( $p=.01$ ), con un gran efecto de las mismas ( $d=1,599$ ), siendo muy superior para MC ( $RP=12,83$ ) con respecto a MT ( $RP=6,17$ ). En el deseo sexual con respecto a otra persona no hay diferencias entre los grupos ( $p=.35$ ). No obstante, en relación con el total se observa nuevamente un mayor deseo en MC ( $RP=11,94$ ) frente a MT ( $7,06$ ); siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p=.05$ ) y con un tamaño del efecto grande ( $d=1,03$ ).

En cuanto a la comparativa entre las MT a tratamiento hormonal y MC-THA, se encuentran diferencias significativas en el deseo sexual solitario ( $p=.05$ ), siendo mayor en MC ( $RP=11,89$ ) que en las mujeres trans ( $RP=7,11$ ) y teniendo un gran efecto estas diferencias ( $d=1,001$ ). No se encuentran diferencias con respecto al deseo en relación con otra persona ( $p=.69$ ) y al total ( $p=.20$ ) (Tabla 5).

En cuanto a la comparación del total de personas trans a tratamiento y un mismo número y distribución en cuanto al género de personas cis, se observan diferencias estadísticamente significativas para todas las puntuaciones del SDI, siendo el deseo superior en personas cis y con tamaños del efecto grandes (Tabla 6).

**Tabla 2.** Medias y frecuencias de parámetros de la relación en los distintos grupos

|                                                                                                                                                                                                              | G.Casos                   |              |                  |                 | G.Control       |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------------|
|                                                                                                                                                                                                              | G.Casos.-<br>Trans<br>N=9 | MT<br>n=3    | HT<br>n=6        | HC<br>n=6       | MC<br>n=3       | MC-<br>T.H.A.<br>n=3 |
| <b>M (DT)</b>                                                                                                                                                                                                |                           |              |                  |                 |                 |                      |
| <b>Tiempo<br/>relación</b>                                                                                                                                                                                   | 38,11 (51,3)              | 41<br>(4,58) | 36,67<br>(64,77) | 34,67<br>(77,1) | 19,33<br>(25,7) | 18,67<br>(25,42)     |
| <b>n (%)</b>                                                                                                                                                                                                 |                           |              |                  |                 |                 |                      |
| <b>Identidad<br/>pareja</b>                                                                                                                                                                                  |                           |              |                  |                 |                 |                      |
| Cisgénero                                                                                                                                                                                                    | 7 (77,8)                  | 3 (100)      | 4 (66,7)         | 5 (83,3)        | 3 (100)         | 3 (100)              |
| Transgénero                                                                                                                                                                                                  | 2 (22,2)                  | 0 (0)        | 2 (33,3)         | 1 (16,7)        | 0 (0)           | 0 (0)                |
| <b>Orientación<br/>pareja</b>                                                                                                                                                                                |                           |              |                  |                 |                 |                      |
| Heterosexual                                                                                                                                                                                                 | 2 (22,2)                  | 1 (33,3)     | 1 (16,7)         | 2 (33,3)        | 2 (66,7)        | 1 (33,3)             |
| Homosexual                                                                                                                                                                                                   | 0 (0)                     | 0 (0)        | 0 (0)            | 0 (0)           | 0 (0)           | 0 (0)                |
| Bisexual                                                                                                                                                                                                     | 6 (66,7)                  | 2 (66,7)     | 4 (66,7)         | 4 (66,7)        | 1 (33,3)        | 2 (66,7)             |
| Pansexual                                                                                                                                                                                                    | 1 (11,1)                  | 0 (0)        | 1 (16,7)         | 0 (0)           | 0 (0)           | 0 (0)                |
| <b>Satisfacción</b>                                                                                                                                                                                          |                           |              |                  |                 |                 |                      |
| Muy insatisfecho                                                                                                                                                                                             | 0 (0)                     | 0 (0)        | 0 (0)            | 0 (0)           | 0 (0)           | 0 (0)                |
| Insatisfecho                                                                                                                                                                                                 | 0 (0)                     | 0 (0)        | 0 (0)            | 0 (0)           | 0 (0)           | 0 (0)                |
| Indiferente                                                                                                                                                                                                  | 1 (11,1)                  | 0 (0)        | 1 (16,7)         | 2 (33,3)        | 0 (0)           | 0 (0)                |
| Satisfecho                                                                                                                                                                                                   | 4 (44,4)                  | 0 (0)        | 4 (66,7)         | 2 (33,3)        | 0 (0)           | 0 (0)                |
| Muy satisfecho                                                                                                                                                                                               | 4 (44,4)                  | 3 (100)      | 1 (16,7)         | 2 (33,3)        | 3 (100)         | 3 (100)              |
| Notas: N= Tamaño de la muestra; M= Media; DT= Desviación Típica; %= Frecuencia en porcentaje; G. Casos=Grupo casos; G. Control=Grupo Control; MC-T.H.A.=Mujeres Cis con Tratamiento Hormonal Anticonceptivo. |                           |              |                  |                 |                 |                      |

**Tabla 3.** Prueba U de Mann Whitney y rangos promedio en HT a tratamiento y HC

|                                                                                                                                                                  |          |          |          | HT<br>n=15 | HC<br>n=15 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|------------|------------|
|                                                                                                                                                                  | <i>U</i> | <i>p</i> | <i>d</i> | RP         | RP         |
| <b>PD DS<br/>Diádico</b>                                                                                                                                         | 52,5     | 0,01     | 1,02     | 11,5       | 19,5       |
| <b>PD DS<br/>Solitario</b>                                                                                                                                       | 79,5     | 0,17     | 0,516    | 13,3       | 17,7       |
| <b>PD DS<br/>Total</b>                                                                                                                                           | 55,5     | 0,02     | 0,957    | 11,7       | 19,3       |
| 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 MT a tratamiento y MC

|                    |          |          |          | MT<br>n=9 | MC<br>n=15 |
|--------------------|----------|----------|----------|-----------|------------|
|                    | <i>U</i> | <i>p</i> | <i>d</i> | RP        | RP         |
| PD DS<br>Diádico   | 30       | 0,35     | 0,448    | 8,33      | 10,67      |
| PD DS<br>Solitario | 10,5     | 0,01     | 1,599    | 6,17      | 12,83      |
| PD DS<br>Total     | 18,5     | 0,05     | 1,03     | 7,06      | 11,94      |

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 5.** Prueba U de Mann Whitney y rangos promedio en MT con tratamiento y MC-THA

|                    |          |          |          | MT<br>n=9 | MC-THA.<br>n=9 |
|--------------------|----------|----------|----------|-----------|----------------|
|                    | <i>U</i> | <i>p</i> | <i>d</i> | RP        | RP             |
| PD DS<br>Diádico   | 36       | 0,69     | 0,188    | 9         | 10             |
| PD DS<br>Solitario | 19       | 0,05     | 1,001    | 7,11      | 11,89          |
| PD DS<br>Total     | 26       | 0,20     | 0,633    | 7,89      | 11,11          |

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 6.** Prueba U de Mann Whitney y rangos promedio en personas trans y cis

|                    |          |          |          | HT + MT<br>n=24 | HC + MC<br>n=24 |
|--------------------|----------|----------|----------|-----------------|-----------------|
|                    | <i>U</i> | <i>p</i> | <i>d</i> | RP              | RP              |
| PD DS<br>Diádico   | 159      | 0,01     | 0,832    | 19,13           | 29,88           |
| PD DS<br>Solitario | 56       | 0,01     | 0,854    | 19              | 30              |
| PD DS<br>Total     | 139      | 0,00     | 0,99     | 18,29           | 30,71           |

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.

## DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue comparar el deseo sexual de las personas trans a tratamiento médico con el de personas cis. La literatura científica ha señalado el papel que las hormonas pueden ejercer en

el deseo sexual. Por ejemplo, Defreyne et al. (28), encontraron una disminución en el deseo sexual solitario, diádico y total a los 3 meses de iniciarse tratamiento hormonal cruzado; así como que vuelven a las puntuaciones iniciales a los tres años de tratamiento. Además de las hormonas, otros factores parecen ejercer influencia en el deseo sexual. Por ejemplo, Wierckx et al. (29) sugieren que, en MT, factores como la autoimagen más positiva debido a la transición, pueden compensar la pérdida de la libido impulsada por los andrógenos. También las cirugías parecen haber demostrado mejoras en la sexualidad (35).

Atendiendo a los resultados de nuestra investigación, en cuanto a los HT y HC, existen diferencias significativas con respecto al deseo sexual diádico y deseo sexual total, siendo superior en los HC. El único estudio encontrado comparando HT y HC no ha hallado diferencias (34). Una primera hipótesis para explicar nuestros resultados podría ser que las hormonas sexuales administradas en HT no llegan a los niveles de los HC; aunque esto no puede afirmarse, ya que los niveles de hormonas sexuales no fueron medidos. Además, de ser esto así, cabría esperar que también hubiera diferencias en el deseo sexual solitario, y esto no se encuentra. Lo cual parece indicar que puede que haya factores psicológicos (entre otros, relaciones con parejas, que estén mediando en estas tendencias, en donde quizás estén las respuestas a estos interrogantes).

En cuanto a las MT y MC, se han encontrado diferencias significativas en el deseo sexual total y solitario, siendo muy notables en este último las bajas puntuaciones de las MT respecto a las MC. Algunos estudios encuentran que los niveles de testosterona son más bajos en MT a tratamiento que en MC (31). Esto no es sorprendente si tenemos en cuenta que el tratamiento hormonal en MT anula la producción de andrógenos, y que también se ven afectados con los tratamientos quirúrgicos de afirmación de género. Además, los tratamientos estrogénicos han mostrado una disminución de la libido entre sus efectos clínicos (24). Sin embargo, es sorprendente que en el deseo sexual diádico no se observe esta disminución, hallazgo que está en consonancia con Elaut et al. (31). Tal parece que en MT la falta de andrógenos está muy compensada por otros factores que actúan como amortiguadores, impidiendo que, a pesar de un



tratamiento supresor de la libido, esto no se vea reflejado en el deseo sexual diádico. Se ha hipotetizado que esto podría deberse a factores protectores como la relación de pareja y parámetros relacionados con la misma; aunque sólo el 33% de las MT a tratamiento estaban involucradas en una relación de pareja. Sin duda, es importante valorar factores psicológicos y/o contextuales diversos.

El deseo de las MT también ha sido comparado con MC-THA, es decir, mujeres que estaban recibiendo un tratamiento anticonceptivo de tipo hormonal. En este caso solo se observa una diferencia en el deseo sexual solitario, siendo mayor en las mujeres cis. Los anticonceptivos hormonales que se recetan a mujeres cis actúan aumentando los de progesterona (20), la cual tiene a disminuir los niveles de deseo (17). En las MT a tratamiento de este estudio cabe destacar que, además de hormonas sexuales femeninas, el 78% tomaba un antiandrógeno, siendo este quizás el responsable de que se sigan hallando diferencias entre estos dos grupos. Sin embargo, que estas disminuciones no fueran tan marcadas como con el grupo de mujeres cis sin tratamiento, ni involucrasen al deseo total; pone de relieve que además de los antiandrógenos, también las hormonas sexuales femeninas juegan un papel importante en el deseo sexual solitario de las MT.

En cuanto al análisis global comparativo de personas trans a tratamiento y personas cis sin tratamientos hormonales, se ha hallado un menor deseo sexual por parte de las personas trans en todas las escalas. Esto deja entrever que aún queda mucho por estudiar para determinar el porqué de estas diferencias. Aunque para dar una aproximación más certera, se recomienda comparar ambos géneros por separado, y teniendo en cuenta todas las esferas del deseo.

En conclusión, podríamos señalar que existen diferencias en el deseo entre personas trans a tratamientos médicos y personas cis, siendo el género un factor asimismo importante. Entre HC y HT las diferencias sólo se hacen notables con respecto al deseo sexual diádico. Las diferencias entre MC y MT se presentan en el deseo sexual solitario, siendo mucho más dispares cuando se comparan con mujeres cis sin tratamientos hormonales que con las que toman anticonceptivos. Esto sugiere que, el deseo sexual solitario parece ser más dependiente de las fluctuaciones hormonales, y que tanto los antiandrógenos, como las hormonas sexuales femeninas juegan un papel importante en el deseo sexual solitario de las MT. En el deseo sexual diádico puede que influyan más otros factores contextuales. Según nuestros resultados y la literatura reciente, los cambios en el deseo con el THC son más bien temporales, y relacionados con el deseo respecto a uno mismo. Todos estos hallazgos tienen implicaciones clínicas importantes que ayudarán al clínico en el asesoramiento al usuario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fuertes AM, López FS. Aproximaciones al estudio de la sexualidad. Amarú. 1997.
2. Levine SB. The nature of sexual desire: a clinician's perspective. *Arch. Sex. Behav.* 2003; 32(3), 279-285.
3. Levine SB. Reexploring the concept of sexual desire. *J. Sex Marital Ther.* 2002; 28(1), 39-51.
4. Ballester Arnal R, Gil Llarío MD. Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la comunidad valenciana. *Psicothema.* 1995; 7(1), 95-104.
5. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser D, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T. Sexual problems among women and men aged 40-80: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int. J. Impot. Res.* 2005; 17(1), 39-57.
6. Portillo Sánchez S, Pérez Medin T, Royuela A. Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. *Progresos de Obstetricia y Ginecología.* 2017; 60(4), 320-327.
7. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008; 112(5), 970-978.
8. Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Arch. Sex. Behav.* 2001; 30(2), 177-219.
9. Sánchez Bravo C, Corres Ayala NP, Blum Grynberg B, Carreño Meléndez J. Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Salud Mental.* 2009; 32(1), 43-51.
10. Cascales Angosto M. (Ed.). Mecanismos fisiológicos, y moleculares de la anticoncepción. Monografías de la Real Academia Nacional de Farmacia. 2016.
11. 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.
12. Gooren LJG. Androgen levels and sex functions in testosterone-treated hypogonadal men. *Archives of Sexual Behavior.* 1987 Dec; 16(6):463-73.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
  16. Woodis CB, McLendon AN, Muzyk AJ. Testosterone Supplementation for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Pharmacotherapy.* 2012;32(1):38–53.
  17. 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.
  18. 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.
  19. 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.
  20. Conaglen HM, Conaglen JV. Drug-induced sexual dysfunction in men and women. *Aust. Prescr.* 2013; 36(2), 42-46.
  21. Davis AR, Castaño PM. Oral contraceptives and libido in women. *Annu. Rev. Sex Res.* 2004; 15(1), 297-320.
  22. 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.
  23. 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.
  24. Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M. Atención sanitaria de la transexualidad y diversidad identitaria. Sotavento. 2020.
  25. Alcon A, Kennedy A, Wang E, Piper M, Loeliger K, Admassu N, Lentz R, Kim EA. Quantifying the psychosocial benefits of masculinizing mastectomy in trans male patients with patient-reported outcomes: The University of California, San Francisco, gender quality of life survey. *Plast Reconstr Surg.* 2021; 147(5), 731-740.
  26. Gómez Gil E, Esteva de Antonio I. Ser transexual. Glosa. 2006.
  27. 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.
  28. 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.
  29. 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.
  30. 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.
  31. 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.
  32. Ortega V, Zubeida 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.
  33. Aranaz Sánchez M, Fernández Rodríguez M, García Vega E, Guerra Mora P. ¿Sufren las mujeres usuarias de los servicios de salud mental deseo sexual hipoactivo? *Revista de sexología.* 2018;7(2), 13-18.
  34. Wierckx K, Elaut E, Van Caenegem E, Van De Peer F, Dedeker D, Van Houdenhove E, T'Sjoen G. Sexual desire in female-to-male transsexual persons: exploration of the role of testosterone administration. *Eur. J. Endocrinol.* 2011; 165(2), 331-337.
  35. 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.

## ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

## Impacto de la cirugía ginecológica para la oclusión tubárica bilateral sobre la salud sexual femenina

## Impact of gynecological surgery for bilateral tubal occlusion on female sexual health

Emergui Zrihen Y, Gutiérrez García LE, Barahona San Millan E, Conejero Crespo C, Carballo Rastrilla S, Martín Martínez A

*Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de las Palmas de Gran Canaria*

## RESUMEN

**Introducción:** La oclusión tubárica bilateral (OTB) es uno de los métodos de planificación familiar más utilizados en la actualidad. Las pacientes no reciben una adecuada información sobre las posibles consecuencias en la salud sexual tras la realización de una técnica quirúrgica por una patología ginecológica, teniendo en cuenta que la sexualidad es un aspecto clave de la salud de la mujer.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes desde octubre de 2020 hasta octubre de 2022, del que se obtuvo un tamaño muestral de 67 pacientes. Se realizó una valoración mediante un cuestionario FSM de la función sexual femenina de las pacientes sometidas a una oclusión tubárica bilateral antes y después de la realización de la misma.

**Resultados:** De las 67 pacientes que inicialmente participaron en el estudio contestando al primer cuestionario, 41 pacientes completaron también el segundo cuestionario. La media de edad fue de 35 años,

con una media de IMC de 25.88. 6 pacientes (8.96 %) tenía alguna enfermedad que afectara a la función sexual. 8 pacientes (11.98%) referían antecedentes de cirugías previas. El 7.46 % de las pacientes consumía fármacos que pudieran afectar a la función sexual. Al comparar las respuestas obtenidas en el primer y segundo test en relación a las preguntas que evalúan la respuesta sexual y presencia de disfunción sexual, se objetivó que ninguna presentaba trastorno en esta área. El 96.9 % de las pacientes se encontraban satisfechas en la actividad sexual. El 69.4 % de las pacientes presentaba una frecuencia de la actividad sexual de entre 1-8 veces al mes.

**Conclusión:** La oclusión bilateral tubárica no afecta en la salud sexual de las pacientes que han participado en nuestro estudio. Es importante realizar un adecuado asesoramiento con el objetivo de crear unas expectativas reales y dar información adecuada sobre las consecuencias de algunas técnicas sobre la salud sexual.

**Palabras clave:** Ligadura tubárica bilateral, disfunción sexual, planificación familiar, salud sexual.

## CORRESPONDENCIA:

## Yonit Emergui Zrihen

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Servicio de Obstetricia y Ginecología  
Avenida Marítima del Sur s/n  
35016-Las Palmas de Gran Canaria  
yonittata@hotmail.com

## ABSTRACT

**Introduction:** Bilateral tubal occlusion (BTO) is one of the most used family planning methods today. Patients do not receive adequate information about the possible consequences on sexual health after performing a surgical technique for a gynecological pathology, taking into account that sexuality is a key aspect of women's health.

**Material and methods:** Prospective observational study in which patients were included from October 2020 to October 2022, from which a sample size of 67 patients was obtained. An assessment was carried out using a FSM questionnaire of the female sexual function of the patients undergoing bilateral tubal occlusion before and after its performance.

**Results:** Of the 67 patients who initially participated in the study by answering the first questionnaire, 41 patients also completed the second questionnaire. The mean age was 35 years, with a mean BMI of 25.88. 6 patients (8.96%) had a disease that affected sexual function. 8 patients (11.98%) reported a history of previous surgeries. 7.46% of the patients consumed drugs that could affect sexual function. When comparing the answers obtained in the first and second tests in relation to the questions that evaluate sexual response and presence of sexual dysfunction, it was observed that none of them presented a disorder in this area. 96.9% of the patients were satisfied with sexual activity. 69.4% of the patients had a frequency of sexual activity between 1-8 times a month.

**Conclusion:** Bilateral tubal occlusion does not affect the sexual health of the patients who participated in our study. It is important to carry out adequate counseling in order to create real expectations and provide adequate information about the consequences of some techniques on sexual health.

**Key words:** Bilateral tubal ligation, sexual dysfunction, family planning, sexual health.

## INTRODUCCIÓN

La oclusión tubárica bilateral (OTB) es uno de los métodos de planificación familiar más utilizados en la actualidad. Como método anticonceptivo, tiene un impacto negativo y positivo en la vida de las mujeres. Su prevalencia en países en vías de desarrollo y desarrollados, se estima en un 44% y 18%, respectivamente (1).

Este método tiene varios beneficios para las mujeres como la eliminación de la necesidad de píldoras anticonceptivas a largo plazo, disminución del embarazo no deseado, prevención del cáncer de ovario y endometrio (2,3). Sin embargo, existe la preocupación asociada a los riesgos de la cirugía y los efectos de la anestesia y otros cambios físicos que se han podido experimentar (4,5). Varios estudios han demostrado una alta tasa de prevalencia de ansiedad, depresión y disfunción sexual después de una ligadura tubárica bilateral (6-8).

La mayor parte de los estudios sobre las consecuencias fisiopatológicas se han centrado en las posibles anomalías menstruales, aunque hay controversia.

En general, refieren que a los 2 años posquirúrgicos no se han reportado cambios en la regla, sin embargo, el porcentaje de mujeres que refieren cambios en su función menstrual tienden a aumentar desde el segundo hasta el quinto año posterior a la OTB (9).

