



de•sexología

Marzo 2026

Vol. 14 N°1

EDITORIAL / EDITORIAL

SEXUAR: Un nuevo verbo para el diccionario sexológico

SEXUAL: A new verb for the sexological dictionary

Jesús J. de la Gándara Martín

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLES

Corazón y deseo. El vínculo invisible entre la salud sexual y riesgo cardiovascular. PARTE I: Diagnóstico y Fisiopatología

Heart and desire. The invisible link between sexual health and cardiovascular risk. PART I: Diagnosis and Pathophysiology

Crespo Sabarís R, Guerrero Alonso P, Placer Noriega E, Martínez Gómez N, González Flores IE

Corazón y deseo. El vínculo invisible entre la salud sexual y riesgo cardiovascular. PARTE II: Estrategias de Manejo, Prevención y Educación

Heart and desire. The invisible link between sexual health and cardiovascular risk. PART II: Management Strategies, Prevention and Education

Crespo Sabarís R, Guerrero Alonso P, Placer Noriega E, Martínez Gómez N, González Flores IE

Las disfunciones sexuales asociadas a trastornos tiroideos: una revisión narrativa

Sexual dysfunctions associated with thyroid disorders: a narrative review

María- Fernández V, Fonseca-Guzmán C

Sexualidad, igualdad y género en el Cristianismo primitivo en relación con la Modernidad. Patrística y análisis de Foucault. Una revisión narrativa

Sexuality, equality, and gender in early Christianity in relation to modernity. Patristics and Foucault's analysis. A narrative review

Navarro-Sánchez A, Hurtado Murillo F, Hernández Serrano R, Bianco Colmenares FJ, Pacheco Palha A, Montejo AL, Mezzich JE, Navarro-Cremades F, Guerrero Alonso P

Taller Pandora. Propuesta de rehabilitación de la salud sexual en supervivientes de explotación sexual

Pandora Workshop. A proposal for the rehabilitation of sexual health in survivors of sexual exploitation

Sánchez Sánchez M, Marcos González V, Candelario Castañar Y

Normas de publicación / Authors guidelines

Boletín de suscripción / Subscription form

ISSN 2174-4068

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

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



Asociación Española de Especialistas en Sexología (AES)



Academia Española de Sexología y Medicina Sexual (AESMES)



Instituto ESPILL de Psicología, Sexología y Medicina Sexual



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



Universidad Nacional
de Educación a Distancia



Asociación Mundial
de Sexología



Revista Desexología
Revista Científica de Sexología

Equipo de Dirección
Dra. Paula Guerrero Alonso – Directora
Dr. Carlos San Martín Blanco – Subdirector

Consejo de redacción

Felipe Hurtado Murillo (Valencia)
Ana Rosa Jurado López (Málaga)
Emma Placer Noriega (Vigo)

Comité editorial

Marta Arasanz Roche (Barcelona)	Rosemary Coates (Australia)
José Díaz Morfa (Madrid)	Rubén Hernández Serrano (Venezuela)
Félix López Sánchez (Salamanca)	Cristina Tania Fridman (Argentina)
José Luis Arrondo Arrondo (Navarra)	Eusebio Rubio Aurioles (México)
Carmen Pérez-Llantada Rueda (Madrid)	Antonio Pacheco Palha (Oporto, Portugal)
Manuel Más García (Tenerife)	Teresita Blanco Lanzillotti (Uruguay)
José Bustamante Bellmunt (Alicante)	Beverly Whipple (New Jersey, EE.UU.)
Ignacio Moncada Iribarren (Madrid)	Eli Coleman (Minnesota, EE.UU.)
Rafael García Álvarez (Rep. Dominicana)	José Cáceres Carrasco (Navarra)
Felipe Navarro Cremades (Alicante)	Francisco Donat Colomer (Valencia)
Marcelino Gómez Balaguer (Valencia)	Olatz Gómez Llorens (Valencia)
Antonio Martín Morales (Málaga)	Ángel Luis Montejo González (Salamanca)
Manuel Lucas Matheu (Almería)	Ramón González Correales (Ciudad Real)
Ana Puigvert Martínez (Barcelona)	Gemma Pons Salvador (Valencia)
Antonio Sánchez Ramos (Toledo)	M. José Tijeras Úbeda (Almería)
Froilán Sánchez Sánchez (Valencia)	Inmaculada Bayo (Barcelona)
Rafael Prieto Castro (Córdoba)	Isbelia Segnini (Venezuela)
Carolina Villalba (Uruguay)	Kevan Wyle (UK)
Rosa María Montaña (Valladolid)	Carlos De La Cruz (Madrid)
Silverio Saenz Sesma (Zaragoza)	Natalia Rubio (Madrid)
Koldo Seco (Bilbao)	Concepción San Luis Costas (Madrid)
Francisco Javier Giménez Rio (Granada)	Luz Jaimes (Venezuela)
Jaqueline Brendler (Brasil)	Cristina González Martínez (España)
Dinorah Machin (Uruguay)	Francisco Javier del Río Olvera (España)
Ligia Vera Gamboa (México)	Francisca Molero Rodríguez (España)
María Honrrubia Pérez (España)	Guillermo González Antón (España)

ÍNDICE

VOL 14. NÚMERO 1. MARZO 2026

EDITORIAL / EDITORIAL

SEXUAR: Un nuevo verbo para el diccionario sexológico

SEXUAL: A new verb for the sexological dictionary

Jesús J. de la Gándara Martín 6

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLES

Corazón y deseo. El vínculo invisible entre la salud sexual y riesgo cardiovascular.

PARTE I: Diagnóstico y Fisiopatología

Heart and desire. The invisible link between sexual health and cardiovascular risk. PART I: Diagnosis and Pathophysiology

Crespo Sabarís R, Guerrero Alonso P, Placer Noriega E, Martínez Gómez N, González Flores IE 8

Corazón y deseo. El vínculo invisible entre la salud sexual y riesgo cardiovascular.

PARTE II: Estrategias de Manejo, Prevención y Educación

Heart and desire. The invisible link between sexual health and cardiovascular risk. PART II: Management Strategies, Prevention and Education

Crespo Sabarís R, Guerrero Alonso P, Placer Noriega E, Martínez Gómez N, González Flores IE 16

Las disfunciones sexuales asociadas a trastornos tiroideos: una revisión narrativa

Sexual dysfunctions associated with thyroid disorders: a narrative review

María- Fernández V, Fonseca-Guzmán C 26

Sexualidad, igualdad y género en el Cristianismo primitivo en relación con la Modernidad. Patrística y análisis de Foucault. Una revisión narrativa

Sexuality, equality, and gender in early Christianity in relation to modernity. Patristics and Foucault's analysis. A narrative review

Navarro-Sánchez A, Hurtado Murillo F, Hernández Serrano R, Bianco Colmenares FJ, Pacheco Palha A, Montejo AL, Mezzich JE, Navarro-Cremades F, Guerrero Alonso P 32

Taller Pandora. Propuesta de rehabilitación de la salud sexual en supervivientes de explotación sexual

Pandora Workshop. A proposal for the rehabilitation of sexual health in survivors of sexual exploitation

Sánchez Sánchez M, Marcos González V, Candelario Castañar Y 44

Normas de publicación / Authors guidelines 49

Boletín de suscripción / Subscription form 68

Himafem[®]

Libido



- Promueve la libido
- Regula el equilibrio hormonal
- Mejora el estado de ánimo
- Reduce la fatiga

4

Semanas
Resultados
visibles



ESCANEAR

Acceder a nuestro estudio
realizado en 50 mujeres



Equality Pharma Solutions, S.L.
Calle Castillo de Aulencia 30,
Villafranca del Castillo, 28692.
Tel. +34 615 76 58 62
consultas@himafem.com

EDITORIAL

SEXUAR: Un nuevo verbo para el diccionario sexológico

SEXUAL: A new verb for the sexological dictionary

Jesús J. de la Gándara Martín

Psiquiatra y escritor

Que la sexualidad es cosa importante en la vida de las personas, sobre todo si son realmente humanas, es cosa sabida. Tanto como lo es que casi nunca le prestamos la atención que merece, lo cual se debe, en mi opinión, a que no hablamos fácilmente de ella.

Mi teoría es sencilla: los seres humanos, las personas humanas, somos - además de aficionados- profesionales del sexo y la sexualidad; es decir, mucho más que meros espectadores o procreadores.

Para ser profesional de algo, en su más profunda y verdadera acepción tenemos que saber hablar de ello. Eso es en realidad lo que significa ser “profesional”, saber hablar de lo que uno es y hace (de “pro-fáteri”: estar a favor más admitir o pro-clamar lo que se es). Pero, ahondando en lo original de ese ser, encontramos el griego phemi, de donde viene fabla, hablar, luego... dime cómo hablas de lo que eres y haces, y te diré si lo dominas o no. Por eso digo que hablar de sexo no es fácil, solemos trivializarlo, ningunearlo o escatologizarlo -¡otro verbo que acabo de inventar para hacerle cosquillas al diccionario!-

Eso se debe, insisto, a que nos faltan buenas palabras

para hablar de ello. Por ejemplo, un verbo que enuncie y describa las numerosas conductas sexuales y variadas maneras de ejercerlas que tenemos las personas, pues en esto, además de profesionales, somos ingeniosos, chismosos e imprudentes.

Por todo eso, y con total seriedad, propongo que la Real Academia Española, la sociedad de sexología competente o la revista que lo acepte, evalúe, y en su caso admita, un nuevo verbo, una palabra, en la próxima edición del

Diccionario o al uso de sus miembros: el verbo “sexuar”

Me explico, es cierto que ya existe el verbo “sexar”, pero se refiere a la acción de determinar el sexo animal y sólo en Honduras se usa para referirse a tener relaciones sexuales. Además, es un verbo -paradójicamente-intransitivo. Así pues, lo que propongo es que en la próxima edición de lo que sea se añada “sexuar” como verbo regular.

Me vuelvo a explicar: las humanas y humanos somos animales superiores - en materia sexual no siempre, o mejor pocas veces- que además de disponer, practicar, acometer o cometer sexo -según los casos-, nos divertimos, nos relacionamos y reproducimos haciéndolo. Es decir que además de sexo tenemos y ejercemos la sexualidad, que es el sexo, más el placer, más la cultura, el cariño, el roce, el afecto, el susurro, el beso...

Pero centrémonos en el sexo, que es la mayor, aunque no siempre la mejor, de dichas actividades. Es verdad que para expresar algunas de las acciones relacionadas con el sexo tenemos otros verbos, como “copular”, pero este realmente significa “copiar”, reproducir, y sólo refiere a la acción coital con fines genésicos. También “follar” (que viene de “fuelle”), que vendría a ser algo así como “resoplar” de placer. Y “fornicar”, que se refiere al

CORRESPONDENCIA:

Jesús J. de la Gándara Martín*Psiquiatra y escritor*

ayuntamiento o cópula carnal fuera del matrimonio -al respecto, un viejo amigo médico decía, ¿cómo se puede fornicar con la madre -o el padre, añadiría ahora-, de tus hijos?--; u otras más cursis, como cohabitar (hacerlo en casa) o el afrancesado “faire l’amour”, que es hacer-el-amor como si se hiciera un pastel de chocolate.

Pero, volviendo al cauce, realmente no tenemos una palabra/verbo en español nacional ni internacional para describir, en todas sus acepciones, tiempos y modos la acción de mantener relaciones de sexualidad o sexuales con otra persona, que es lo común de esta actividad.

Habría que discutir sobre su uso referido a las relaciones autoeróticas o con animales u objetos. Pero eso vendría después. De momento lo que es evidente es que los avances culturales, sociales y científicos en materia sexual, y la necesidad de describirlos y comunicarlos, nos obligan a disponer de un verbo ajustado y preciso, exento de connotaciones sexistas y morales, eufónico y fácil de conjugar. Sexuar cumple todos esos requisitos. Veamos: yo sexúo, tu sexuarás, el sexuó, o no..., nosotros

hemos sexuado, vosotras habéis sexuado, ellos sexuaron, estamos sexuando, ¿y si hubiéramos o hubiésemos sexuado?

Conste que lo digo totalmente en serio, y me apoyo en mi propia experiencia como autor de artículos y libros sobre sexualidad. Con frecuencia he tenido que hacer todo tipo de malabarismos para describir las acciones sexuales por no disponer de un verbo sencillo y eficaz.

En fin, lo dicho, la sexualidad y el sexo son actividades serias y a la vez ligeras, divertidas y fértiles, asuntos comunes o extraordinarios, importantes o relativos, pero siempre necesarias para que la vida sea plena vida.

Practiquémoslas y hablemos de ellas, pero hagámoslo bien, “profesionalmente”, con tino, con precisión, sin rebuscamiento ni escatología, con picardía, pero sin obscenidad. Y para todo eso se necesita un verbo serio, versátil, amplio y acogedor: el verbo **sexuar**.

Y luego..., que los dioses concedan deseo a las personas que tengan sexo y sexo a las que tengan deseo.

ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

Corazón y deseo. El vínculo invisible entre la salud sexual y riesgo cardiovascular. PARTE I: Diagnóstico y Fisiopatología

Heart and desire. The invisible link between sexual health and cardiovascular risk. PART I: Diagnosis and Pathophysiology

Crespo Sabarís R (1), Guerrero Alonso P (1), Placer Noriega E (2), Martínez Gómez N (3), González Flores IE (3)

1 Centro de Salud Navarrete, Servicio Riojano de Salud, La Rioja, España

2 Doctora en psicología. Sexóloga. Salud&placer. Vigo (Pontevedra). Galicia. España.

3 Programa de Formación en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio Riojano de Salud, La Rioja, España

REVISIÓN Y APROBACIÓN

Todos los autores han revisado el manuscrito en su totalidad, aprueban su contenido y aceptan su publicación en la revista Desexología. Los autores se comprometen a proporcionar cualquier información adicional requerida por los editores o revisores durante el proceso de evaluación.

Fecha de envío: 4 de enero de 2026

Sección solicitada: Artículos Especiales / Revisiones

ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL ARTÍCULO

Este artículo constituye la Segunda Parte de una revisión comprehensiva sobre el vínculo entre salud sexual y riesgo cardiovascular. Se complementa con la Parte I publicada previamente ("Diagnóstico y Fisiopatología") y aborda específicamente:

- Fenómenos emergentes en medicina sexual (chemsex)

- Estrategias terapéuticas basadas en evidencia (no farmacológicas y farmacológicas)
- Intervenciones educativas e integración multidisciplinar
- Abordaje holístico de la fertilidad y riesgo cardiovascular
- Recomendaciones prácticas para la transformación de la práctica clínica

RESUMEN EJECUTIVO

Este artículo constituye la Segunda Parte de una revisión integral sobre el vínculo entre salud sexual y riesgo cardiovascular. Se presentan estrategias terapéuticas, medidas de prevención e intervenciones educativas para la gestión simultánea de la salud cardiovascular y sexual. El trabajo aborda fenómenos emergentes como el chemsex, intervenciones no farmacológicas basadas en evidencia (modificaciones del estilo de vida), optimización farmacológica individualizada, cribado sistemático y abordaje multidisciplinar. Constituye una herramienta práctica para profesionales de atención primaria, cardiología, sexología, psicología, enfermería y actividad física, orientada a transformar la práctica clínica habitual hacia un modelo integral que reconoce la inseparabilidad de la salud cardiovascular, sexual y reproductiva en el contexto de la atención sanitaria de calidad.

PALABRAS CLAVE: Salud sexual, Intervención terapéutica, Prevención cardiovascular, Educación en salud, Estilo de vida, Atención integral.