Debemos tener en cuenta que todo procedimiento quirúrgico representa un trauma para el cuerpo, y la recuperación implica inevitablemente la formación de una cicatriz; el dolor existente en la incisión quirúrgica es único, ocurriendo después de determinado porcentaje de cualquier tipo de cirugía. Por ello, es lógico pensar en la presencia de dispareunia, así como la afectación de la esfera sexual en este grupo de mujeres (10).

La sexualidad es un aspecto clave de la salud de la mujer. Los avances en el estudio de las disfunciones sexuales y sus tratamientos conllevan una mayor demanda de asistencia por parte de las pacientes. En general, las pacientes no reciben una adecuada información sobre las posibles consecuencias en la salud sexual tras la realización de una técnica quirúrgica por una patología ginecológica. Y sin embargo, a pesar de las posibles mejoras de los síntomas relacionados con la patología que presenta al realizar dicha cirugía, las mejoras en la función sexual no siempre están garantizadas.

## OBJETIVOS

Valorar la función sexual femenina de las pacientes sometidas a una oclusión tubárica bilateral antes y después de la realización de la misma, con el objetivo de estudiar nuestros resultados y poder facilitar una información veraz sobre las posibles repercusiones en la sexualidad, en el momento de indicar dicho procedimiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional longitudinal prospectivo en el que se incluyeron pacientes desde octubre de 2020 hasta octubre de 2022, del que se obtuvo un tamaño muestral de 67 pacientes.

Los criterios de inclusión fueron paciente con indicación de una cirugía ginecológica por una patología benigna, con relaciones sexuales en el último año (con o sin penetración), no padecer patología psiquiátrica grave que impida cumplimentar el cuestionario, hablar y entender bien el español y no padecer una enfermedad maligna en el momento del estudio.

El día de la indicación de la cirugía por deseo de anticoncepción definitiva, se invitaba a la paciente a participar en el estudio y se entregaba un cuestionario FSM validado en español que la paciente cumplimentaba y a los 6 meses se realizaba nuevamente vía telefónica (Anexo 1 y 2). El Cuestionario FSM consta de 14 preguntas cerradas y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert de 5 valores y se integran en



dominios. Evalúa la respuesta sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, problemas de penetración y ansiedad anticipatoria), aspectos relacionados con la actividad sexual (iniciativa, grado de comunicación sexual), satisfacción sexual (satisfacción de la actividad sexual, satisfacción sexual general) y aspectos de interés sobre la actividad sexual (actividad sexual sin penetración vaginal, frecuencia de actividad sexual, existencia o no de pareja sexual).

Se analizaron las siguientes variables: Edad de la paciente, existencia de pareja sexual, enfermedades que pudieran afectar a la función sexual, (endometriosis, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades tiroideas, enfermedades psiquiátricas, artrosis/fibromialgia, enfermedades neurológicas), intervenciones quirúrgicas previas que pueden afectar a la función sexual (incluidas cesáreas), consumo de fármacos que pueden afectar a la función sexual (antihipertensivos, antidepresivos, benzodiacepinas, digitálicos, antiepilépticos), consumo de tóxicos, partos vaginales previos, IMC.

Este estudio fue aprobado por el comité ético de nuestro hospital: CEI/CEIm HUGCDN: Número de solicitud 123. Código CEIm 2020-292-1

Los datos fueron recogidos en una base de datos Excel y analizados mediante el programa estadístico utilizado ha sido R Core Team 2023, versión 4.3.2. Se calcularon la media, desviación típica, mediana y percentiles 25 y 75 en las variables cuantitativas. Se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos en función del tamaño muestral. Se calculó la frecuencia, porcentaje en las variables cualitativas. Se utilizó el test de McNemar para comprobar si hay diferencias de proporciones en dos momentos de tiempo. Se consideran significativos aquellos p-valoros inferiores a 0.05.

## RESULTADOS

De las 67 pacientes que inicialmente participaron en el estudio contestando al primer cuestionario, 41 pacientes completaron también el segundo cuestionario. Las 26 pacientes restantes que iniciaron el estudio se descartaron dado que no contestaron a la llamada de teléfono a los 6 meses de la cirugía.

La media de edad de las participantes fue de 35 años, con una media de IMC de 25.88. El 92.54% de las pacientes tenía pareja al iniciar el estudio. Sólo 6 pacientes (8.96 %) tenía alguna enfermedad que afectara a la función sexual, siendo algunas de ellas enfermedades tiroideas, cardiovasculares y diabetes. 8 pacientes (11.98%) referían antecedentes de cirugías previas tratándose de una cirugía laparotómica. El 7.46 % de las pacientes consumía

fármacos que pudieran afectar a la función sexual (antihipertensivos, antidepresivos, benzodiacepinas y antiepilépticos). El 23.88 % eran fumadoras. El 100% de la muestra cumplía criterios de indicación de la ligadura bilateral tubárica y habían mantenido relaciones sexuales en el año previo al inicio del estudio, y el 88.06% las había mantenido el mes previo a la intervención (Tabla1).

**Tabla 1.** : Características de las pacientes.

| Variables (N: 67)                                          | Valores                          |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Edad                                                       | 34.85 (27-43)                    |
| IMC                                                        | 25.88                            |
| Pareja estable                                             | 62 (92.54%)                      |
| Enfermedades que puedan afectar a la función sexual        | Si 6 (8.96%)<br>No 61 (91.04%)   |
| Intervenciones previas                                     | Si 8 (11.94%)<br>No 59 (88.06%)  |
| Consumo de fármacos que pueden afectar a la función sexual | Si 3 (4.48%)<br>No 64 (95.52%)   |
| Consumo de tóxicos                                         | Si 17 (25.37%)<br>No 50 (74.63%) |
| Indicación de Ligadura tubárica bilateral                  | 67 (100%)                        |

De las 41 pacientes que contestaron al segundo cuestionario, el 90.24% mantuvo relaciones sexuales en los siguientes 6 meses de la intervención.

Al comparar las respuestas obtenidas en el primer y segundo test en relación a las preguntas que evalúan la respuesta sexual y presencia de disfunción sexual, se objetivó que ninguna presentaba trastorno en esta área y no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas a los 6 meses de la intervención. El 100% de las pacientes contestó que no había presentado dolor con la penetración, ni antes ni después de haberse sometido a la oclusión bilateral tubárica. Al evaluar las preguntas en relación con los aspectos relacionados con la actividad sexual, el 84.75% respondió “nunca”, por lo que se cataloga de “sin problemas en la comunicación sexual” en la mayoría de la muestra, sin obtener significación estadística con las respuestas del segundo cuestionario. El 96.9 % de las pacientes se encontraban satisfechas en la actividad sexual y presentaban satisfacción sexual en general, siendo sólo dos pacientes las que contestaron insatisfacción sexual tanto en el cuestionario previo, como tras la intervención. El 69.4 % de las pacientes presentaba una frecuencia de la actividad sexual de entre 1-8 veces al mes, sin obtener significación estadística a los 6 meses ni variación en la frecuencia de la práctica sexual.



## DISCUSIÓN

La oclusión tubárica bilateral se ha convertido en un método quirúrgico muy accesible. Dado los avances en las técnicas, ha pasado a ser un procedimiento seguro, efectivo y de costo-beneficio apropiado, lo que ha producido un incremento significativo en su uso.