CORRESPONDENCIA:

Rafael Crespo Sabarís

calle siete infantes de Lara, nº 16, 2º C
Logroño, La Rioja, España.
rcrespo@riojasalud.es

KEYWORDS: Sexual health, Therapeutic intervention, Cardiovascular prevention, Health education, Lifestyle, Integrated care.

TÉRMINOS MeSH, Sexual Health, Cardiovascular Diseases, Lifestyle, Health Education, Psychotherapy, Drug Therapy, Primary Health Care, Preventive Medicine, Holistic Health, Sexual Dysfunction.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

El presente trabajo no ha recibido ninguna financiación específica de organismos públicos, privados, fundaciones o institutos de investigación. Ha sido realizado en el marco de la actividad profesional ordinaria y formación de los autores en el Servicio Riojano de Salud.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran explícitamente que NO existe conflicto de intereses de ninguna naturaleza en la realización y presentación de este manuscrito. Ninguno de los autores:

- Mantiene relaciones financieras con empresas farmacéuticas o laboratorios relacionados con los temas tratados
- Recibe beneficios económicos directos o indirectos derivados de la publicación de este trabajo
- Tiene conflictos personales, académicos, políticos o comerciales que pudieran influir en la objetividad del mismo
- Ha recibido patrocinios, becas o ayudas de terceros interesados en los resultados de la investigación

INFORMACIÓN ADICIONAL

Estado del manuscrito: Inédito, no publicado previamente en su totalidad ni en parte

Envío simultáneo: Este manuscrito no ha sido enviado simultáneamente a otra revista

Continuidad: Este artículo constituye la Segunda Parte de una serie publicada en la revista Desexología.

INTRODUCCIÓN

Durante décadas se ha compartimentado el cuerpo humano: el corazón para los cardiólogos, la función sexual para los sexólogos. Esta división ha impedido reconocer algo fundamental: el deseo y la salud cardiovascular están profundamente interconectados.

Este vínculo se manifiesta de múltiples formas. En varones, la disfunción eréctil (DE) puede ser la primera señal de alarma de enfermedad cardiovascular, apareciendo 2-3 años antes de un evento coronario. En mujeres, las alteraciones en el deseo, lubricación y orgasmo se asocian con hipertensión, diabetes y síndrome metabólico. Todas estas condiciones comparten mecanismos fisiopatológicos comunes: disfunción endotelial y aterosclerosis.

Pero hay más. La ansiedad ante un posible evento cardíaco durante el acto sexual, la depresión secundaria a enfermedad crónica y los efectos adversos de múltiples fármacos cardiovasculares crean un escenario complejo que afecta la calidad de vida, la autoestima y las relaciones de pareja. Este fenómeno, tradicionalmente silenciado en las consultas por tabúes culturales y falta de formación, representa uno de los aspectos más desatendidos en la

atención integral.

En nuestra experiencia en Atención Primaria, hemos constatado que muchas personas no se atreven a mencionar estos problemas, y muchos profesionales no abordan el tema proactivamente. Este artículo especial nace precisamente de esa necesidad urgente de poner en primer plano este vínculo invisible y ofrecer herramientas prácticas a estos profesionales, especialmente en atención primaria y sexología.

Partiendo de la evidencia más reciente, exploramos los mecanismos compartidos, analizamos las interacciones entre tratamientos cardiovasculares y función sexual, revisamos fenómenos emergentes como el chemsex (que es el consumo intencionado de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales muy prolongadas) y su impacto cardiovascular, y proponemos estrategias concretas de manejo.

El objetivo fundamental es transformar la práctica clínica habitual, integrando sistemáticamente la evaluación de la salud sexual en toda persona con RCV, y viceversa. Solo así romperemos el silencio, derribaremos los muros entre especialidades y ofreceremos una atención verdaderamente holística.

EL NEXO ENTRE CORAZÓN Y DESEO: CUANDO LA CIRCULACIÓN DETERMINA LA PASIÓN

Cuando la erección anticipa al infarto: la disfunción eréctil como centinela cardiovascular

La disfunción eréctil afecta aproximadamente hasta el 50% de hombres entre 40 y 70 años, aunque la prevalencia varía entre el 10-52% en función de definición utilizada, instrumentos de medida, población estudiada (1). Pero representa mucho más que un problema de intimidad masculina: es una ventana privilegiada para detectar enfermedad cardiovascular en estadios tempranos 2,3.

¿Por qué las arterias del pene "avisan"; antes que las del corazón? Los mecanismos son claros:

La disfunción endotelial reduce la producción de óxido nítrico (NO), esencial para la vasodilatación arterial. Sin NO suficiente, las arterias peneanas no se relajan adecuadamente (2,3). La aterosclerosis progresiva disminuye el flujo sanguíneo al pene. Este proceso no ocurre aisladamente, refleja daño vascular generalizado (2,3). Y aquí está la clave: las arterias peneanas (1-2 mm) son más estrechas que las coronarias (3-4 mm), por lo que los síntomas vasculares se manifiestan primero en el pene (2,3).

El estudio de cohorte observacional COBRA lo confirma de forma contundente. En 285 pacientes con enfermedad coronaria, el 67% presentaba DE. Y algo más revelador: el 93% la había experimentado 2-3 años antes del evento cardíaco (4). Esto convierte a la DE en un marcador de alerta temprana que justifica realizar evaluación cardiovascular sistemática en todo hombre con DE, independientemente a su edad.

En consulta vemos con frecuencia hombres que acuden por problemas de erección y, al profundizar en su historia clínica, se descubren factores de riesgo cardiovascular no diagnosticados o mal controlados. Esta conexión debería ser rutinaria en nuestra práctica diaria.

La dimensión psicológica tampoco puede ignorarse. Ansiedad, depresión y estrés crónico son frecuentes en hombres con RCV elevado y contribuyen significativamente a la DE. Esta relación es bidireccional: la DE genera angustia emocional que agrava los problemas psicológicos preexistentes. Además, la depresión reduce la concentración erótica y el estímulo psicógeno, alterando el ciclo completo de la respuesta sexual (5).

El abordaje debe ser integral: intervenciones farmacológicas (inhibidores PDE5), cambios en estilo de vida (pérdida de peso, ejercicio, dieta) y apoyo psicológico. La evidencia demuestra que estas modificaciones mejoran simultáneamente salud cardiovascular y función eréctil (6).

Más allá del deseo: la disfunción sexual femenina en el contexto cardiovascular

La disfunción sexual femenina (DSF) es frecuente en mujeres con RCV elevado, aunque tradicionalmente ha recibido menos atención que la DE masculina. Se manifiesta como disminución del deseo, dificultad para el orgasmo, dolor en relaciones sexuales (dispareunia) y falta de lubricación vaginal.

Los mecanismos fisiológicos son paralelos a los de varones: reducción del flujo sanguíneo genital por disfunción endotelial y aterosclerosis, que afectan arterias clitoridianas y vaginales. Y las alteraciones hormonales: la disminución de estrógenos en menopausia contribuye significativamente a sequedad vaginal, atrofia genital y reducción del deseo.

El síndrome metabólico y sus componentes (obesidad abdominal, hipertensión, dislipemia, resistencia insulina) se asocian consistentemente con mayor prevalencia de DSF (7).

Estudios recientes confirman que mujeres con hipertensión y diabetes presentan tasas significativamente más altas de DSF, sugiriendo un impacto directo y medible de estas condiciones (8).

Los factores psicológicos (ansiedad, depresión, estrés, conflictos de pareja) son comunes y contribuyen significativamente. Por eso el abordaje debe ser multidimensional: terapia hormonal local o sistémica cuando esté indicada, intervenciones psicológicas y sexuales, educación sexual específica y modificación intensiva de factores de RCV (9).

Sexo seguro en el paciente cardiovascular: desmontando mitos y evaluando riesgos

Uno de los temores más frecuentes en pacientes con enfermedad cardiovascular es el riesgo de sufrir un evento cardíaco durante el acto sexual.

Desde el punto de vista fisiológico, durante la actividad sexual la frecuencia cardíaca aumenta hasta 110-130 latidos por minuto en el orgasmo, y la presión arterial sistólica se incrementa 40-60 mmHg. El gasto energético equivale a subir dos o tres pisos de escaleras (10,11). Este nivel de esfuerzo es moderado y, en la inmensa mayoría de pacientes con enfermedad cardiovascular estable, el riesgo absoluto de evento cardíaco es inferior al 1% 10,11.

Sin embargo, hay situaciones que requieren precaución:

- Angina inestable o síntomas torácicos al mínimo esfuerzo.
- Insuficiencia cardíaca descompensada.
- Arritmias no controladas.
- Período inmediato posterior a síndrome coronario agudo (primeras 2-6 semanas).
- Hipertensión severa no controlada ($\geq 180/110$ mmHg).

Tabla 1: Interacciones entre Fármacos Cardiovasculares y Función Sexual.

Clase farmacológica	Hombres: Efectos sobre Salud Sexual	Mujeres: Efectos sobre Salud Sexual	Observaciones
Diuréticos	DE. ↓ Deseo sexual Alteraciones eyaculación	↓ Deseo sexual ↓ Lubricación vaginal Dispareunia	Especialmente las Tiazidas
Beta-Bloqueantes	↓ Libido. Problemas erección	↓ Libido	Más seguros los de última generación
Calcio-antagonistas	—	—	No afectan SS, pueden mejorarla
Nitratos	Interacción con PDE5i	—	—
Alfa-Bloqueantes	Interacción con PDE5i	—	—
Otros	Impotencia ↓ Apetito sexual Alteraciones eyaculación y orgasmo	↓ Libido Dificultad orgasmo	Digoxina, antiarrítmicos, antidepresivos, ansiolíticos.
Tabla 1: Interacciones entre Fármacos Cardiovasculares y Función Sexual. Referencias 12-16 Abreviaturas: DE: Disfunción eréctil. PDE5i: Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5. SS: Salud sexual. Elaboración propia			

En estos casos debe posponerse la actividad sexual hasta lograr control adecuado.

La rehabilitación cardiovascular y el ejercicio regular mejoran la capacidad funcional y reducen significativamente el riesgo de eventos adversos. En casos seleccionados, una prueba de esfuerzo ayuda a estratificar el riesgo antes de reanudar la actividad sexual tras un evento coronario (12).

La comunicación abierta entre profesional, paciente y pareja es esencial. Hemos comprobado que muchas de las personas que acuden a consulta no preguntan por vergüenza, y muchos profesionales no lo abordan de

forma proactiva. Romper este silencio es un acto terapéutico en sí mismo.

Cuando los medicamentos del corazón afectan al deseo: navegando entre el tratamiento y el placer

El dilema farmacológico: efectos adversos sobre la función sexual

Uno de los aspectos más complejos y silenciados es el impacto negativo que numerosos fármacos cardiovasculares ejercen sobre la función sexual. Esta realidad genera un dilema significativo: mientras el control farmacológico de hipertensión, dislipemia o

Tabla 2: Cuestionario IIEF-5 de Disfunción Eréctil¹⁸

Instrucciones: Responda a cada pregunta seleccionando la opción que mejor describa su situación durante los últimos 6 meses.

Nº	Pregunta	Opciones de Respuesta (1-5 puntos)
1	¿Con qué frecuencia logra erección durante actividad sexual?	1=Nunca 2=Pocas veces 3=Algunas veces 4=Mayoría veces 5=Casi siempre
2	¿Con qué frecuencia mantiene la erección después de conseguirla?	1=Nunca 2=Pocas veces 3=Algunas veces 4=Mayoría veces 5=Casi siempre
3	Al intentar relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia puede penetrar?	1=Nunca 2=Pocas veces 3=Algunas veces 4=Mayoría veces 5=Casi siempre
4	¿Con qué frecuencia mantiene erección después de penetración?	1=Nunca 2=Pocas veces 3=Algunas veces 4=Mayoría veces 5=Casi siempre
5	¿Cómo califica su confianza para lograr y mantener erección?	1=Muy baja 2=Baja 3=Moderada 4=Alta 5=Muy alta

Puntuación

- Sume los valores de las respuestas seleccionadas (1 a 5 por cada pregunta).
- **Interpretación:**
 - o 22-25 puntos: Función eréctil normal
 - o 17-21 puntos: Disfunción eréctil leve
 - o 12-16 puntos: Disfunción eréctil leve a moderada
 - o 8-11 puntos: Disfunción eréctil moderada
 - o 5-7 puntos: Disfunción eréctil severa

Cuestionario adaptado y elaborado para el actual consenso, basado en la referencia original¹⁸.

insuficiencia cardíaca es esencial para prevenir eventos mayores, los efectos adversos sexuales comprometen adherencia terapéutica, calidad de vida y bienestar psicológico.

Vemos en consulta pacientes que abandonan el tratamiento sin consultar por estos efectos, poniendo en riesgo su vida. Por eso es crucial abordar esta problemática abiertamente.

La Tabla 1 resume de forma exhaustiva las principales interacciones entre fármacos cardiovasculares y función sexual.

Los diuréticos (especialmente las tiazidas) constituyen uno de los grupos con mayor impacto sexual adverso. Causan disfunción eréctil, disminución del deseo, alteraciones eyaculación en hombres, y menor lubricación vaginal y dispareunia en mujeres (13,14). Se atribuye a reducción del flujo sanguíneo genital por hipovolemia relativa.

Los betabloqueantes de primera y segunda generación (propranolol, atenolol, metoprolol) se asocian con disminución de libido y problemas de erección, principalmente por reducción de frecuencia cardíaca y gasto cardíaco 15,16. Sin embargo, betabloqueantes de última generación con propiedades vasodilatadoras (nebivolol, carvedilol) presentan perfil mucho más favorable e incluso pueden mejorar la función sexual al optimizar función endotelial (15,16).

Los antagonistas del calcio (amlodipino, nifedipino, diltiazem) representan una alternativa atractiva, ya que generalmente no afectan negativamente la función sexual e incluso pueden mejorarla al optimizar flujo sanguíneo periférico (13).

Los nitratos merecen mención especial por su interacción potencialmente mortal con inhibidores PDE5 (sildenafil, tadalafil, vardenafil). La administración conjunta puede causar hipotensión grave, colapso cardiovascular y muerte súbita, constituyendo contraindicación absoluta (17).

Los alfabloqueantes (doxazosina, terazosina, tamsulosina), que son utilizados en hipertensión e hiperplasia prostática benigna, pueden causar vasodilatación e hipotensión ortostática. Su combinación con PDE5i aumenta significativamente el riesgo de hipotensión sintomática, por lo que debe realizarse con extrema precaución y ajuste de dosis (14).

Otros fármacos cardiovasculares como la digoxina, diversos antiarrítmicos, y especialmente antidepresivos y ansiolíticos (frecuentemente prescritos en pacientes cardiovasculares) pueden provocar impotencia, descenso del apetito sexual y alteraciones en la eyaculación o el orgasmo (13).

En mujeres, diuréticos y algunos betabloqueantes

causan sequedad vaginal y dispareunia, mientras antidepresivos y ansiolíticos reducen libido y dificultan orgasmo (12).

Estrategias terapéuticas para preservar la salud sexual sin comprometer el control cardiovascular

Existen múltiples estrategias que permiten minimizar el impacto negativo sobre función sexual sin comprometer control cardiovascular óptimo. La clave: individualización del tratamiento, comunicación abierta y conocimiento actualizado de alternativas disponibles.

Podemos sustituir betabloqueantes tradicionales por vasodilatadores (nebivolol, carvedilol) (15,16), priorizar antagonistas del calcio, considerar IECA o ARA-II que presentan perfil neutral o favorable.

Los inhibidores PDE5 son seguros y eficaces en mayoría de pacientes cardiovasculares estables, con tasas de éxito 70-85% en disfunción eréctil asociada a RCV (2,6). Pero absolutamente contraindicados con nitratos (16).