Existen multitud de técnicas quirúrgicas, siendo las de elección las laparoscópicas, las técnicas laparotómicas se realizarán como intervenciones secundarias en el curso de otra intervención quirúrgica ejemplo durante una cesárea. En las técnicas laparotómicas, las de menor índice de fracaso son las de Irving y Uchida, siendo esta última preferible por su menor complejidad y riesgo de hemorragia.

El porcentaje de fallos y complicaciones es mayor cuando se realiza en el curso de una cesárea o postparto por el edema e hipertrofia vascular. La técnica de Pomeroy es la que presenta una mayor tasa de fracasos, llegando a ser de hasta un 20% en algunos trabajos. En las técnicas laparoscópicas la tasa de fallos se aproxima al 0,25%.

Los procedimientos mediante utilización de anillos y clips están sujetos a defectos del material, defectos de fabricación y errores de diseño que pueden disminuir su eficacia. Las complicaciones quirúrgicas por vía laparoscópica son bajas, entre un 0,6 y 1,95%. Las complicaciones graves se sitúan en torno a un 1%, con una mortalidad de 3- 10/100.000 operaciones. Se distinguen complicaciones inmediatas, a medio y a largo plazo. Las inmediatas son: hematoma de la herida, enfisema subcutáneo, hematomas en trompas, parametrios y plexos varicosos, desgarró de las trompas, lesiones intestinales y arteriales. A Corto plazo: hematomas tardíos o infecciones de la pared. Y a largo plazo: alteraciones menstruales, dolor abdominal, hidrosalpinx. Es importante tenerlas en cuenta, pues pueden condicionar a las pacientes a la hora de elegirla método anticonceptivo por la ansiedad asociada a someterse a una intervención quirúrgica. Por regla general se acepta que el índice de fallos es menor del 1%. La tasa de fallos aumenta cuanto menor es la edad de la paciente. El tiempo medio de la aparición de los embarazos es antes de los 2 años, describiéndose un intervalo entre 3 meses y 5 años.

La incidencia de gestaciones ectópicas es mayor que la descrita para otros métodos anticonceptivos. Se calcula que una tercera parte de las gestaciones post-esterilización son ectópicas. En 1951, Williams y colaboradores, reportaron que las mujeres con esterilización tubárica bilateral tenían una mayor incidencia de menorragia y metrorragia que la esperada (11). Desde entonces, se han cuestionado las consecuencias de este procedimiento, incluso se ha propuesto la existencia de un síndrome post-ligadura tubárica, el cual incluiría: dolor pélvico,

aumento del flujo menstrual, cólicos, perfil hormonal alterado, dispareunia, cambios en el ciclo menstrual y la fase lútea, problemas ginecológicos en general, alteraciones en el comportamiento sexual y en la salud mental. La mayor parte de los estudios sobre las consecuencias fisiopatológicas se han centrado en las posibles anormalidades menstruales.

Los resultados son variados y controvertidos, aquellos realizados antes de la década de 1990 reportan una mayor frecuencia de mujeres con anormalidades menstruales y enfermedad pélvica después de la cirugía, sin embargo, los estudios hechos en años recientes reportan pocos o ningún efecto secundario; tal vez estos resultados contradictorios se deban al desarrollo de nuevas técnicas menos invasivas (12, 13).

La proporción de mujeres que se arrepienten tras la esterilización varía ampliamente según los distintos trabajos publicados al respecto, situándose entre un 3-25%. Los factores que más frecuentemente se asocian con este cambio de parecer son el cambio de pareja y la edad en el momento de la esterilización. Mayor frecuencia de arrepentimiento si la esterilización se realiza a una edad inferior a los 30 años. Cuanto más completa es la información recibida por las pacientes en el momento que solicitan la esterilización quirúrgica menor es el porcentaje de arrepentimiento posterior (1-2%).

Los resultados de un estudio de cohortes de Costello y colaboradores en el que participaron 4576 pacientes sometidas a una ligadura tubárica bilateral, revelaron que aproximadamente un 80% no presentaron cambios importantes en la vida sexual tras el procedimiento, además de efectos más comúnmente positivos que negativos (14), datos similares a los que obtuvimos en nuestro estudio.

Por otro lado, Jahanian y colaboradores, reportaron en su estudio cambios negativos tras la técnica (15). Objetivaron importantes discapacidades como dolor, disconfort físico, menorragia y disfunción sexual (11, 16) que se relacionaba con afectación en las relaciones sociales, así como con la pareja y afectación en la esfera psicosexual (15). Se ha estimado que entre un tercio y la mitad de las mujeres experimentan algún tipo de patología sexual como bajo deseo, dificultad para la lubricación, dispareunia, falta de placer o incapacidad para alcanzar el orgasmo (17, 18). Se sabe que la prevalencia de disfunciones sexuales aumenta tras la menopausia. De hecho, se estima que el 54,5% de las pacientes europeas presentan algún tipo de disfunción sexual en la menopausia (19). Las pacientes no reciben información sobre las posibles consecuencias en la salud sexual tras la realización de una técnica quirúrgica por una patología ginecológica.

Sin embargo, es importante realizar un adecuado asesoramiento con el objetivo de crear unas expectativas reales. En el caso concreto de la sexualidad, a pesar de las posibles mejoras al realizar una cirugía, de los síntomas relacionados con la patología que presenta, las mejoras en la función sexual no siempre están garantizadas. Así, según la patología que presente y el tipo de intervención los resultados pueden ser diferentes.

## CONCLUSIONES

La oclusión bilateral tubárica se trata de un método seguro, efectivo y de costo-beneficio apropiado, cada vez más usado. Hay que tener en cuenta que la sexualidad es un aspecto clave en la vida de las personas. En nuestro estudio no encontramos afectación de la salud sexual en las mujeres sometidas a esta intervención quirúrgica.

Consideramos que es importante realizar un adecuado asesoramiento con el objetivo de crear unas expectativas reales, ya que la mayoría de mujeres no reciben información sobre las consecuencias que tienen algunas técnicas en la esfera sexual.

## ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio no se estima ningún riesgo para la paciente.

Se mantendrá la confidencialidad de todos los datos de carácter personal en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

No existe compensación económica para las participantes.

## AGRADECIMIENTO

Al Grupo GESS AEEM. Grupo para el Estudio de la Salud Sexual de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia

## BIBLIOGRAFÍA

- Shobeiri MJ, AtashKhoii S. The risk of menstrual abnormalities after tubal sterilization: a case control study. *BMC Womens Health*. 2005;5(1):5.
- Loghmani L, Saedi N, Omani-Samani R, Safiri S, Sepidarkish M, Maroufizadeh S, et al. Tubal ligation and endometrial Cancer risk: a global systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. 2019;19(1):942.
- McNamara C, Abbott SE, Bandera EV, Qin B, Peres LC, Camacho F, et al. Tubal ligation and ovarian cancer risk in African American women. *Cancer Causes Control*. 2017;28(10):1033–41.
- Kelekçi S, Erdemoglu E, Kutluk S, Yılmaz B, Savan K. Risk factors for tubal ligation: regret and psychological effects impact of Beck Depression Inventory. *Contraception*. 2005;71(6):417–20.
- Shahideh JS, Ziaei S, Kazemnejad A, Mohamadi E. Menstrual pattern following tubal ligation: A historical cohorts. *Iran J Reprod Med*. 2015;9:477–82.
- Shreffler KM, Greil AL, McQuillan J, Gallus KL. Reasons for tubal sterilisation, regret and depressive symptoms. *J Reprod Infant Psychol*. 2016;34(3):304–13.
- Sadatmahalleh SJ, Ziaei S, Kazemnejad A, Mohamadi E. Evaluation of sexual function and quality of life in Iranian women with tubal ligation: a historical cohort study. *Int J Impot Res*. 2015;27(5):173–7.
- Kunkeri SP, Sathyanarayana Rao TS, Andrade C. Study of sexual functioning and disorder in women before and after tubal sterilization (tubectomy). *Indian J Psychiatry*. 2017;59(1):63–8.
- Wilcox LS, Martinez-Schnell B, Peterson HB, et al. Menstrual function after tubal sterilization. *Am J Epidemiol*. 1992;135:1368–81.
- Steege JF, Zolnoun DA. Evaluation and treatment of dyspareunia. *Obstet Gynecol*. 2009;113:1124–36.
- Sung S, Abramovitz A. Tubal Ligation. *Treasure Island: StatPearls Publishing*; 2019.
- Muldoon MJ. Gynaecological illness after sterilization. *Br Med J*. 1972;1:84–5.
- Peterson HB, Jeng G, Folger SG, et al. The risk of menstrual abnormalities after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. *N Engl J Med*. 2000;343:1681–7.
- Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Jamieson DJ, Peterson HB. The effect of interval tubal sterilization on sexual interest and pleasure. *Obstet Gynecol*. 2002;100(3):511–7.
- Jahanian SS, Higham JM, Shaw R. Clinical associations with objective menstrual blood volume. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1999;82(1):73–6.
- Shahideh JS, Ziaei S, Kazemnejad A, Mohamadi E. Menstrual pattern following tubal ligation: A historical cohorts. *Iran J Reprod Med*. 2015;9:477–82.
- Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Copas AJ, Macdowall W, Erens B, Wellings K. Who reports sexual function problems? Empirical evidence

- from Britain's 2000 National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. *Sex Transm Infect.* 2005;81(5):394-9.
18. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine.* 2007; 357(8):762–774.
  19. Makara-Studzińska MT, Kryś-Noszczyk KM, Jakiel G. Epidemiology of the symptoms of menopause - an intercontinental review. *Prz Menopauzalny.* 2014;13(3):203-11

## CASO CLÍNICO

### Mutilación genital femenina Tipo IIb

#### Type IIb female genital mutilation

Hurtado Murillo F

*Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente San Luis”. Valencia. Unidad de referencia de la Comunidad Valenciana para la reconstrucción quirúrgica del clítoris en mujeres sobrevivientes de mutilación genital. España.*

#### INTRODUCCIÓN

La Mutilación Genital Femenina (MGF) comprende todos los procedimientos de eliminación o ablación parcial o total de los genitales externos de las mujeres, que los alteran o lesionan de forma intencionada por razones culturales, sin finalidad terapéutica y no aportan ningún beneficio a la salud de las mujeres, sino que las perjudican de forma variada a corto y a largo plazo en la salud física y mental, con graves problemas obstétricos, ginecológicos, genitourinarios, reproductivos y sexuales.

La mutilación genital femenina (MGF) es una violación ampliamente reconocida de los derechos de las mujeres y de las niñas y se considera un tipo extremo de discriminación y desigualdad. Forma parte de un extenso grupo de costumbres perjudiciales para la salud de las mujeres, que se fundamentan en una construcción social de las mujeres como objeto de sumisión ante los estándares culturales androcéntricos de los que debe ser una mujer y que se concretan en la aceptación social de su grupo, la salvaguarda de la virginidad antes del matrimonio y la promoción de la posibilidad de casarse, un rito para el paso a la adultez y la continuidad de la tradición de su grupo étnico.

#### CORRESPONDENCIA:

##### Felipe Hurtado Murillo

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

Según la zona eliminada, la extensión y el procedimiento utilizado la OMS estableció 4 tipos de MGF en 1995, que fueron revisados en 2007, siendo la última clasificación del año 2016 en la Declaración conjunta OMS/UNICEF/UNFPA

<https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/es/>

**Presentamos un caso del tipo IIb, en el que se realizó una resección parcial o total del clítoris externo y de los labios menores (los pliegues internos de la vulva), también se conoce como “excisión”.**

**Palabras clave:** mutilación genital femenina, clasificación, consecuencias, protocolo.

**Key words:** Female genital mutilation, classification, consequences, protocol.

#### CASO CLÍNICO

##### *Antecedentes biográficos*

Mujer de 21 años, con pareja, natural de Mauritania. Su lengua materna es el francés, con nivel de estudios primarios, sin trabajo, vive con el marido y tiene una hija de 6 años.

##### *Antecedentes de salud*

No tiene antecedentes sanitarios de interés. No toma ningún fármaco. No tiene alergias conocidas ni tiene hábitos de consumo de sustancias adictivas.

La menarquia la tuvo a los 11 años, sus ciclos son regulares de 28 días, con 5 días de sangrado, de cantidad normal y no dolorosas. Utiliza un dispositivo intrauterino hormonal desde hace un año.

***El relato***

No sabía que tenía realizada la mutilación genital y se lo dijeron hace un año y medio en la revisión de la matrona en el control del embarazo.

No tiene recuerdos traumáticos ya que fue cuando era muy pequeña.

A partir del descubrimiento, al tener dificultades en la sexualidad con dolor e insatisfacción, ha decidido que quiere que le reconstruyan el clítoris al tener información de la matrona sobre esta posibilidad en la sanidad pública y es derivada a ginecología de la Unidad de referencia.

***Derivación a la Unidad de referencia***

Vino acompañado por una Agente de Salud de Base Comunitaria en julio de 2019 que ayuda en la traducción del francés al español y viceversa.

Primero fue atendida por ginecología en el hospital Doctor Peset donde confirmaron su demanda y la presencia de mutilación genital tipo IIB realizada en la infancia.

Desde ginecología del citado hospital la derivan para la valoración psicosexual de la adherencia a la intervención quirúrgica y el acompañamiento del proceso reconstructivo y la terapia psicosexual.

***Primera cita en psicosexualidad***

No tiene recuerdos del acto de la mutilación.

Tiene relaciones sexuales desde hace 2 años y son dolorosas e insatisfactorias.

Nunca ha realizado masturbación

La única consecuencia de la MGF es la disfunción sexual.

Indica que el motivo para la reconstrucción es para tener una vida sexual satisfactoria.

Se realiza educación para la sexualidad y explico efectos de la MGF sobre la sexualidad y se le indica como autoexplorarse en casa para conocer sus genitales.

Se valoran las consecuencias de la MGF sobre su salud en general, salud sexual y mental y se valora la adherencia a la reconstrucción quirúrgica

Se le explican los objetivos y se ajustan expectativas ante la cirugía reconstructiva en la respuesta sexual postcirugía y la necesidad de terapia sexual posterior

Se valora el apoyo del marido ante la reconstrucción, que refiere apoyar y también se valora la calidad de la relación de pareja y ante la presencia del marido no refiere problemas en la relación

Se hace interconsulta a ginecología para la realización de la cirugía.