En mujeres, sildenafil tópico (crema 2%) mejora excitación y lubricación en disfunción sexual de origen vasculogénico (8). En hombres con hipogonadismo confirmado (testosterona <300 ng/dL), la terapia de reemplazo mejora libido, función eréctil y reduce grasa visceral (6). En mujeres posmenopáusicas, terapia hormonal local con estrógenos alivia sequedad vaginal y reduce la dispareunia.

El abordaje psicológico mediante terapia cognitivo-conductual, terapia sexual y terapia de pareja es fundamental cuando hay ansiedad, depresión o conflictos relacionales.

Y algo esencial: informar proactivamente sobre posibles efectos secundarios sexuales antes de prescribir, enfatizando la importancia de no suspender medicación sin consultar, y ofreciendo alternativas, reforzando que la sexualidad es una dimensión legítima y esencial de la salud integral (12,13,14,16,17).

CONCLUSIONES

El riesgo cardiovascular ejerce un impacto negativo directo y significativo sobre la salud sexual tanto de hombres como de mujeres. La disfunción eréctil en varones y la disfunción sexual femenina son manifestaciones frecuentes en personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular, compartiendo mecanismos fisiopatológicos comunes como disfunción endotelial y aterosclerosis.

La disfunción eréctil no es solo un problema urológico o sexológico aislado, sino un marcador centinela de enfermedad cardiovascular. Puede aparecer entre 2 y 3

años antes de un evento coronario, lo que la convierte en una ventana de oportunidad única para la prevención cardiovascular primaria. Por tanto, todo hombre con DE debe ser evaluado sistemáticamente para detectar factores de riesgo cardiovascular ocultos.

Los factores psicológicos como ansiedad, depresión y estrés crónico agravan significativamente los problemas sexuales en ambos sexos, estableciendo círculos viciosos entre enfermedad cardiovascular, salud mental y disfunción sexual.

Su identificación y tratamiento son componentes esenciales de un abordaje integral. Algunos fármacos cardiovasculares pueden empeorar la función sexual (especialmente diuréticos tiazídicos, betabloqueantes clásicos y algunos antidepresivos). Sin embargo, existen alternativas terapéuticas con perfiles significativamente más favorables (nebivolol, antagonistas del calcio, IECA, ARA-II) que permiten un control cardiovascular óptimo sin comprometer la calidad de vida sexual.

BIBLIOGRAFÍA - PARTE I

1. Zhang Y, Zang N, Xiang Y, Lin F, Liu X and Zhang J (2025) A comprehensive analysis of erectile dysfunction prevalence and the impact of prostate conditions on ED among US adults: evidence from NHANES 2001-2004. *Front. Endocrinol.* 15:1412369. doi: 10.3389/fendo.2024.1412369.
2. Vlachopoulos C, Jackson G, Stefanadis C, Montorsi P. Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. *Eur Heart J.* 2013; 34(27):2034-2046. doi:10.1093/eurheartj/ehl112.
3. Jackson G. Erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Int J Clin Pract.* 2013;67(11):1087-1097. doi:10.1111/ijcp.12248
4. Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, et al. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. The COBRA trial. *Eur Heart J.* 2006;27(22):2632-2639. doi:10.1093/eurheartj/ehl142
5. Rosen RC, Fisher WA, Eardley I, et al. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction. *Curr Med Res Opin.* 2004;20(5):607-617. doi:10.1185/030079904125003467
6. Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ, et al. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA.* 2005;294(23):2996-3002. doi:10.1001/jama.294.23.2996
7. Esposito K, Giugliano F, Ciotola M, et al. Obesity and sexual dysfunction, male and female. *Int J Impot Res.* 2008;20(4):358-365. doi:10.1038/ijir.2008.9
8. Pontiroli AE, Cortelazzi D, Morabito A. Female sexual dysfunction and diabetes: systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2013;10(4):1044-1051. doi:10.1111/jsm.12065
9. Basson R. Sexual function in women with chronic illness and cancer. *Womens Health (Lond).* 2010;6(3):407-429. doi:10.2217/whe.10.23
10. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, et al. Sexual activity and cardiovascular disease: scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2012;125(8):1058-1072. doi:10.1161/CIR.0b013e3182447787
11. Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, et al. Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners: consensus document. *Eur Heart J.* 2013;34(41):3217-3235. doi:10.1093/eurheartj/ehl270
12. Sociedad Española de Cardiología. El 54% de las mujeres no mantiene relaciones sexuales tras haber sufrido un infarto agudo de miocardio [Internet]. Madrid: SEC; 2020 [citado 26 oct 2025]. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/11757>
13. Manolis A, Doumas M. Antihypertensive treatment and sexual dysfunction. *Curr Hypertens Rep.* 2012;14(4):285-292. doi:10.1007/s11906-012-0276-5
14. Cordero A, Bertomeu-Martínez V, Mazón P, et al. Erectile dysfunction in high-risk hypertensive patients treated with beta-blockade. *Cardiovasc Ther.* 2010;28(1):15-22. doi:10.1111/j.1755-5922.2009.00123.x
15. Düsing R. Effect of the angiotensin II antagonist valsartan on sexual function in hypertensive men. *Blood Press Suppl.* 2003;2:29-34. doi:10.1080/08037050310022486
16. Brixius K, Middeke M, Lichtenthal A, Jahn E, Schwinger RH. Nitric oxide, erectile dysfunction and beta-blocker treatment (MR NOED study). *Clin Exp Pharmacol Physiol.* 2007;34(4):327-331. doi:10.1111/j.1440-1681.2007.04551.x
17. Cheitlin MD, Hutter AM Jr, Brindis RG, et al. Use of sildenafil (Viagra) in patients with cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol.* 1999;33(1):273-282. doi:10.1016/s0735-1097(98)00656-1
18. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the IIEF (IIEF-5). *Int J Impot Res.* 1999;11(6):319-326. doi:10.1038/sj.ijir.3900472.

Himafem[®]

Libido



- Promueve la libido
- Regula el equilibrio hormonal
- Mejora el estado de ánimo
- Reduce la fatiga

4

Semanas
Resultados
visibles



ESCANEAR

Acceder a nuestro estudio
realizado en 50 mujeres



Equality Pharma Solutions, S.L.
Calle Castillo de Aulencia 30,
Villafranca del Castillo, 28692.
Tel. +34 615 76 58 62
consultas@himafem.com

ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

Corazón y deseo. El vínculo invisible entre la salud sexual y riesgo cardiovascular. PARTE II: Estrategias de Manejo, Prevención y Educación

Heart and desire. The invisible link between sexual health and cardiovascular risk. PART II: Management Strategies, Prevention and Education

Crespo Sabarís R (1), Guerrero Alonso P (1), Placer Noriega E (2), Martínez Gómez N (3), González Flores IE (3)

1 Centro de Salud Navarrete, Servicio Riojano de Salud, La Rioja, España

2 Doctora en psicología. Sexóloga. Salud&placer. Vigo (Pontevedra). Galicia. España.

3 Programa de Formación en Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio Riojano de Salud, La Rioja, España

REVISIÓN Y APROBACIÓN

Todos los autores han revisado el manuscrito en su totalidad, aprueban su contenido y aceptan su publicación en la revista Desexología. Los autores se comprometen a proporcionar cualquier información adicional requerida por los editores o revisores durante el proceso de evaluación.

Fecha de envío: 4 de enero de 2026

Sección solicitada: Artículos Especiales / Revisiones

ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL ARTÍCULO

Este artículo constituye la Segunda Parte de una revisión comprehensiva sobre el vínculo entre salud sexual y riesgo cardiovascular. Se complementa con la Parte I publicada previamente ("Diagnóstico y Fisiopatología") y aborda específicamente:

- Fenómenos emergentes en medicina sexual (chemsex)
- Estrategias terapéuticas basadas en evidencia (no farmacológicas y farmacológicas)
- Intervenciones educativas e integración multidisciplinar
- Abordaje holístico de la fertilidad y riesgo cardiovascular
- Recomendaciones prácticas para la transformación de la práctica clínica

RESUMEN EJECUTIVO

Este artículo constituye la Segunda Parte de una revisión integral sobre el vínculo entre salud sexual y riesgo cardiovascular. Se presentan estrategias terapéuticas, medidas de prevención e intervenciones educativas para la gestión simultánea de la salud cardiovascular y sexual. El trabajo aborda fenómenos emergentes como el chemsex, intervenciones no farmacológicas basadas en evidencia (modificaciones del estilo de vida), optimización farmacológica individualizada, cribado sistemático y abordaje multidisciplinar. Constituye una herramienta práctica para profesionales de atención primaria, cardiología, sexología, psicología, enfermería y actividad física, orientada a transformar la práctica clínica habitual hacia un modelo integral que reconoce la inseparabilidad de la salud cardiovascular, sexual y reproductiva en el contexto de la atención sanitaria de calidad.

CORRESPONDENCIA:

Rafael Crespo Sabarís

calle siete infantes de Lara, nº 16, 2ºC
Logroño, La Rioja, España.
rcrespo@riojasalud.es

PALABRAS CLAVE: Salud sexual, Intervención terapéutica, Prevención cardiovascular, Educación en salud, Estilo de vida, Atención integral.

KEYWORDS: Sexual health, Therapeutic intervention, Cardiovascular prevention, Health education, Lifestyle, Integrated care.

TÉRMINOS MeSH, Sexual Health, Cardiovascular Diseases, Lifestyle, Health Education, Psychotherapy, Drug Therapy, Primary Health Care, Preventive Medicine, Holistic Health, Sexual Dysfunction.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

El presente trabajo no ha recibido ninguna financiación específica de organismos públicos, privados, fundaciones o institutos de investigación. Ha sido realizado en el marco de la actividad profesional ordinaria y formación de los autores en el Servicio Riojano de Salud.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran explícitamente que NO existe conflicto de intereses de ninguna naturaleza en la realización y presentación de este manuscrito. Ninguno de los autores:

- Mantiene relaciones financieras con empresas farmacéuticas o laboratorios relacionados con los temas tratados
- Recibe beneficios económicos directos o indirectos derivados de la publicación de este trabajo
- Tiene conflictos personales, académicos, políticos o comerciales que pudieran influir en la objetividad del mismo
- Ha recibido patrocinios, becas o ayudas de terceros interesados en los resultados de la investigación

INFORMACIÓN ADICIONAL

Estado del manuscrito: Inédito, no publicado previamente en su totalidad ni en parte

Envío simultáneo: Este manuscrito no ha sido enviado simultáneamente a otra revista

Continuidad: Este artículo constituye la Segunda Parte de una serie publicada en la revista Desexología

Introducción

Continuando con la visión integral de la relación entre salud sexual y riesgo cardiovascular, esta segunda parte analiza los fenómenos emergentes como el chemsex, las intervenciones terapéuticas basadas en evidencia y las estrategias educativas necesarias para transformar la práctica clínica. El enfoque multifactorial y multidisciplinar es esencial para optimizar simultáneamente la salud cardiovascular, sexual y reproductiva de los pacientes.

Chemsex: cuando el placer se convierte en riesgo cardiovascular

El chemsex (uso intencional de sustancias psicoactivas antes o durante actividad sexual) representa un fenómeno emergente que merece atención específica por sus implicaciones cardiovasculares, sexuales y psicosociales (1,2).

Aunque inicialmente descrito en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), se ha extendido a otros colectivos, incluyendo mujeres y población heterosexual (3).

Las sustancias implicadas incluyen metanfetamina, mefedrona, GHB/GBL, ketamina, cocaína, MDMA, poppers e inhibidores PDE5 en uso recreativo sin prescripción médica (1-3).

El consumo combinado de estimulantes con inhibidores PDE5 y vasodilatadores (poppers) puede desencadenar hipotensión grave, arritmias ventriculares mortales, infarto agudo de miocardio (incluso en jóvenes sin factores de riesgo previos), accidente cerebrovascular y muerte súbita cardíaca por uso crónico de metanfetamina (2,4).

Otros riesgos: aumento exponencial de ITS (VIH, sífilis, gonorrea, clamidia, hepatitis C) debido a mayor número de parejas, prácticas de alto riesgo y sesiones prolongadas de 12-72 horas (3). Y problemas de salud mental: ansiedad, depresión mayor, psicosis inducida, ideación suicida y conductas adictivas (1,3).

Estudios recientes demuestran que el uso recreativo de PDE5i es más frecuente en hombres jóvenes y sexualmente activos (18-35 años), con inicio más temprano de la actividad sexual, mayor número de parejas, conductas de promiscuidad y policonsumo de

sustancias (5,6). También se confirma que el chemsex está asociado a un incremento del riesgo de mortalidad por causas cardiovasculares (6,7).

El chemsex plantea desafíos complejos que requieren respuesta coordinada: reducción de daños con información veraz y no estigmatizante, cribado sistemático de ITS con oferta de profilaxis preexposición (PrEP) para VIH (3,8), atención psicológica especializada y formación de profesionales sanitarios para identificar y abordar sin juicios morales a estos pacientes.

Hacia una intervención integral: estrategias prácticas para preservar el corazón sin renunciar al deseo

La gestión integral del riesgo cardiovascular (RCV) y sus repercusiones en la salud sexual exige un enfoque multifactorial, personalizado y basado en la mejor evidencia científica disponible. Lejos de una perspectiva reduccionista que solo contempla el control farmacológico, el verdadero desafío clínico reside en integrar intervenciones sobre estilo de vida, tratamientos médicos específicos, apoyo psicosexual y educación sanitaria proactiva.

El poder transformador del estilo de vida: más allá de las píldoras

La evidencia científica es contundente: lo que comemos afecta directamente tanto a nuestras arterias como a nuestra capacidad de respuesta sexual.

El patrón dietético mediterráneo constituye el modelo nutricional con mayor evidencia científica en prevención cardiovascular y mejora de función sexual. Se caracteriza por consumo abundante de frutas frescas, verduras, legumbres, frutos secos, cereales integrales, pescado azul (rico en omega-3) y aceite de oliva virgen extra como grasa principal.

Este patrón se ha asociado con reducción del 30% en eventos cardiovasculares mayores y, simultáneamente, con mejoría significativa de la función sexual tanto en hombres como en mujeres (9,10,11).

Los mecanismos incluyen reducción de inflamación sistémica, mejora de función endotelial, aumento de biodisponibilidad de óxido nítrico y protección frente al estrés oxidativo.

La reducción estratégica de sal y grasas saturadas representa otra piedra angular. Limitar ingesta de sal a menos de 5 gramos diarios y reducir grasas saturadas a menos del 10% de calorías totales disminuye presión arterial, mejora disfunción endotelial y previene complicaciones cardiovasculares que pueden afectar secundariamente a la función sexual (11).

Aunque la base debe ser siempre una alimentación equilibrada, ciertos suplementos han demostrado

beneficios adicionales: ácidos grasos omega-3 (2-4 gramos diarios) mejoran

vasodilatación endotelial y reducen estrés oxidativo (5,12). La coenzima Q10 (100-200 miligramos diarios) es un potente antioxidante que mejora función mitocondrial y producción energética endotelial (5,12).

El ejercicio físico regular representa, probablemente, la intervención no farmacológica más potente para mejorar simultáneamente salud cardiovascular y función sexual. Sin embargo, sigue siendo una de las recomendaciones menos seguidas en la práctica clínica habitual.

La realización de al menos 150 minutos semanales de actividad aeróbica de intensidad moderada (caminata rápida, natación, ciclismo, baile) produce mejora de función eréctil del 40% en hombres con factores de riesgo cardiovascular y reduce significativamente la incidencia de disfunción eréctil (5,11,13).