Primera cita en ginecología

Tras interconsulta desde sexología para la intervención quirúrgica, le resuelven dudas de la cirugía

Le explican pros y contras de la cirugía reconstructiva y trabajan expectativas realistas.

Recomiendan que espere a acabar la lactancia materna que estaba dando.

Valoración de la mutilación que realizaron: ausencia de labios menores, ausencia de prepucio del clítoris y del glande del clítoris con fibrosis media la movilidad del cuerpo del clítoris.

Episiotomía con buen aspecto con reflejo clitorio-anal abolido. Pudendo y uterosacro no doloroso. Útero móvil y no presencia de vulvodinia.

***Sucesivas citas en ginecología***

Solicitan preoperatorio con analíticas y estudio de anestesia.

Firma el consentimiento informado con explicación de finalidad y objetivo de la cirugía.

Hacen la intervención a los dos años de la primera cita, tras acabar la lactancia materna.

Pautan paracetamol 1 gr cada 8 horas y si precisa Enantyum cada 8 horas.

En la primera revisión tras la cirugía a los 12 días de la intervención, refiere postoperatorio con escaso dolor y sangrado genital.

Cicatriz con buen aspecto sin edemas ni signos de inflamación o infección. Clítoris bastante superficial. Introito vaginal normal sin estenosis. Reflejo clitorio-anal positivo. Refiere satisfacción con la intervención y pautan control en 4-6 meses.

En la cita de 4 meses después refiere no sentir dolor en la zona intervenida, esta contenta con la cirugía realizada. No ha tenido relaciones sexuales todavía, el introito vaginal normal sin estenosis, tiene el reflejo clitorio-anal positivo y refiere satisfacción con la intervención.

En la revisión de seis meses tras la cirugía tiene cicatriz con buen aspecto sin edemas ni signos de inflamación o infección. El clítoris bastante superficial. Nota sensaciones en la zona del clítoris que antes no notaba. Introito normal sin estenosis.

No tiene pareja en la actualidad por separación y no ha tenido relaciones sexuales

No ha realizado autoexploración genital

***Sucesivas citas postcirugía en sexología***

A los cuatro meses de la intervención se valora de nuevo en sexología refiriendo que no tiene ni durezas ni molestias en la zona intervenida.

Se le plantea que inicie en casa autoexploración de labios externos y del clítoris junto con el uso de crema hidratante.



Respecto del marido refiere que se ha separado y que lo ha denunciado por malos tratos a ella y a la hija. Tiene cita en centro mujer 24 horas y está pendiente de juicio. Quiere divorciarse y vive sola con la hija.

Informa con traducción del francés de la agente de salud que como ella no habla español el marido siempre la acompañaba y decía lo que él quería.

Han estado 3 años viviendo juntos en España y un año antes se casaron en Mauritania por poderes y solo lo conocía por una fotografía.

El maltrato empezó tras venir a vivir a España y refiere que el marido la forzaba sexualmente cuando a él le apetecía, incluso cuando ella se encontraba enferma.

Siempre tenía dolor en las relaciones coitales y refiere tener miedo a tener relaciones sexuales.

Comenta que el marido la amenazaba con el argumento de que, si ella no quería tener relaciones sexuales, él tendría sexualidad con otras mujeres.

Tras separarse del marido e irse a vivir fuera de la casa que compartían, el marido le pasa una manutención de 200 euros al mes y como no es suficiente ha pedido ayuda a Servicios Sociales.

El marido le ha quitado el permiso de residencia que ella tenía por haberse casado con él y ahora se está tramitando que ella tenga un permiso de residencia propio. Por ello, se hace informe clínico de la atención en la Unidad de referencia.

Ha comenzado a autoexplorarse la vulva sobre todo en la ducha y nota cosquilleo y sensaciones agradables.

Antes de la intervención sus genitales le generaban rechazo y ahora no ocurre

No tiene zonas dolorosas. Tiene reflejo clítoro-anal y mayor sensibilidad.

Ha cambiado mucho su vida tras la separación del marido.

Sigue sin tener relaciones sexuales por su situación personal tras la denuncia y separación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reisel D., y Creighton, M. (2015). Long term consequences of Female Genital Mutilation / FGM). *Maturitas*, 80, 48-51.
2. Van Baelen, L., Ortensi, L., y Leye, E. (2016). Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), 474-482.
3. Mishori, R., Warren, N., y Reingold, R. (2018). Female Genital Mutilation or Cutting. *American Family Physician*, 97(1), 49-52.
4. Buggio, L., Facchin, F., Chiappa, L., Barbara, G., Brambilla, M., y Vercellini, P. (2019). Psychosexual Consequences of Female Genital Mutilation and the Impact of Reconstructive Surgery: a Narrative Review. *Health Equity*, 3(1), 36-46. Doi: 10.1089/heq.2018.0036.
5. Jiménez-Ruiz, I., Almansa Martínez, P., y Pastor Bravo, M.M. (2016). Percepciones de los hombres sobre las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina. *Gaceta Sanitaria*, 30(4), 258-264.
6. World Health Organization (WHO). (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Ginebra, Suiza.

## RESEÑA DE LIBRO

### TÍTULO

**Modelos de educación sexual. Teoría y práctica**

### AUTOR

**Félix López Sánchez**

### EDITORIAL

**Pirámide**

**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.

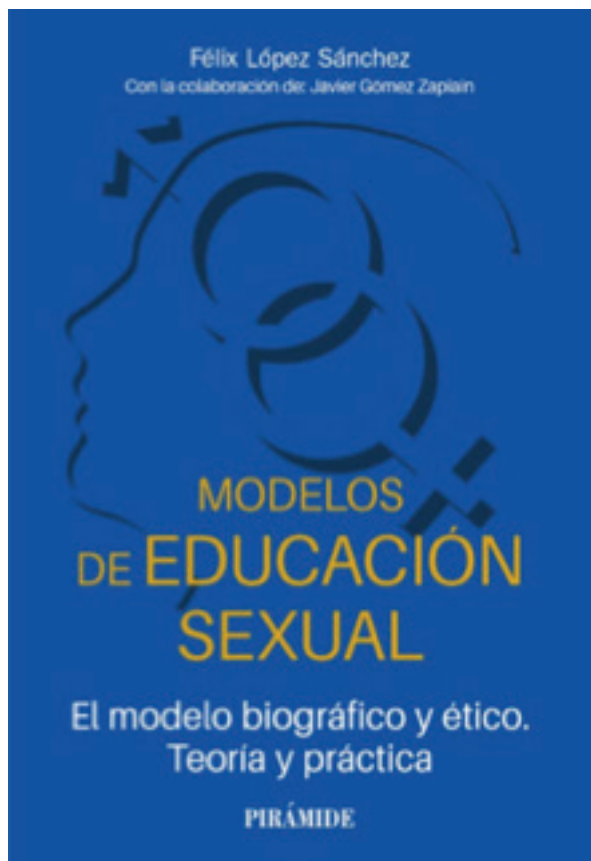
Encontrarán en este libro un análisis crítico de los modelos (a) que se centran en la prevención de riesgos, (b) el adoctrinamiento religioso-moral, (c) el revolucionario, (d), los prescriptivos y (e) el modelo de mercantil.

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 la 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

Julio

22-25

50TH Annual Meeting IASR

Berlín (Alemania)

<https://www.iasrsite.org/registration>

Septiembre

4

World Sexual Health Day

In all of the world

<https://www.worldsexualhealth.net>

5-7

XIX Congreso Brasileño de Sexualidad Humana

Belo Horizonte (Brasil)

<https://www.cbsh.org.br/site/>

26-27

1er Congreso Internacional de la Sociedad Argentina para el Estudio del Virus del Papiloma Humano

SAEVPH

Buenos Aires (Argentina)

<https://vedraagency.my.canva.site/congresosaevph>

26-29

25TH WMSM World Meeting on Sexual Medicine

Rio de Janeiro (Brasil)

<https://www.issmslams2024.org>

Noviembre

28-30

XXII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual

Lima (Perú)

<https://clases2024.com>

### Eventos / Events 2025

27th WAS Congress of the World Association for Sexual Health

Brisbane (Australia)

<https://www.worldsexualhealth.net>

## NORMAS PARA LOS AUTORES

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

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

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

### NORMAS GENERALES

- Carta de presentación
- Primera página

### NORMAS ESPECIFICAS POR SECCIONES

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

### INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- Tablas y Figuras
- Bibliografía
- Listado de comprobación

### NORMAS GENERALES

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

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

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

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

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



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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

## CARTA DE PRESENTACIÓN

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

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

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

## PRIMERA PÁGINA

La primera página del texto debe incluir:

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

## NORMAS ESPECÍFICAS POR SECCIONES

### EDITORIALES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

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

## ORIGINALES

### ESTUDIOS ORIGINALES

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

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

**La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:**

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

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

### Resumen

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

Debe incluir el **título del trabajo**.

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

- **Objetivo:** identificación clara del propósito principal del estudio.
- **Diseño:** Descripción del diseño básico del estudio (ensayo clínico aleatorio, estudio de casos y controles, ...) y sus características básicas si son relevantes (doble ciego, multicéntrico,...). Si no se corresponde con un diseño claro, deben indicarse sus características principales (transversal o longitudinal, prospectivo o retrospectivo, observacional o de intervención, controlado o no controlado,...).
- **Emplazamiento:** Lugar de realización del estudio y marco o nivel de atención sanitaria (atención primaria, hospitalaria, comunitaria, consulta privada...).
- **Participantes:** Características de los pacientes, criterios de selección, número de sujetos incluidos, número de no respuestas y abandonos producidos.
- **Intervenciones (en estudios de intervención):** Características principales, pauta de administración y duración de las intervenciones realizadas tanto en el o los grupos de estudio como en el o los de comparación.
- **Mediciones principales:** Principales variables del estudio, especialmente la variable de respuesta utilizada y el método de evaluación de la misma.
- **Resultados:** Principales resultados cuantitativos, indicando el tipo de medida utilizada, y su intervalo de confianza. Si es conveniente, incluir el nivel de significación estadística.
- **Conclusiones:** Principales conclusiones que se derivan de los resultados del estudio, incluyendo su aplicación práctica.
- **Palabras clave:** Mínimo: 3; máximo: 6.

### Texto

Se recomienda la redacción en impersonal.

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

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

**- Introducción**

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

**- Material y métodos.**

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

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

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

**- Resultados**

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

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

**- Discusión**

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

**- Agradecimientos**

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

**- Bibliografía**

Se recomienda un máximo de 30 referencias bibliográficas.

**Puntos básicos y esquema general del estudio**

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

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

**Material informático adicional**

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

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

## COMENTARIOS A ORIGINALES

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

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

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

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

## ORIGINALES BREVES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

El texto se estructurará en los apartados:

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

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

## CASOS CLÍNICOS

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

La estructura del texto será la siguiente:

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

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

## PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

El texto debe estructurarse en los siguientes apartados:

### Introducción

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

### Objetivos

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

### Método

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

### Discusión

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

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

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

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

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

## REVISIONES

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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



### Conclusiones

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

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

## DERECHOS SEXUALES

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

## ARTICULOS ESPECIALES

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

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

(con distinta denominación según contenido) :

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

## REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

## CARTAS AL DIRECTOR

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

## INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

### - TABLAS Y FIGURAS

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

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

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

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

### - FOTOGRAFÍAS

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

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

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

### - BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

### Revista

#### 1) Artículo ordinario

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

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

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

#### 2) 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](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi).

## SPECIFIC GUIDELINES FOR SECTIONS

### EDITORIALS

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

**Maximum number of authors: 2.**

The structure of the study shall be as follows:

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

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

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

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

**Maximum reference number:** 12.

## ORIGINALS

### ORIGINAL STUDIES

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

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

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

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

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

### Abstract

An abstract in Spanish and English must be included.

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

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

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

### Text

Impersonal style recommended.

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

Times New Roman type 12 cpi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Basic points and overall scheme of the study

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

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

### Additional computer material

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

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

### COMMENTARIES TO ORIGINAL WORKS

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

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

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

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

### SHORT ORIGINALS

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

**Maximum number of authors:** 6.

The manuscript shall have the following structure:

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

Each section must start on a new page.

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

Objective, Methodology,

Results and Conclusions.

The text will have the following sections:

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

**Maximum number of references: 6.**

## CLINICAL CASES

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

**Maximum author number: 6.**

The manuscript structure will be as follows:

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

Each section must start on a new page.

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

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

**Maximum number of references: 6.**

## RESEARCH PROJECTS

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

Maximum author number: 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

The text must contain the following sections:

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

**Maximum reference number:** 20.

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

### UPDATES ON SEXOLOGY

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

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

**Maximum number of authors:** 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

**Maximum reference number:** 50.

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

### PUBLICATIONS REVIEWS

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

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

**Maximum number of authors:** 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

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

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

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

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

## REFLECTIONS ON SEXOLOGY

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

The maximum number of authors is 3.

The manuscript must have the following structure:

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

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

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

**Maximum reference number:** 12.

## SEXUAL RIGHTS

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

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

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

## LETTERS TO THE EDITOR

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

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

**Maximum number of authors:** 4.

The manuscript must have the following structure:

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

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

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

## SUPPLEMENTAL INFORMATION

Tables and figures

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

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

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

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



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

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

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

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

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

### Photographs

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

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

### References

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

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

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

The following are examples of reference formats:

#### Journal

1) Regular article.

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

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

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

2) Corporative author.

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

3) Author's name not indicated.

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

4) Supplement to a volume.

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

5) Supplement to an issue.

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

6) Issue without volume.

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

## 7) Indication of article type.

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

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

## 8) Work currently under print.

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

**Books and other monographs**

## 9) Personal authors.

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

## 10) Editors or compilers as authors.

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

## 11) Book chapter.

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

## 12) Meeting proceedings.

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

**Electronic material**

## 13) CD-ROM.

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

## 14) Internet journal articles.

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

## 15) Internet monographs.

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

**Ethical aspects**

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

---

## BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

**TARIFA DE SUSCRIPCIÓN ANUAL: Gratuito**

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

---