Los mecanismos incluyen mejora de función endotelial, aumento de biodisponibilidad de NO, reducción de grasa visceral y mejora del perfil metabólico.

La realización de 2-3 sesiones semanales de entrenamiento con pesas o ejercicios de resistencia incrementa niveles de testosterona libre circulante y mejora libido en ambos sexos (10,14). Este efecto es particularmente relevante en hombres mayores de 50 años y en mujeres posmenopáusicas.

En mujeres, los ejercicios de Kegel (contracción y relajación consciente de musculatura perineal) mejoran significativamente lubricación vaginal, intensidad del orgasmo y satisfacción sexual general, al aumentar flujo sanguíneo genital y fortalecer musculatura implicada en la respuesta orgásmica (5).

El estrés crónico, la ansiedad y la depresión son factores de riesgo cardiovascular independientes y, simultáneamente, causas frecuentes de disfunción sexual en ambos sexos. Su abordaje terapéutico es esencial.

La práctica regular de técnicas de atención plena y yoga produce reducción demostrable de niveles de cortisol (hormona del estrés), mejora vasodilatación periférica y disminuye incidencia de disfunción eréctil y disfunción sexual femenina en pacientes con ansiedad (5,14).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es altamente eficaz para abordar ansiedad de desempeño sexual, depresión asociada a enfermedades crónicas y conflictos de pareja relacionados con disfunción sexual. Los estudios demuestran mejoras del 50-60% en satisfacción sexual tras intervenciones estructuradas de TCC (12,15).

Intervenciones farmacológicas inteligentes: elegir bien para tratar mejor

No todos los fármacos cardiovasculares son iguales en cuanto a su impacto sobre la función sexual. La elección inteligente del tratamiento antihipertensivo puede marcar

una diferencia radical en la calidad de vida del paciente.

Antihipertensivos de primera elección:

Nebivolol (betabloqueante vasodilatador de tercera generación), a diferencia de los betabloqueantes clásicos, mejora la función endotelial mediante liberación de óxido nítrico y causa significativamente menos disfunción eréctil que atenolol, metoprolol o propranolol (5,11).

Los antagonistas del calcio (amlodipino, nifedipino, lercanidipino) no afectan negativamente la función sexual e incluso pueden mejorarla al optimizar la vasodilatación periférica, por lo que su uso es altamente recomendable en pacientes con preocupaciones sobre su vida sexual (11).

Las estatinas (atorvastatina, rosuvastatina) mejoran la función eréctil en hombres con dislipemia mediante la reducción del estrés oxidativo, la mejora de la función endotelial y la disminución de la inflamación vascular (12).

Inhibidores PDE5 en disfunción eréctil cardiovascular:

El sildenafil, tadalafilo, vardenafilo y avanafilo presentan una eficacia del 70-85% en disfunción eréctil asociada a riesgo cardiovascular, con un perfil de seguridad aceptable en la inmensa mayoría de los pacientes cardiovasculares estables (5,12). Sin embargo, es imperativo recordar que están absolutamente contraindicados en pacientes que utilizan nitratos (por riesgo de hipotensión grave y muerte súbita) y deben emplearse con precaución en combinación con alfabloqueantes no selectivos (5,12).

Inhibidores de PDE5i en mujeres:

En mujeres con disfunción sexual de origen vasculogénico, el sildenafil tópico en crema al 2% ha demostrado mejora significativa de la excitación genital, la lubricación vaginal y la satisfacción sexual global (16).

Terapia de reemplazo hormonal:

En hombres con hipogonadismo confirmado (testosterona total <300 ng/dL en dos determinaciones matutinas), la terapia de reemplazo con testosterona (gel transdérmico, inyecciones intramusculares) mejora significativamente la libido, la función eréctil, la masa muscular y reduce la grasa visceral (12).

En mujeres posmenopáusicas, la terapia local con estrógenos en forma de óvulos o cremas vaginales produce un alivio efectivo de la sequedad vaginal, la atrofia del epitelio genital y la dispareunia, sin los riesgos sistémicos de la terapia hormonal oral.

Fertilidad y riesgo cardiovascular: navegando con seguridad

La relación entre riesgo cardiovascular y fertilidad es bidireccional y compleja. El RCV elevado puede afectar negativamente la fertilidad, pero las técnicas de reproducción asistida pueden realizarse con seguridad en pacientes con RCV controlado.

La fecundación in vitro (FIV) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) son opciones seguras en pacientes con RCV adecuadamente controlado. La maduración in vitro de ovocitos (IVM) reduce los riesgos específicos en mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP), que presentan mayor riesgo cardiovascular basal (10,12).

La vitamina E (400 UI/día) combinada con selenio (200 µg/día) mejora significativamente la movilidad espermática en hombres con estrés oxidativo elevado y fragmentación del ADN espermático (12).

Educación sanitaria proactiva: rompiendo el silencio desde la consulta

Uno de los mayores obstáculos en el abordaje de la disfunción sexual en pacientes con RCV es el silencio. Los pacientes no preguntan por vergüenza, y muchos profesionales no abordan el tema por falta de formación, incomodidad o presión asistencial.

Es imperativo incluir preguntas sobre salud sexual en las consultas de Atención Primaria, Cardiología, Medicina Interna y cualquier especialidad que atienda pacientes con RCV. Una pregunta sencilla como "¿Ha notado cambios en su función sexual desde que tiene estos problemas de salud o desde que toma estos medicamentos?" puede abrir un espacio terapéutico fundamental (15,17).

Disponemos de herramientas validadas para el cribado sistemático: el IIEF-5 (Índice Internacional de Función Eréctil, versión abreviada de 5 ítems) en hombres (18), cuestionario breve, autoadministrado y validado internacionalmente para detectar disfunción eréctil y graduar su gravedad. Y el FSFI-19 (Índice de Función Sexual Femenina, 19 ítems) en mujeres (19), que evalúa seis dominios de función sexual femenina: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

La combinación de profesionales especializados en nutrición, psicología, sexología, ciencias de actividad física y deporte, fisioterapia y enfermería permite abordar de manera holística dieta, ejercicio, gestión del estrés y salud sexual (14,15). Estos programas grupales, además, reducen el estigma y fomentan el apoyo entre pares.

Las plataformas online con vídeos educativos interactivos sobre técnicas de relajación, ejercicios de suelo pélvico, educación sexual y modificación del estilo de vida son utilizadas actualmente por el 68% de

pacientes jóvenes, lo que representa una oportunidad de intervención escalable y accesible (3,10).

Dado el riesgo cardiovascular y sexual asociado al chemsex, es fundamental implementar estrategias de reducción de daños basadas en evidencia y libres de estigma: distribución de kits informativos sobre interacciones peligrosas con drogas recreativas (especialmente cocaína, metanfetamina, poppers), signos de alarma cardiovascular y recursos de ayuda (3,8). Cribado rutinario de ITS en usuarios identificados de chemsex, con oferta proactiva de PrEP para VIH (3). Y abordaje sin juicios morales, adoptando actitud empática, abierta y no estigmatizante.

CONCLUSIONES

Mensajes clave para la práctica clínica

El fenómeno emergente del chemsex (uso recreativo de drogas en contextos sexuales) representa un riesgo cardiovascular grave y creciente, y se han descrito casos de eventos cardíacos agudos (infarto, arritmias, muerte súbita), incremento exponencial de infecciones de transmisión sexual (VIH, sífilis, hepatitis C) y problemas severos de salud mental.

Requiere estrategias específicas de reducción de daños, cribado sistemático de ITS y atención multidisciplinar.

Las modificaciones del estilo de vida (dieta mediterránea, ejercicio físico regular, manejo del estrés, abandono del tabaco) constituyen intervenciones de primera línea tanto para prevención cardiovascular como para mejora de función sexual.

Su eficacia está ampliamente demostrada y deben ser prescritas con la misma rigurosidad que cualquier tratamiento farmacológico.

Un enfoque integral, multidisciplinar y proactivo es necesario para optimizar simultáneamente salud cardiovascular, sexual y reproductiva. Este enfoque debe incluir profesionales de Atención Primaria, Cardiología, Sexología, Psicología, nutrición, Enfermería y Actividad Física, trabajando coordinadamente y sin estigmas ni silencios.

Reflexión final: hacia una medicina que integre corazón y deseo

El riesgo cardiovascular tiene un impacto profundo, relevante y multifactorial en la salud sexual, la fertilidad y la calidad de vida de hombres y mujeres. La disfunción eréctil y la disfunción sexual femenina son muy frecuentes en pacientes con RCV, pero permanecen infradiagnosticadas e infratratadas, ocultas tras el silencio de los pacientes, el pudor cultural y la falta de formación específica de muchos profesionales sanitarios.

La evidencia científica acumulada en las últimas

décadas demuestra de forma concluyente que salud cardiovascular y salud sexual no pueden seguir siendo tratadas como dominios separados. Comparten los mismos mecanismos fisiopatológicos, los mismos factores de riesgo y, lo que es más importante, las mismas oportunidades de prevención y tratamiento.

La disfunción eréctil como marcador centinela de enfermedad cardiovascular ofrece una oportunidad única para la prevención primaria: cada hombre joven o de mediana edad que consulta por problemas de erección debería recibir una evaluación cardiovascular completa. Del mismo modo, cada paciente con enfermedad cardiovascular debería ser preguntado sistemáticamente sobre su función sexual, utilizando herramientas validadas como el IIEF-5 en hombres y el FSFI-19 en mujeres.

Las intervenciones integrales, que combinan modificaciones del estilo de vida, optimización farmacológica, tratamientos específicos de disfunción sexual, apoyo psicológico y educación sanitaria proactiva, son esenciales y altamente eficaces para optimizar salud sexual y reproductiva en personas con riesgo cardiovascular.

El desafío es claro: debemos transformar la práctica clínica habitual, superar los tabúes culturales, formar adecuadamente a los profesionales sanitarios y, sobre todo, reconocer que la sexualidad es una dimensión legítima, esencial e irrenunciable de la salud integral. Solo así podremos ofrecer una atención verdaderamente holística que reconozca, finalmente, que corazón y deseo laten al unísono.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bustos Gómez G. Farmacología del Chemsex [Trabajo Fin de Grado en Internet]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2020 [citado 26 oct 2025]. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/101714>
2. Coll J, Caballero A, Sanz N, et al. Chemsex: riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores de riesgo y estrategias de reducción de daños. *Enferm Emerg*. 2016;15(2):65-73.
3. Lagojda L, Gallagher E, Wood P, Boyle A, Scutt A, Sutton C. Mental health and drug use patterns among men who have sex with men engaging in chemsex. *Drug Alcohol Depend*. 2025;258:111272. doi:10.1016/j.drugalcdep.2025.111272
4. Cheitlin MD, Hutter AM Jr, Brindis RG, et al. ACC/AHA expert consensus document. Use of sildenafil (Viagra) in patients with cardiovascular disease. American College of Cardiology/American Heart Association. *J Am Coll Cardiol*. 1999;33(1):273-282. doi:10.1016/s0735-1097(98)00656-1

Tabla 3: Cuestionario FSFI-19 de Función Sexual Femenina¹⁹**Instrucciones**

Por favor, responda a cada pregunta seleccionando la opción que mejor describa su situación durante las últimas 4 semanas. Marque solo una respuesta por pregunta.

Preguntas y Opciones

N.º	Pregunta	Opciones de respuesta (puntuación)
1	¿Con qué frecuencia sintió deseo o interés sexual?	1 = Casi siempre o siempre 2 = La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo) 3 = A veces (aprox. la mitad) 4 = Pocas veces (menos de la mitad) 5 = Casi nunca o nunca
2	¿Cómo calificaría su nivel de deseo o interés sexual?	1 = Muy alto 2 = Alto 3 = Moderado 4 = Bajo 5 = Muy bajo o ninguno
3	¿Con qué frecuencia se sintió excitada ("encendida") durante la actividad sexual o coito vaginal?	0 = Sin actividad sexual 1 = Casi siempre o siempre 2 = La mayoría de las veces 3 = A veces 4 = Pocas veces 5 = Casi nunca o nunca
4	¿Cómo calificaría su nivel de excitación durante la actividad sexual o coito vaginal?	0 = Sin actividad sexual 1 = Muy alto 2 = Alto 3 = Moderado 4 = Bajo 5 = Muy bajo o ninguno
5	¿Cuánta confianza tuvo para excitarse durante la actividad sexual o coito vaginal?	0 = Sin actividad sexual 1 = Confianza muy alta 2 = Confianza alta 3 = Moderada 4 = Baja 5 = Muy baja o ninguna

6	¿Con qué frecuencia se mantuvo excitada durante la actividad sexual o coito vaginal?	0 = Sin actividad sexual 1 = Casi siempre o siempre 2 = La mayoría de las veces 3 = A veces 4 = Pocas veces 5 = Casi nunca o nunca
7	¿Con qué frecuencia notó lubricación vaginal durante la actividad sexual o coito vaginal?	0 = Sin actividad sexual 1 = Casi siempre o siempre 2 = La mayoría de las veces 3 = A veces 4 = Pocas veces 5 = Casi nunca o nunca
8	¿Con qué frecuencia tuvo dificultad para lubricarse durante la actividad sexual o coito vaginal?	0 = Sin actividad sexual 1 = Ninguna dificultad 2 = Poca dificultad 3 = Dificultad moderada 4 = Mucha dificultad 5 = No pudo lubricarse
9	¿Con qué frecuencia mantuvo la lubricación durante la actividad sexual o coito vaginal?	0 = Sin actividad sexual 1 = Casi siempre o siempre 2 = La mayoría de las veces 3 = A veces 4 = Pocas veces 5 = Casi nunca o nunca
10	¿Con qué frecuencia tuvo dificultad para mantener la lubricación durante la actividad sexual o coito?	0 = Sin actividad sexual 1 = Ninguna dificultad 2 = Poca dificultad 3 = Dificultad moderada 4 = Mucha dificultad 5 = No pudo mantener la lubricación
11	¿Con qué frecuencia alcanzó el orgasmo durante la actividad sexual o coito vaginal?	0 = Sin actividad sexual 1 = Casi siempre o siempre 2 = La mayoría de las veces 3 = A veces

		4 = Pocas veces 5 = Casi nunca o nunca
12	¿Con qué frecuencia tuvo dificultad para alcanzar el orgasmo?	0 = Sin actividad sexual 1 = Ninguna dificultad 2 = Poca dificultad 3 = Dificultad moderada 4 = Mucha dificultad 5 = No pudo alcanzar el orgasmo
13	¿Con qué frecuencia sintió satisfacción con la intensidad del orgasmo?	0 = Sin actividad sexual 1 = Casi siempre o siempre 2 = La mayoría de las veces 3 = A veces 4 = Pocas veces 5 = Casi nunca o nunca
14	¿Con qué frecuencia se sintió satisfecha con su vida sexual?	1 = Casi siempre o siempre 2 = La mayoría de las veces 3 = A veces 4 = Pocas veces 5 = Casi nunca o nunca
15	¿Con qué frecuencia tuvo relaciones sexuales placenteras?	0 = Sin actividad sexual 1 = Casi siempre o siempre 2 = La mayoría de las veces 3 = A veces 4 = Pocas veces 5 = Casi nunca o nunca
16	¿Con qué frecuencia sintió cercanía emocional con su pareja durante la actividad sexual?	0 = Sin actividad sexual 1 = Casi siempre o siempre 2 = La mayoría de las veces 3 = A veces 4 = Pocas veces 5 = Casi nunca o nunca
17	¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?	0 = Sin actividad sexual 1 = Nunca 2 = Pocas veces 3 = A veces

		4 = La mayoría de las veces 5 = Casi siempre o siempre
18	¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?	0 = Sin actividad sexual 1 = Nunca 2 = Pocas veces 3 = A veces 4 = La mayoría de las veces 5 = Casi siempre o siempre
19	¿Cómo valoraría su nivel de dolor o molestias durante o después del coito vaginal?	0 = Sin coito vaginal 1 = Ninguno 2 = Bajo 3 = Moderado 4 = Alto 5 = Muy alto

Puntuación

- **Deseo:** Preguntas 1-2, sumar y multiplicar por 0.6 (rango 1.2-6)
- **Excitación:** Preguntas 3-6, sumar y multiplicar por 0.3 (rango 0-6)
- **Lubricación:** Preguntas 7-10, sumar y multiplicar por 0.3 (rango 0-6)
- **Orgasmo:** Preguntas 11-13, sumar y multiplicar por 0.4 (rango 0-6)
- **Satisfacción:** Preguntas 14-16, sumar y multiplicar por 0.4 (rango 0.8-6)
- **Dolor:** Preguntas 17-19, sumar y multiplicar por 0.4 (rango 0-6)

La **puntuación total** se obtiene sumando los seis dominios (rango total: 2.0-36.0). Una puntuación inferior a 26.55 suele indicar disfunción sexual.

Interpretación (Ejemplo de corte)

- 2.0-7.2: Disfunción sexual severa
- 7.3-14.4: Moderada
- 14.5-21.6: Leve-moderada
- 21.7-28.1: Leve
- 28.2-36.0: Sin disfunción sexual

Cuestionario adaptado y elaborado para el actual consenso, basado en la referencia original¹⁹.

5. Vlachopoulos C, Jackson G, Stefanadis C, Montorsi P. Erectile dysfunction in the cardiovascular patient. *Eur Heart J*. 2013; 34(27):2034-2046. doi:10.1093/eurheartj/ehh112.
6. D'Silva A, Sheppard MN. Beware the possible dangers of mchemsex—is illicit drug-related sudden cardiac death underestimated? *JAMA Cardiol*. 2022;7(10):1080-1081. doi:10.1001/jamacardio.2022.2377
7. Tyler M, Morrow N, George S, George C, George K. Chemsex-related deaths in the United Kingdom (2017-2022): toxicology findings. *J Anal Toxicol*. 2025;49(2):91-98. doi:10.1093/jat/bkae082.
8. Sánchez-Pardo D, Mayo M, Arce A, Fernández MJ. Chemsex: un problema de salud pública desde la atención primaria. *Aten Primaria*. 2022;54(1):102163. doi:10.1016/j.aprim.2021.102163.
9. Sociedad Española de Cardiología. El 54% de las mujeres no mantiene relaciones sexuales tras haber sufrido un infarto agudo de miocardio [Internet]. Madrid: SEC; 2020 [citado 26 oct 2025]. Disponible en: <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/11757>
10. Bauer SR, Breyer BN, Stampfer MJ, Rimm EB, Giovannucci EL, Kenfield SA. Diet and erectile dysfunction among men in the Health Professionals Follow-Up Study. *JAMA Netw Open*. 2020;3(11):e2027084. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.27084
11. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *N Engl J Med*. 2018;378(25):e34. doi:10.1056/NEJMoa1800389.
12. Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ, Probstfield JL, Moinpour CM, Coltman CA. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA*. 2005;294(23):2996-3002. doi:10.1001/jama.294.23.2996
13. La Vignera S, Condorelli RA, Cannarella R, Giaccone F, Calogero AE. Arterial erectile dysfunction is the tip of the iceberg in young men with low cardiovascular risk. *J Endocrinol Invest*. 2019;42(9):1007-1011. doi:10.1007/s40618-019-01022-6.
14. Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH, et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA*. 1998;280(23):2001-2007. doi:10.1001/jama.280.23.2001
15. Gleason CE, Dowling NM, Wharton W, et al. Effects of hormone therapy on cognition and mood in recently postmenopausal women: findings from the randomized, controlled KEEPS-cognitive and affective study. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001833. doi:10.1371/journal.pmed.1001833
16. Pontiroli AE, Cortelazzi D, Morabito A. Female sexual dysfunction and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*. 2013;10(4):1044-1051. doi:10.1111/jsm.12065.
17. Organización Panamericana de la Salud. Directrices sobre evaluación y manejo del riesgo cardiovascular [Internet]. Washington: OPS; 2023 [citado 26 oct 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/directrices-sobre-evaluacion-manejo-riesgo-cardiovascular>
18. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 1999;11(6):319-326. doi:10.1038/sj.ijir.3900472
19. Rosen R, Brown C, Heiman J, 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(2):191-208. doi:10.1080/009262300278597.

ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

Las disfunciones sexuales asociadas a trastornos tiroideos: una revisión narrativa

Sexual dysfunctions associated with thyroid disorders: a narrative review

María- Fernández V (1), Fonseca-Guzmán C (2)

1. Residente ginecología II año - Pontificia Universidad Javeriana, Maestría sexología médica - Universidad Europea del Atlántico

2. Ginecólogo y obstetra - Universidad El Rosario, Uroginecólogo - Hospital Italiano de Buenos Aires, Maestría en investigación - Hospital Italiano de Buenos Aires, Profesor dpto Ginecología - Universidad Nacional de Colombia, Líder de uroginecología - Hospital Universitario Mayor, Presidente Asociación Colombiana de Uroginecología y Piso pélvico

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades tiroideas son entidades altamente prevalentes en el mundo y en especial en las mujeres. Los desórdenes tiroideos afectan diferentes sistemas del cuerpo y el sistema reproductivo y la esfera sexual de las pacientes no son la excepción. El hipotiroidismo se documenta más frecuentemente en las mujeres y puede ser el causante de disminución del libido, sequedad vaginal, alteraciones del ciclo menstrual, todas causas de disfunciones sexuales. La relación entre trastornos tiroideos y disfunción sexual cada día es más frecuente en la consulta médica, por lo cual es motivada la realización de esta revisión de la literatura.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa de la literatura sobre el tema de disfunción sexual y los

trastornos tiroideos. La revisión se hizo usando bases de datos electrónicas como PubMed, Medline, Scopus y Scielo, haciendo énfasis en artículos de revisión, ensayos clínicos y estudios observacionales. El fondo de la búsqueda fue especialmente publicado en los últimos 10 años aunque no se hizo una restricción estricta por año de publicación. Se incluyeron artículos en inglés y español y se excluyeron los artículos relacionados con disfunción sexual masculina secundaria a alteración tiroidea

Resultados: Existe una alta prevalencia de las disfunciones sexuales en las mujeres que sufren trastornos tiroideos, llegando a ser hasta del 46%, dos veces más prevalentes en comparación con las mujeres con tiroides sana. Individualizando las alteraciones tiroideas, las pacientes con hipotiroidismo presentan más disfunciones sexuales que las pacientes con hipertiroidismo, 53% y 46% respectivamente. El trastorno del deseo sexual es la disfunción sexual más frecuente entre las pacientes con hipotiroidismo, mientras que en la Tiroiditis de Hashimoto (autoinmune) presentan disminución notable del deseo, la excitación y disfunción sexual por dolor.

Conclusión: Es evidente la existencia de unas grandes interacciones entre los trastornos tiroideos y las disfunciones sexuales femeninas, estando presente en cerca de la mitad de las pacientes valoradas en la consulta, razón por la cual es recomendable que la

CORRESPONDENCIA:

Valentina María- Fernández

Residente ginecología II año - Pontificia
Universidad Javeriana, Maestría sexología médica
Universidad Europea del Atlántico

esfera sexual sea evaluada en todas las pacientes con disfunciones tiroideas y también que las paciente que consultan a sexología se tenga en cuenta una valoración de su función tiroidea para poder ofrecer un diagnóstico y tratamiento más integral a las pacientes.

Palabras clave: Disfunción sexual femenina, disfunciones tiroideas, revisión narrativa.

INTRODUCCIÓN

Las disfunciones sexuales y los trastornos de la tiroides son patologías con una alta prevalencia e incidencia, especialmente en las mujeres, pero se han considerado patologías aisladas hasta hace poco tiempo en donde se ha iniciado a evidenciar las interrelaciones que existen entre estas (1). La mayoría de los estudios mencionan que las mujeres con alteraciones en la tiroides presentan más comúnmente dificultades en la respuesta sexual (deseo, estimulación, satisfacción, orgasmo) que las pacientes sanas (1,2).

Los trastornos de la tiroides predominan en la mayoría del mundo con patrones significativos de cambios en la frecuencia en diversas poblaciones (3). En una estimación global, la tiroiditis puede ocurrir en el 2 al 6 % de la población global. (Dinero y otros 2020). Sin embargo, con una prevalencia variable según las diferentes regiones, los Estados Unidos y Europa se equilibran al 6%, pero en América Latina o África puede estar alrededor del 20 % (3).

La glándula tiroides juega un papel fundamental en la salud a nivel general (3). Las hormonas producidas por esta glándula controlan la función de múltiples sistemas, incluido el metabolismo, la energía, la temperatura corporal, el estado de ánimo y la reproducción (3,4). En realidad, sí existe una necesidad de función tiroidea normal para tener una sexualidad saludable (1,2). Las hormonas tiroideas tienen efectos directos sobre los órganos sexuales (ovarios y tejido eréctil) a través de reacciones moleculares específicas que buscan regular el crecimiento de los tejidos y su metabolismo (5,6). Asimismo, las hormonas tiroideas intervienen en la alteración de la biodisponibilidad de esteroides sexuales por medio de la modificación en la producción de la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG), cambio que puede llevar a un desequilibrio en las fracciones libres de testosterona y estrógeno (4,6). Por lo anterior, se considera que por medio de estos mecanismos los desórdenes tiroideos pueden afectar negativamente la función sexual femenina (4,6).

Este artículo se encarga de revisar la evidencia científica sobre la correlación entre ambas condiciones clínicas con el fin de destacar los hallazgos más relevantes y sus implicaciones clínicas.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura basada en ensayos clínicos y artículos de revisión que se ocupan de la disfunción tiroidea y su relación con la sexualidad en mujeres. Para la revisión bibliográfica en bases de datos electrónicas tales como PubMed, MEDLINE, Scopus and SciELO se utilizaron palabras clave tanto en inglés como en español, las cuales fueron las siguientes: "female sexual dysfunction, sexual function, thyroid disease, thyroiditis, hypothyroidism, hyperthyroidism, disfunción sexual femenina ", and "tiroides". No se realizó una restricción por el año de publicación, pero sí tuvo prioridad la literatura de la última década. Durante la selección de los artículos se tuvo en cuenta principalmente aquellos con poblaciones de mujeres adultas con diagnóstico de hipotiroidismo, hipertiroidismo o tiroiditis autoinmune, asociándose a la evaluación de las diferentes variables con respecto a la función sexual como lo son el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y/o el dolor.

Estrategia de búsqueda

(((((Prevalence[Title/Abstract]) AND (Sexual disorders[Title/Abstract])) OR (Sexual dysfunction[Title/Abstract])) OR (dyspareunia [Title/Abstract])) OR (orgasm disorder [Title/Abstract]))OR (Female sexual dysfunction[Title/Abstract])) OR (FSD [Title/Abstract])) OR (women sexual dysfunction[Title/Abstract])) AND (Thyroid disorders[Title/Abstract])) OR (Thyroid diseases[Title/Abstract])) OR (Hyperthyroidism[Title/Abstract] OR (hypothyroidism [Title/Abstract]))))))))

Criterios de inclusión:

1. Estudios y artículos de revisión narrativa o sistemática sobre las disfunciones sexuales femeninas y los trastornos tiroideos
2. No restricción en fecha de publicación, dando prioridad a la última década
3. Estudios observacionales
4. Ensayos clínicos (si hubieran estado disponibles).
5. Estudios publicados en inglés y/o español
6. Estudios con acceso completo al texto

Criterios de exclusión

1. Artículos de revisión narrativa o sistemática que no hablan sobre función sexual femenina
2. Estudios no relacionados con desórdenes tiroideos

3. Estudios con inclusión de población pediátrica o masculina
4. Artículos con acceso limitado
5. Estudios en idiomas diferentes al inglés o español

RESULTADOS

Asociación general entre alteraciones tiroideas y función sexual

Los estudios realizados han reportado que las mujeres con disfunciones tiroideas presentan una mayor prevalencia de disfunciones sexuales que las mujeres libres de patología tiroidea (1,2,8). Por ejemplo, Pasquali y Sur. realizan un meta- análisis en el 2013 donde afirman que aproximadamente 46% de mujeres con enfermedad de tiroides presentan disfunción sexual (guiándose por el índice de funciones sexuales femeninas, FSFI), en comparación al 20% en los controles de mujeres sanas (1). De manera correspondiente, un meta-análisis realizado en el 2024 por Salri et Al, reportó que los trastornos tiroideos muestran una alta prevalencia de disfunción sexual femenina, siendo esta del 44,8% globalmente, teniendo una prevalencia el 41,8% en mujeres con hipotiroidismo, así como en el 59,6% en mujeres con hipertiroidismo, lo que indica que la evidencia actual continúa demostrando que ambas patologías de tiroides pueden tener influencia significativa sobre la vida sexual (2).

En estos estudios, las diferencias evidenciadas no son únicamente explicadas por la diferencia de edad o un estado menopáusico que pueda sugerir una influencia únicamente de la alteración hormonal sobre la sexualidad (6,7). La afectación y clínica manifestada por la alteración en la función sexual va a depender del tipo de disfunción tiroidea que padezca, pero en la gran mayoría de pacientes se observa un efecto negativo sobre la fase de excitación (incluyendo la lubricación) y la capacidad orgásmica (1,2,3). De igual forma, se ha evidenciado que las mujeres con hipotiroidismo van a mostrar disminución del deseo sexual, mientras que aquellas que sufren de tiroiditis de Hashimoto (autoinmune), presentan reducción significativa del deseo, la excitación y la lubricación; por otro lado, las mujeres con bocio nodular manifestaron alteraciones en todas las áreas de la respuesta sexual: el deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción, comparadas con controles (5,9). Lo mencionado anteriormente sugiere que cualquier tipo de alteración de la función tiroidea, ya sea estructural, hipofunción o hiperfunción, puede repercutir negativamente en la respuesta sexual femenina (1,2,8,9).

Hipotiroidismo

El hipotiroidismo (hipofunción de la glándula tiroides) se asocia consistentemente con la disfunción sexual femenina (1,2). Las mujeres hipotiroideas consultan por dificultad para alcanzar el deseo sexual, apatía sexual, sequedad vaginal por déficit de lubricación y dificultades para alcanzar el orgasmo (2,5,8). Los estudios clínicos complementan esta clínica manifestada por las pacientes: se ha observado que más de la mitad de las mujeres que padecen de hipotiroidismo tienen en algún nivel una disfunción sexual, principalmente cambios de deseo, excitación y orgasmo (2,3).

Adicionalmente, se considera la contribución de la prolactina en esta problemática, debido a que esta hormona se eleva de forma secundaria en el hipotiroidismo debido a la mayor liberación de hormona liberadora de tirotropina (TRH), lo cual lleva a una disminución de la libido y la función sexual (5,7). La novedad con esta patología es que en la gran mayoría de casos con el tratamiento apropiado para la disregulación tiroidea, la disfunción sexual mejorará simultáneamente (5,7). La restauración del funcionamiento adecuado de la glándula tiroidea mediante tratamiento con terapia hormonal sustitutiva se asocia a una mejoría significativa. Pasquali et al. encontró que posterior a la corrección del hipotiroidismo, el deseo sexual, la satisfacción y la dispareunia (dolor con la penetración) volvieron a normalizarse, aunque la capacidad de la excitación y orgasmos permanecieron disminuidas a corto plazo (1). Esto indica que a pesar que el tratamiento con hormona tiroidea alivia en su gran mayoría la sintomatología producida por la disfunción sexual, hay aspectos tales como la respuesta orgásmica que requieren más tiempo o de más intervenciones para tener una recuperación absoluta (1,7).

Hipertiroidismo

El hipertiroidismo o tirotoxicosis (hiperfunción de la glándula tiroides) de igual forma puede causar alteraciones en la función sexual de las mujeres (1,3,8). Las pacientes con hipertiroidismo tienden a presentar síntomas sistémicos (nerviosismo, ansiedad, insomnio, taquicardia, pérdida de peso o astenia) que pueden interferir indirectamente con la actividad sexual, por ejemplo en el caso de la ansiedad e insomnio influyen en el deseo sexual, la dificultad para la concentración y/o debilidad física (2,8). Los estudios indican que las mujeres con hipertiroidismo activo tienen puntajes más bajos en todos los componentes de la función sexual en comparación con mujeres eutiroideas, lo que confirma que el exceso de hormona tiroidea de igual forma deteriora la respuesta sexual (2,7,8). La prevalencia de disfunción

sexual femenina con diagnóstico de hipertiroidismo se encuentra ligeramente más baja que en los casos de hipotiroidismo, pero aún así sigue siendo considerable (40 % en hipertiroidismo vs >50% en hipotiroidismo) (1,3). De cualquier manera, la fase de respuesta sexual que más se ve afectada es la fase de la excitación que conlleva a dificultad para la lubricación y alcanzar altos niveles de excitación y en el alcance del orgasmo (1,2,8). Afortunadamente, el tratamiento del hipertiroidismo, ya sea con fármacos antitiroideos, yodo radioactivo o cirugía, según cada caso evaluado individualmente, se observa una mejoría rápida en la función sexual (1,7).

Posterior a un adecuado control tiroideo, se restituye el deseo sexual, una adecuada excitación con buena lubricación, aumento del deseo sexual y satisfacción sexual, todas las anteriores acompañadas de la desaparición de la dispareunia, lo que indica únicamente que el alcance del orgasmo es la única fase que requiere tiempo para normalizarse (1,2,7). Esto quiere decir que a pesar de que el hipertiroidismo tiene una prevalencia significativa, los efectos que genera son reversibles, al igual que en el hipotiroidismo, que se mantendrán con el tiempo siempre y cuando haya un adecuado control hormonal (4,7).

Tiroiditis autoinmune (Hashimoto) y otras condiciones tiroideas:

Por otro lado, están las enfermedades tiroideas de origen autoinmune, especialmente la tiroiditis de Hashimoto, la cual requiere control adecuado ya que en la mayoría de los casos las pacientes pueden permanecer eutiroideas o presentar hipotiroidismo subclínico antes de debutar con un hipotiroidismo franco (9). La presencia de anticuerpos tiroideos puede influir directamente en la función sexual independientemente de los valores hormonales. En un estudio realizado por Oppo et al. (7) Se evidenció que las pacientes con tiroiditis de hashimoto presentaban una disminución del deseo sexual, pero los demás factores de la función sexual permanecen intactos, sin embargo, en un estudio realizado por Krysiak et al. (7) Se encontró que esta patología no solo disminuye el deseo, sino también la excitación, la satisfacción y el alcance del orgasmo. Según un estudio realizado en el 2021 en Rumania (9), con mujeres jóvenes con diagnóstico de enfermedad tiroidea autoinmune, incluyendo dentro del mismo casos con paciente eutiroideas, hipotiroidismo subclínico y clínico, se demostró que la disfunción sexual femenina tenía mayor prevalencia en las pacientes que presentaban autoinmunidad tiroidea que las pacientes sanas y que asimismo el riesgo de disfunción aumentada dependiendo de la severidad del desorden tiroideo (9).

Dentro de este grupo de mujeres que participaron en el estudio mencionado, los factores más afectados fueron los del deseo, la lubricación, el orgasmo, la excitación y la satisfacción, mientras que no se evidenciaron diferencias con respecto a la dispareunia (9). Por medio de los resultados anteriores, podemos afirmar que a mayores niveles de hormona estimulante del tiroides (TSH), hay mayor probabilidad de presentar problemas del líbido y respuesta sexual (6,7,9).

Adicionalmente, la tiroiditis autoinmune genera su impacto negativo por las mismas alteraciones hormonales provocadas, tanto como por la autoinmunidad y/o el estado anímico asociado (9). Esto es de gran importancia clínica debido a que a pesar que las pacientes con Hashimoto que permanezcan eutiroideas puedan ser pasadas por alto dentro de un diagnóstico por ausencia de sintomatología, en el caso de que se presenten cambios o disminución en la función sexual, se debe evaluar la función tiroidea (9).

DISCUSIÓN

Los resultados de la literatura respaldan la importante correlación entre las disfunciones de la glándula tiroides y las disfunciones sexuales en las mujeres (1,2,3). Aquellos resultados tienen implicaciones clínicas. Por un lado, se debe educar a los profesionales de la salud que tratan a los pacientes con enfermedad tiroidea (hipotiroidismo, hipertiroidismo o tiroiditis) a que indaguen sobre la salud sexual de sus pacientes, sobretodo en la consulta de endocrinología, debido a la alta prevalencia de trastornos sexuales en este grupo es importante realizar preguntas sobre deseo, satisfacción y síntomas físicos como la lubricación y/o el dolor (5). Se conoce que a pesar de que los trastornos sexuales son tan frecuentes, las pacientes generalmente no mencionan este tipo de problemas ni los médicos realizan estas preguntas (5). Es importante superar esta barrera de comunicación para poder brindar una atención integral e indicar los tratamientos adecuados respectivamente.

De igual forma, en ocasiones las pacientes consultan con sintomatología que sugiere una disfunción sexual sin encontrar una causa ginecológica o psicológica evidente por lo que hay que incluir el perfil tiroideo como parte de los estudios para acercarse a un diagnóstico (6,7). Esta recomendación es especialmente importante en las mujeres posmenopáusicas, ya que en esta etapa de la vida de las mujeres los trastornos tiroideos y las disfunciones sexuales aumentan su incidencia (10). Lo ideal y lo más recomendable es que se realice un enfoque multidisciplinario con endocrinología, ginecología y especialistas en sexología médica (10).

Con respecto a los mecanismos fisiológicos se sabe que son complejos y multifactoriales (1,3,8). Inicialmente, el desequilibrio de hormonas tiroideas desencadena cambios endocrinológicos en la cascada, es decir: en el hipotiroidismo, la disminución de las hormonas tiroideas lleva a un aumento de hormona liberadora de tirotropina (TRH) hipotalámico, elevando la prolactina, lo que puede inhibir el eje gonadal y asimismo disminuir la función sexual (1,8). En ambas condiciones, hipotiroidismo e hipertiroidismo se generan alteraciones de los niveles de hormonas sexuales circulantes, por ejemplo, hay cambios en los niveles de hormona fijadora de hormonas sexuales (SHBG) y en las fracciones libres de testosterona y estradiol que hacen parte de las etiologías de las disfunciones ováricas (ciclos anovulatorios, alteraciones menstruales) y por ende una disminución en la respuesta sexual (6,7).

A nivel del sistema nervioso central y periférico, las hormonas tiroideas interfieren con los neurotransmisores y en la función endotelial, por lo cual se considera que el hipotiroidismo genera disminución en la disponibilidad del óxido nítrico y otros mediadores vasculares, lo que afecta la lubricación y la sensibilidad genital, mientras que el hipertiroidismo por su parte genera una adrenalina excesiva y activación simpática lo cual puede interferir con la fase excitatoria (7,8). Por otro lado, los trastornos del estado de ánimo se encuentran directamente asociados a las disfunciones tiroideas y por ende a las disfunciones sexuales; en el caso del hipotiroidismo predomina la depresión y en el hipertiroidismo la ansiedad, estas condiciones afectan principalmente el deseo y la satisfacción sexual (5). Es importante resaltar que se han identificado receptores de las hormonas tiroideas a nivel de los genitales femeninos y órganos diana de la función sexual como el útero, la vagina y el clítoris (3,7).

Toda esta evidencia nos indica que la disfunción sexual en estas pacientes no es consecuencia de una única causa, seguramente será la acumulación de aspectos biológicos (endocrinos, vasculares, neuromusculares) y psicológicos (ánimo, imagen corporal, fatiga persistente, etc.) (1,9).

En cuanto a las medidas terapéuticas y los tratamientos, la literatura menciona que la estabilización de las hormonas tiroideas y adecuado control de la patología, va a generar un gran alivio de la disfunción sexual, siempre y cuando no haya otra causa atribuible a este (1,3,7). Se ha evidenciado en múltiples estudios la mejoría, ya sea en tratamiento con levotiroxina en hipotiroidismo o el manejo indicado para la tirotoxicosis, posterior

a estos tratamiento las pacientes mismas refieren la recuperación sintomática, aumento del deseo sexual, mayor lubricación y una satisfacción progresivamente en aumento (3,5). Esta mejoría referida por las pacientes es la mejor evidencia para respaldar la correlación que existe entre la función tiroidea y la sexual (3,5).

Sin embargo, algunos factores pueden requerir intervenciones adicionales: por ejemplo, si hay persistencia de dificultades orgásmicas o bajo deseo a pesar de un adecuado control tiroideo, puede ser útil redirigir a terapia sexual, o evaluar otros ejes hormonales (como los niveles andrógenos o la prolactina residual etc.) (1,5,8). Igualmente, a pesar de que la mejora en todas las áreas no se va a evidenciar de manera inmediata, si es de gran importancia dar un seguimiento a la función sexual de la paciente y ofrecer cualquier tipo de ayuda adicional como la psicoterapia en caso de ser necesario (5). Adicionalmente, es de suma importancia hablar de forma clara con la paciente, explicar con claridad que su disfunción tiroidea puede ser la causa de las dificultades que presenta en su vida sexual, ya que esto ayudará con la adherencia al tratamiento y un adecuado manejo sintomático y emocional (5).

Todavía existen bastantes vacíos y limitaciones dentro de la literatura científica. La gran mayoría de los estudios son observacionales (transversales o con muestras pequeñas), que limitan la capacidad de crear una causalidad definitiva y poder extrapolar los resultados a la población (7). De igual forma hay carencia de ensayos clínicos aleatorizados que logren evaluar la forma en que la corrección de la función tiroidea influye directamente en la función sexual femenina, esto posiblemente se atribuye a la falta de ética que existiría al privar a una paciente de tratamiento en caso de presentar sintomatología únicamente con el fin de observar cambios en su sexualidad (7).

Sin embargo, se han realizado algunos estudios recientes, los cuales han utilizado métodos innovadores como el análisis aleatorio mendeliano para observar si las variantes genéticas asociadas con la función de la glándula tiroides están relacionadas con las diferencias en la función sexual de la población general (6). Los resultados iniciales respaldan la idea de la existencia de una relación causal, pero aún no se encuentra suficiente evidencia (6).

Con respecto al diagnóstico se requieren más estudios longitudinales que sigan a las mujeres que presenten una

disfunción de la glándula tiroides desde el momento de su diagnóstico para así poder evaluar su función sexual antes y después del tratamiento, para lograr medir objetivamente la mejoría, cuales factores se normalizan y cuales requieren otro tipo de intervenciones (1,3,7). De igual manera, sería de gran ayuda realizar intervenciones dirigidas, por ejemplo, si suplementar con andrógenos puede beneficiar a las mujeres con trastornos de hipotiroidismo con deseo sexual hipoactivo residual posterior a un retorno eutiroides, o cuál es la mejor manera de abordar de manera específica la disfunción sexual en las mujeres con diagnóstico de tiroiditis autoinmune eutiroides, en los casos donde la causa no está relacionada con un desbalance hormonal (7). No hay que dejar de lado, otra área poco estudiada sobre la interacción entre la edad de la mujer y su estado hormonal: ¿las mujeres premenopáusicas con trastornos tiroideos presentan un diferente perfil de disfunción sexual que las mujeres posmenopáusicas con la condición?, es de resaltar ya que la menopausia y los trastornos tiroideos en muchos casos se encuentran simultáneamente, por lo que sería importante evaluar el impacto de cada uno de estos factores (9).

En resumen, la interconexión de la función tiroidea y la sexualidad de las mujeres es un campo que hasta ahora está iniciando, con aumento progresivo de interés y relevancia clínica (1,2). Las disfunciones tiroideas (hipotiroidismo, hipertiroidismo, y tiroiditis de Hashimoto) pueden impactar negativamente múltiples factores de la adecuada función sexual de la mujer (2,3,9). Identificar este impacto permite un tratamiento más global para el paciente (1). En la evaluación de las mujeres con trastorno de la tiroides, los médicos deben incluir la evaluación acerca de su salud sexual y viceversa en casos de pacientes con disfunciones sexuales sin causa aparente, realizar evaluación de la función tiroidea (3,6). Durante el tratamiento de la disfunción de la glándula tiroidea, si se evidencia una mejoría progresiva en la vida sexual de la paciente, es fundamental continuar un control estrecho y fomentar los estudios de investigación para lograr un óptimo diagnóstico, tratamiento adecuado y apoyo requerido por las pacientes, con el fin de lograr llenar los vacíos existentes en la literatura (7). En último lugar, poder lograr una adecuado entendimiento de la relación entre estas patologías tan frecuentes para contribuir a la mejora en la calidad de vida de las múltiples mujeres que lo padecen y podrían estar padeciendo en silencio al no tener suficiente información al respecto de su patología (5).

Conflicto de interés

No existe conflicto de interés

BIBLIOGRAFÍA

1. Pasquali D, et al. Female sexual dysfunction in women with thyroid disorders. *J Endocrinol Invest.* 2013;36(9):729-733. DOI: <https://doi.org/10.3275/8933>
2. Salari, N., Heidarian, P., Jalili, F. et al. The sexual dysfunction in women with thyroid disorders: a meta-analysis. *BMC Endocr Disord* 24, 279 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12902-024-01817-9>
3. Barbagallo F, et al. Thyroid diseases and female sexual dysfunctions. *Sex Med Rev.* 2024;12(3):321-333. DOI: <https://doi.org/10.1093/sxmrev/qeae021>
4. Medani KE. Prevalence of thyroid disorders and reference range of thyroid hormones in Khartoum State, Sudan. *J Res Med Dent Sci.* 2020;8(1):158–61. Available Online at: www.jrmds.in eISSN No. 2347-2367
5. Balercia G, Boscaro M, Lombardo F, et al. Sexual symptoms in endocrine diseases: psychosomatic perspectives. *Psychother Psychosom* 2007, 76: 134-40. DOI: <https://doi.org/10.1159/000099840>
6. Kjaergaard AD, et al. Thyroid function, sex hormones and sexual function: a Mendelian randomization study. *Eur J Epidemiol.* 2021;36(3):335-344 . DOI: <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00721-z>
7. Oppo A, et al. Effects of hyperthyroidism, hypothyroidism, and thyroid autoimmunity on female sexual function. *J Endocrinol Invest.* 2011;34(6):449-453 . DOI: <https://doi.org/10.1007/bf033467121>
8. Valea A, et al. Sexual dysfunction in women with thyroid pathology. *Endocrine Abstracts.* 2013;32:P1037. DOI: <https://doi.org/10.1530/endoabs.32.P1037>
9. Bortun A-MC, et al. Thyroid Autoimmune Disease—Impact on Sexual Function in Young Women. *J Clin Med.* 2021;10(2):369. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm10020369>
10. Veronelli, A.; Mauri, C.; Zecchini, B.; Peca, M.G.; Turri, O.; Valitutti, M.T.; Pontiroli, A.E. Sexual dysfunction is frequent in premenopausal women with diabetes, obesity, and hypothyroidism, and correlates with markers of increased cardiovascular risk. A preliminary report. *J. Sex. Med.* 2009, 6, 1561–1568. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01242.x>

ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

Sexualidad, igualdad y género en el Cristianismo primitivo en relación con la Modernidad. Patrística y análisis de Foucault. Una revisión narrativa

Sexuality, equality, and gender in early Christianity in relation to modernity. Patristics and Foucault's analysis. A narrative review.

Navarro-Sánchez A (1), Hurtado Murillo F *(2), Hernández Serrano R (3), Bianco Colmenares FJ (4), Pacheco Palha A (5), Montejo AL (6), Mezzich JE **(7), Navarro-Cremades F (8), Guerrero Alonso P (9)

(* Autor correspondiente)

(** Igual a último autor)

(1) Licenciado en Humanidades), doctorando Dpto. Psicología de la Salud, Programa de Doctorado Deporte y Salud UMH (Universidad Miguel Hernández de Elche, España), antonio.navarros@umh.es

(2) PhD. Psicólogo, Sexólogo. Salud Sexual y Reproductiva Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, Spain. AES (Asociación Española de Sexología). Presidente FLASSES, felipehurtadomurillo@gmail.com

(3) MD. Médico Psiquiatra, Sexólogo. Ex-Presidente FLASSES, WAS, SVSM, AISM (Academia Internacional de Sexología Médica), Presidente Honorario /Fundador Psiquiatría y Sexualidad WPA, rh2positivo@gmail.com

(4) Dr. MD. Presidente WAMS, CIPPSV (Centro de Investigaciones Psiquiátricas Psicológicas y Sexológicas de Venezuela) y CMDMC. Ex-Presidente WAS, FLASSES, SVSM, AISM, fjbiancoc@gmail.com

(5) MD, PhD. Psiquiatra, Sexólogo. Profesor Emérito de Psiquiatría. Universidad de Oporto (Portugal). Ex-Presidente, Federación Europea de Sexología (FES), AISM. apachecopalha@gmail.com

(6) MD, PhD. Psiquiatra. Presidente de Psiquiatría Universidad de Salamanca y Hospital Universitario. España. Instituto de Investigación Biomédica IBSAL. AISM, amontejo@usal.es

(7) MD PhD. Profesor de Psiquiatría y de Salud Global, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Nueva York. Titular de la Catedra Hipolito Unanue de Medicina Centrada en la Persona, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, juanmezzich@aol.com

(8) MD, PhD, MSc, MA. Médico Psiquiatra, Psicólogo, Jurista. Acreditado a Profesor en CC de la Salud; CC Sociales y Jurídicas. Profesor externo UMH. Director Cátedra de Investigación en Cronicidad UMH. AISM, fenacr@umh.es

(9) MD. Médica de mamaria y comunitaria. Sexóloga. Consultorio rural Moncalvillo. Centro de salud de Navarrete (La Rioja). pguerrero@riojasalud.es

CORRESPONDENCIA:

Antonio Navarro-Sánchez
antonio.navarros@umh.es

RESUMEN

La carne (sexualidad) en el Cristianismo primitivo es analizada por Foucault en su libro Confesiones de la carne (2018), a partir de los textos de los Padres de la Iglesia. Aquí se encuentran algunas raíces de la doctrina de la Iglesia Católica sobre la carne (sexo, sexualidad) y sus efectos y vigencia hasta la actualidad. La metodología empleada es la revisión narrativa y la exposición dialéctica narrativa. Este libro está siendo revisado y comentado por académicos, utilizando frecuentemente revisiones

narrativas. Las ideas relevantes que surgen de este libro se individualizan y se destacan en nuestro trabajo actual como: sujeto del deseo, sujeto del derecho, verdad y otras; y su validez en la modernidad en Sexualidad, Igualdad y Género; en conexión con algunas de las principales declaraciones actuales como los Derechos Sexuales WAS y el Objetivo 5 de los ODS de la Agenda 2030 de la ONU.

Palabras clave: Foucault; confesiones de la carne; sexualidad; revisión narrativa; cristianismo primitivo; patrística; Padres de la Iglesia; modernidad.

1 INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda las raíces patrísticas de la doctrina de la Iglesia católica en el cristianismo primitivo sobre la carne (sexo, sexualidad); y sus efectos y vigencia hasta nuestros días (Modernidad). Incluye ideas seleccionadas sobre el sexo como carne de los Padres de la Iglesia (Patrística Cristiana) de los siglos II al V a través de los Padres como fuentes primarias y su examen por Foucault; y también de fuentes secundarias. De Foucault en particular en su libro «Les Aveux de la Chair» [1], el cuarto volumen de la «Histoire de la Sexualité» en Occidente, publicado originalmente en francés en 2018. La versión inglesa fue publicada en 2021 (Confessions of the Flesh) [2]. El presente trabajo presenta varios aspectos relevantes de los temas del libro y otros relacionados, considerando ciertas cuestiones importantes en el Occidente actual, entre ellas la sexualidad (versus carne), la igualdad y el género (como constructo cultural).

Para ello, Foucault presenta y analiza hermenéuticamente los textos de los Padres de la Iglesia que examinan la cuestión de la «carne» (la sexualidad y el sexo posteriores), con referencia a sus precedentes en los filósofos de las antiguas Grecia y Roma. Gran parte del contenido resultará familiar al lector del siglo XXI debido a la persistencia diacrónica de sus afirmaciones. Muchas de ellas siguen siendo válidas en el discurso institucional cristiano actual. Una parte relevante de la bibliografía sobre este tema son revisiones narrativas.

El texto de referencia básico es «Les aveux de la chair», de Michel Foucault [1], en la versión editada por Frédéric Gross [1] (pp. 4-15), [2] (pp. 7-14). En el presente trabajo, se ha utilizado la versión original francesa en formato impreso y en e-book [1] y su edición inglesa «Confessions of the flesh» en e-book [2].

Aquí se describen parcialmente algunos de los principales contenidos de esta obra, incluidos ciertos análisis y observaciones de varios autores. Muchas obras relevantes no se han incluido aquí porque contienen

información que es al menos parcialmente redundante con los escritos seleccionados. Una breve revisión de este libro se ha publicado en 2025 en español («La historia de la sexualidad en Occidente y la patrística cristiana de los siglos II al V. Sobre Las confesiones de la carne de M. Foucault») [3].

Esta «Historia de la sexualidad» aborda los discursos relativos a las prácticas que configuran los contenidos y representaciones del sexo, la sexualidad y las relaciones históricas entre poder y discurso. La edición original de los cuatro volúmenes es en francés [1,4,6,8]. Todos los volúmenes han sido posteriormente publicados en inglés [2,5,7,9]. Los cuatro volúmenes son los siguientes:

1. La voluntad de saber [5] (La Volonté de Savoir, 1976) [4]. Sobre el excesivo control de la sociedad burguesa sobre la sexualidad, en especial a través del discurso.

2. El uso del placer [7] (L'usage des plaisirs 1984) [6] estudia cómo el comportamiento sexual fue el objeto de reflexión en el pensamiento griego clásico y el “uso del placer” -“*khṛêsis aphrodisiôn*”-.

3. El cuidado de sí [9] (Le Souci de Soi, 1984) [8] analiza su problematización en los textos griegos y latinos de los siglos I y II d.C.

4. Confesiones de la carne, 2021 [2] (Les Aveux de la Chair, 2018) [1], se centra en la problematización de la carne por los Padres cristianos de los primeros siglos d.C. (del siglo II al V). Foucault analiza aquí la experiencia de la carne, el sujeto del decir-verdad sobre sí mismo y la genealogía del sujeto del deseo y del sujeto de derecho.

El objetivo principal del presente trabajo son las cuestiones y constructos vinculados a la sexualidad en la Parte 2, que surgen de la síntesis previa de las Confesiones de la carne en la Parte 1, que es el objetivo secundario.

La parte 2 es la presentación individualizada de contenidos analizados por Foucault en “Las confesiones de la carne” y por trabajos sobre ello. Dichos contenidos son las cuestiones y constructos vinculados a la sexualidad que conectan tanto la Antigüedad greco-romana como las raíces patrísticas cristianas frente a la modernidad. Un conjunto seleccionado puede incluir los siguientes quince: Confesiones de la carne, Antigüedad griega y romana, Patrística cristiana, Cultura, Sexualidad y Género, Igualdad, Libertad, Matrimonio, Ética y moral, Sexualidad, Sujeto del deseo, Sujeto del derecho, Verdad. Finalmente, se destacan dos temas: Modernidad; y, finalmente, Temas emergentes vinculados, un conjunto mínimo que incluye los derechos humanos fundamentales, el respeto a las personas, la violencia sexual de género, los derechos sexuales WAS y el Objetivo 5 de los ODS de la ONU: Igualdad de género.

2. MÉTODO

Tras una revisión sistemática de alcance se ha realizado una revisión narrativa, con la posterior exposición narrativa del texto.

Esta revisión de alcance parte de las cuestiones presentadas por Michel Foucault en su libro “Las confesiones de la carne” (“Les Aveux de la chair”, 2018) y es seguido en el presente trabajo por una exposición de la vigencia de una selección de relevantes contenidos de este libro en la actualidad. Para dicha revisión se ha accedido a la bibliografía disponible siguiendo los criterios habituales de este tipo de revisión. La selección de hallazgos bibliográficos, se ha basado en una búsqueda sistemática en las bases de datos habituales de ciencias sociales y ciencias de la salud. Las palabras clave utilizadas fueron: Foucault, Historia de la Sexualidad, Confesiones de la Carne, sexo, sexualidad, igualdad, género, revisión narrativa, Cristianismo Primitivo, Patrística, Padres de la Iglesia, San Agustín.

Posteriormente se realizó una revisión narrativa de este campo del conocimiento vinculando, con criterios de relevancia y pertinencia sociales de la sexualidad humana en la Patrística cristiana con la vigencia de aspectos importantes de los mismos en la actualidad. Además, se realizaron búsquedas bibliográficas generales, no sistemáticas y acceso adicional a los fondos editoriales de prestigiosas editoriales, así como a la literatura gris. Algunas se ampliaron temáticamente, mientras que otras se seleccionaron por autor. Destacando como fuentes secundarias las publicaciones en revistas monográficas foucaultianas (Foucault Studies, Le Foucaultien, Dorsal) y en numerosos libros científico-sociales citados en este trabajo.

De forma continua, también se realizó la lectura directa del texto de referencia básico en francés [1] y, en la medida de lo posible, la consulta de las obras citadas en él. Esta obra de Foucault se presenta inscrita en el contexto amplio de las aportaciones de este autor a través de diferentes fuentes originales del mismo seleccionadas y de diversas fuentes secundarias. Entre las primeras se destacan sus otros tres volúmenes de Historia de la Sexualidad [4-9] y sus presentaciones directas en el Collège de France. Entre las fuentes secundarias se han explorado y analizado contenidos pertinentes mediante una selección ad hoc de diversas fuentes relevantes en especial revistas especializadas en M Foucault; y el acceso a libros especializados [3].

Las fuentes bibliográficas utilizadas por Foucault fueron múltiples textos, algunos de ellos de difícil acceso en la actualidad; y no siempre utilizó las mismas fuentes para el mismo tema específico. Por lo tanto, en este trabajo, se seleccionaron solo algunas de las referencias más relevantes para el lector, incluyendo algunas citas

indirectas. Cuando el mismo texto se publica en varios idiomas, normalmente la referencia se da sólo para una versión.

3. DISCUSIÓN

Esta obra se estructura en dos partes: primero, las Confesiones de la carne (síntesis); y segundo, cuestiones y constructos relacionados con la sexualidad. La Parte 1 (3.1. Las confesiones de la carne [10], síntesis) constituye la base de la Parte 2 (Cuestiones y constructos relacionados con la sexualidad). La Parte 2 contiene quince cuestiones y constructos individualizados que surgen de la Parte 1.

3.1. Las confesiones de la carne de M Foucault, síntesis.

El capítulo I (La formación de una nueva experiencia) [1] (pp. 16-151), [2] (pp. 15-121) contiene: Creación y procreación.

El régimen de «afrodisia» se define, en la Patrística cristiana, en términos de matrimonio, procreación, descalificación del placer teleológico y presencia de un vínculo de afecto respetuoso e intenso entre los cónyuges. Formulada por filósofos y directores no cristianos, con alto valor ético.

Apologistas como Atenágoras [10] afirman, ante los emperadores romanos, que los cristianos ponen en práctica, en el matrimonio, la procreación y la «afrodisia», principios idénticos a los de los antiguos filósofos clásicos; con un mismo ideal de moralidad. Según San Agustín, estas perspectivas serán preservadas por la doctrina y las instituciones de la Iglesia Occidental; los actos sexuales sólo son legítimos dentro del matrimonio, con el único fin de la fecundación, sujetos al «kairós» y quedando excluidos durante la menstruación, el embarazo y durante el día.

En la época patrística (siglos II-V d.C) se instaura la práctica de la penitencia y los ejercicios de la vida ascética, que organizan las relaciones entre «obrar mal» y «decir la verdad», abordando la subjetividad.

La «carne» ha de entenderse como un modelo de experiencia, un modelo de conocimiento y transformación de sí mismo por uno mismo, en conexión con una cierta relación entre purgar el mal y manifestar la verdad. El cristianismo recibe un código sexual anterior, organizado en torno al matrimonio y la procreación. El cristianismo esencialmente recibe este legado y lo resignifica. En sus posteriores desarrollos cristianos y a través de la formación de ciertas tecnologías del individuo -ascesis monástica, disciplina penitencial- se configuró un nuevo modelo regulador de la conducta de los individuos, estableciendo relaciones entre la remisión del mal, la manifestación de la verdad y el «descubrimiento» del sí mismo individual (self). El individuo tiene la obligación de decir (la) verdad

para recibir el perdón de sus pecados. «Declara tu falta para destruir tu falta» (San Juan Crisóstomo) [11].

Hay que evitar los extremos de relajación en las tareas de la vida ascética y de exceso de celo (Casiano) [12,13]. El término medio entre dos extremos debe encontrarse mediante la «discretio» (latín), («diakrisis» en griego) así como la capacidad de distinguir las diferencias, la habilidad de decidir entre dos partes y el acto de juicio medurado.

El examen-confesión cristiano («Exagouresis») comparte rasgos comunes y también diferencias con los estoicos, como el repaso estoico del día justo antes de dormir; como también aconseja San Juan Crisóstomo [11].

Este examen tiene el efecto de provocar una «discretio», una diferenciación que permite seguir el camino recto. No separa las opiniones verdaderas de las falsas; busca el origen de la idea, comprobando la «calidad de los pensamientos» («qualitas cogitationum»). En la «exagouresis», la «cogitatio», el pensamiento mismo, es el objetivo del examen.

El capítulo II (Ser virgen) [1] (pp. 152-245), [2] (pp. 122-199) comprende Virginidad y continencia; Sobre las artes de la virginidad y Virginidad y autoconocimiento. La necesidad de la confesión. La virginidad es una práctica ascética que requiere un director; sin las «molestiae nuptiarum».

En «Virginidad y autoconocimiento», Casiano [12,13] distingue entre la abstinencia de los esposos y la castidad en la virginidad como estado. Divide la «fornicatio» («vicio de fornicación») en tres tipos: la unión de los dos sexos o carnal, «fornicación» en sentido estricto; la que se realiza sin contacto con una mujer (onanismo); y la concebida por el espíritu y el pensamiento. Esta división difiere de los antiguos pecados de la carne elaborados en siglos anteriores con su trilogía tradicional: adulterio, fornicación («porneia», relaciones sexuales fuera del matrimonio) y corrupción de niños.

El capítulo III (Estar casados) [1] (pp. 246-347), [2] (pp. 200-286) trata del deber de los esposos, el bien y los bienes del matrimonio y la libidinización del sexo.

El deber de los esposos [1] (pp. 247-278) se prescribe a finales del siglo IV, en particular, para guiar a los cristianos casados en su vida conyugal y en sus relaciones como tales. En este período (a partir del año 380), el Cristianismo se constituyó como la religión estatal del Imperio Romano. La Iglesia, como institución, desempeña funciones oficiales de organización y regulación de la sociedad, con el requisito de universalidad. La Iglesia regula el matrimonio, incluyendo las relaciones sexuales

y generales; la formación y mantenimiento de la familia en torno a la pareja.

En el matrimonio [11] hay permanencia del vínculo y de la reciprocidad de las obligaciones. Es en sí mismo una ley, y quienes no pueden alcanzar la perfección del estado virginal deben cumplir este compromiso. El matrimonio crea obligaciones relacionadas con su misma razón de ser, que es la economía de la concupiscencia o la unicidad de la relación, para satisfacer con una persona y sólo con una persona, el propio deseo, compartido por ambos cónyuges [11]. La abstención es sólo temporal y debe elegirse de mutuo acuerdo. Existe un principio de igualdad formal y jurídica. San Juan Crisóstomo [11] rechaza la «pleoneia» (el exceso de poder de una de las partes) y propone el principio de «isotimia» (igualdad de privilegios), que incluye las relaciones sexuales: los derechos de uno determinan los deberes del otro. No se trata sólo de una simetría en el poder de decisión y de una comunidad de voluntades. Su forma es la de igualdad política. Las relaciones sexuales están fuertemente vinculadas a la noción de «opheilê» (deuda), de «debitum», de deber-deuda, siendo los cónyuges sujetos de derechos [11].

El bien y los bienes del matrimonio [1] (pp. 279-315), [2]: La tesis general de San Agustín [14,15-17], proviene de una tradición anterior. La virginidad es superior al matrimonio, sin que el matrimonio sea malo y la virginidad una obligación. Esta tesis ha seguido siendo la referencia esencial de la teología moral del matrimonio para el cristianismo medieval y moderno. Los tres bienes del matrimonio se definen como: los hijos, el pacto de fidelidad y el sacramento.

El matrimonio es una «societas», una alianza, el elemento básico de la sociedad. El matrimonio es en sí mismo un bien, ya que establece entre el hombre y la mujer una relación que tiene un triple carácter: ser «natural», unir dos sexos diferentes y constituir, como elemento básico de la sociedad, una unión de amistad y relación.

Esta relación se denomina «pactum» o «foedus».

No hay coincidencia entre la «fides» y un vínculo puramente jurídico. El vínculo matrimonial [14] se distingue del vínculo jurídico por la fidelidad y por el sacramento, ambos bienes intrínsecos del vínculo matrimonial, que llevan a cada uno a entrar en una «societas» fundada en el afecto y la fidelidad.

Un tercer bien es la procreación, objetivo que debe perseguir el matrimonio [1,2]. Agustín [14] esboza los primeros rudimentos de una jurisprudencia de las relaciones sexuales entre cónyuges, con gran importancia al menos hasta el siglo XVIII. Esto formará un código muy complejo de la sexualidad conyugal.

En la libidinización del sexo [1] (pp. 316-347), para Agustín en diversos textos [17], la libido es la forma sexual del deseo, con una concepción de la libido esencialmente fálica. La moralidad del comportamiento sexual [17] se centra en el matrimonio y sus relaciones obligatorias en una moralidad articulada sobre las nociones de consentimiento y de uso, implicando modelos jurídicos.

San Agustín pensó simultánea y unívocamente en el sujeto del deseo y en el sujeto de derecho. Las dos nociones más importantes para esta juridificación son la de consentimiento («consensus») y la de uso («usus»). Para San Agustín la estructura de sujeto de derecho-sujeto de deseo tiene importantes efectos en la codificación de las relaciones conyugales. San Agustín da un nuevo sentido cristiano al comportamiento sexual, con la noción de uso («usus») en el matrimonio como acto legítimo y que fuera del matrimonio era condenable, y este acto consistía en ejercer un derecho sobre el cuerpo del otro, en plena igualdad. El «usus» es una cierta modalidad de la interacción entre el consentimiento y el no consentimiento. Agustín inicia una moral sexual centrada en un sujeto jurídico. La cuestión de fondo pasa del placer y la relación, al deseo y al sujeto, cuyo análisis incluirá el sexo, la verdad y el derecho.

La doctrina moral de San Agustín otorga a este antiguo núcleo prescriptivo una relevancia sin precedentes, modificando de manera significativa la antigua concepción de los placeres y su economía [1,2].

El Índice de obras citadas [1] (pp. 387-404) se estructura en tres partes: La Biblia, Autores Antiguos y Autores Modernos. Los autores antiguos citados [1] (pp. 387-400), [2] son numerosos y relevantes. Incluyen tanto a Padres de la Iglesia como a pensadores antiguos de la Grecia clásica y postclásica y de la Roma imperial. Entre ellos destacan: Aristóteles, San Agustín, Juan Casiano, San Juan Crisóstomo, Platón, Séneca y muchos otros.

3.2. Cuestiones y constructos relacionadas con la sexualidad. Conectando tanto la Antigüedad greco-romana como las raíces patrísticas cristianas frente a la Modernidad (mundo actual), se incluyen los siguientes:

Confesiones de la carne [2] (Les aveux de la chair) [1], [4-9,18-33]. Además, las Conferencias de Foucault en el Collège de France [18-22] (1980-1983) sobre la hermenéutica del sujeto [18-19], el gobierno de uno mismo y de los demás [20-21] y la subjetividad y la verdad [22]. Foucault analiza las influencias en las prácticas espirituales de los primeros cristianos de las antiguas técnicas griegas y romanas sobre el cuidado de uno mismo, como los ejercicios estoicos de autodominio y la práctica cínica de la parrhêsia [23]. Las prácticas de los placeres sexuales (afrodisia) fueron utilizadas por los

antiguos griegos para autoconstituirse en sujetos éticos [24]. La subjetividad es ético-estética [25] siendo los actos sexuales un comportamiento natural, placentero y necesario; de uso adecuado (chresis) con la moderación apropiada [26].

Foucault [1,2,4-9] especifica tres modos o técnicas históricas: Los Afrodisia de la Antigüedad grecorromana, la Carne en la Patrística cristiana; y más tarde, la Sexualidad; que nos revelan algo sobre el sexo, la subjetividad y la verdad [25].

La moral cristiana primitiva hace hincapié en el código moral de los Padres de la Iglesia e incluye todos los ámbitos del comportamiento sexual de hombres y mujeres [26]. El cristianismo primitivo practica la subjetividad individual como autorreflexión y continua autotransformación en su propia verdad [27]. Foucault analiza [1,2] los escritos de los Padres de la Iglesia sobre «la carne» como modo de subjetivación de los preceptos morales del cristianismo primitivo sobre la sexualidad humana. Utiliza textos de los Padres como San Agustín [14-17] y otros [28]. La patrística incluye dos ideas principales complementarias sobre la sexualidad humana: la perspectiva casiana de la veracidad a través de la confesión obligatoria para decir la verdad sobre los deseos y pensamientos de uno mismo; y las ideas de Agustín sobre el matrimonio (licitud) [29].

La verdad de uno mismo es accesible a través de dos actos de verdad, por dos modos de confesión: La Exomologêsis, acto único y específico de penitencia; y la Exagouresis monástica, autoexamen permanente para la formación de una nueva experiencia transformadora de uno mismo. A través del hacerse (uno mismo) público «publicatio sui», se alcanza la metanoia, siendo un proceso de penitencia [25]. El sujeto deseante [30-33] es el elemento principal de la experiencia de la carne [33]. El principio del sujeto deseante constituye una elaboración ulterior de Foucault de la analítica del tema de la concupiscencia; con sus dos componentes principales; la hermenéutica de los pensamientos de Casiano; y las ideas de Agustín sobre la libido [30-33].

Antigüedad Griega y Romana [23,24,26,34]. Foucault compara las antiguas concepciones del sí mismo (self, uno mismo) ético sobre la sexualidad en la antigüedad griega y romana: El uso del placer [7] (L'usage des plaisirs, Historia de la sexualidad vol. II) [6] en la cultura griega clásica; y el cuidado de sí mismo [9] (Le souci de soi, Historia de la sexualidad vol. III) [8] en la antigüedad romana [26]. Los filósofos de las antiguas culturas griega y romana, principalmente los estoicos, conceptualizaron los comportamientos sexuales especialmente a través de las técnicas del sí mismo, como las reglas de austeridad, el examen de conciencia y las prácticas de penitencia [24]. El cuidado del yo (epimeleia heautou) es de relevancia

central en filósofos de la Antigüedad como Platón, los estoicos y los cínicos [23]. El imperativo «conócete a ti mismo» («gnothi seauton») está vinculado e incluido en el cuidado de uno mismo («epimeleia heautou») [34].

Patrística cristiana [23,35-37]. Las prácticas de autocuidado (como «epimeleia heautou») y las artes de la vida de los antiguos filósofos griegos y romanos incluyen la moderación («sophrosinè»), las renunciaciones austeras («enkrateia») y el autocontrol [23]. Fueron recibidas y adaptadas por los Padres de la Iglesia [23]; e incorporadas al cristianismo occidental [35]. El autocuidado de los filósofos se transforma en una práctica de absoluta sujeción obediente a un cuidado pastoral del yo por el otro (como «epimeleia tôn allôn») [23].

Los escritos patrísticos de los siglos II-V de nuestra era fueron esenciales para el cristianismo, en especial las ideas sobre la carne, el deseo y el cuerpo [36].

Foucault describe la subjetividad en las genealogías de la sexualidad que se remontan a la carne cristiana, en la larga historia de la confesión sexual [37].

La carne es la subjetividad misma del cuerpo como concupiscible, es la sexualidad tomada dentro de esta subjetividad; se trata de una sujeción del individuo a sí mismo; a su propia verdad subjetiva [37].

Cultura [38-42]. Toda cultura debe enfrentarse al «malestar en la sexualidad», inseparable del «malestar en la cultura» [38]. Como experiencia humana general, el sexo y la sexualidad estuvieron y están sujetos a distintas formas de influencias y organización culturales. Muchos comportamientos sexuales eran cultural e históricamente específicos (adaptado de [39]). La Iglesia cristiana ha venido ejerciendo una enorme influencia institucional sobre el cuerpo, los comportamientos sexuales y el matrimonio; a través de su derecho canónico, sus enseñanzas, su confesión y sus penitencias [39].

La cultura influye en el conocimiento médico, sus contenidos y aplicaciones clínicas. Sus marcos teóricos están influidos por perspectivas culturales generales, que afectan a la investigación y los descubrimientos científicos [40]. La cultura influye enormemente en la forma en que las personas entienden el mundo, incluidas las ideas y los conocimientos sobre la salud y la enfermedad y los comportamientos relacionados [40], como las prácticas sexuales.

La espiritualidad es un concepto complejo y amplio que carece de una definición consensuada en la práctica sanitaria. La espiritualidad puede incluir la religión organizada, pero va más allá [41]. La participación religiosa es una fuerza sociocultural prevalente y poderosa en la vida de muchas personas [42].

Los investigadores del comportamiento sexual y la religión han vinculado diferentes indicadores de

participación religiosa y una serie de prácticas sexuales a lo largo de la vida [42]. La religión parece influir tanto en las actitudes hacia la actividad sexual como en el comportamiento sexual [42].

Sexualidad y género [36,38,43-45]. Los Padres de la Iglesia esbozan las líneas generales de una teología patrística sobre el sexo/género y la sexualidad del ser humano; y sobre el deseo y el cuerpo. Destacando una igualdad de género ideal en el cristianismo primitivo; en contraste con un marco de desigualdad de género general en una antigua sociedad esclavista romana [36]. La moral cristiana era una directiva para todos los cristianos sin diferencias de género [38]. Agustín destaca el vínculo entre la libido y el género masculino; y también con el género femenino [43]. En las sociedades esclavistas y patriarcales del mundo antiguo grecolatino, los actos sexuales no eran libres; los papeles de cada uno de los dos actores implicados en los actos sexuales y sociales eran específicos de cada género, estrechamente ligados al estatus social asignado y a la edad [44]. Las perspectivas y expectativas sobre la sexualidad reflejan las normas de género de una cultura y sociedad específicas a través de su propia historia. Las normas varían en función de estos factores; el constructo género no es una realidad estática, sino que es dinámico; está construido socialmente y dependiente de la cultura [45].

Igualdad [43]. Agustín destaca la plena y recíproca igualdad formal del hombre y la mujer en la carne; siendo ambos sujetos de deseo, uso y consentimiento en plena y recíproca igualdad formal como pareja dentro del matrimonio [43].

Libertad [1,2,14,17]. En San Agustín hay libertad para tener una relación sexual o no tenerla en la pareja de mutuo consentimiento en el matrimonio [1,2,14,17]. Tanto la mujer como el hombre son, en plena igualdad mutua, libres de consentir o no consentir el acto sexual; de modo genérico y de modo concreto en cada acto sexual y con anterioridad a él [1,2,14,17]. Este ejercicio de la libertad de consentimiento es el «consensus», el libre acuerdo unívoco de voluntades para hacer o no hacer sexo sólo dentro del matrimonio [1,2,14,17].

Matrimonio [25,27,29,35,43,46-50]. En la Patrística del cristianismo primitivo las relaciones sexuales sólo eran legítimas dentro del matrimonio para la procreación como finalidad principal; y sujetas a condiciones y restricciones [35]. Agustín valora el matrimonio para la reproducción y la comunión de voluntades de la pareja [46]. La procreación y la educación de la prole es el fin principal del matrimonio. Los fines secundarios del matrimonio son la ayuda mutua de los cónyuges y el remedio de la concupiscencia, según Agustín. Restando importancia a los aspectos corporales de la sexualidad y

al placer sexual relacionado con ella. No se puede negar la influencia de esta evolución temprana en la tradición y la enseñanza católicas posteriores [47].

Las ideas matrimoniales de Agustín [14,17] se incorporan al Código Canónico [48]. (Codex Iuris Canonici, CIC) de 1917 y en el CIC de 1983 [49-50].

En el Código de Derecho Canónico de la Iglesia Católica (CIC) de 1917, se establecían los fines del matrimonio y su jerarquía: «La procreación y educación de la prole es el fin primario del matrimonio; la ayuda mutua y el remedio de la concupiscencia es su fin secundario» (Can. 1013 §1.) [48-50]. Este Canon ha sido sustituido por el Código de Derecho Canónico, Can. 1055 §1 de 1983, sin explicitar la jerarquía de fines [48-50].

Ética y moral [1,2,23,26,27,34,38,39,42,43,48,51,52]. La moral cristiana y el sexo están vinculados en la doctrina cristiana desde la Patrística y sus predecesores, especialmente desde el siglo IV de nuestra era hasta nuestros días. La religión cristiana fue declarada religión oficial del Imperio Romano en el año 380 [51]. La fuerte influencia del cristianismo dominó el pensamiento occidental a lo largo de su historia, estando presente hasta hoy de forma consciente y/o inconsciente [51]. Nuestras actitudes siguen fuertemente influenciadas por la doctrina cristiana temprana y permanente [51].

Para Foucault [1,2] desde la Antigüedad griega y romana hasta el cristianismo, hay un giro que va de la ética clásica, esencialmente un sistema ético centrado en la persona, a una moral como obediencia al sistema cristiano de reglas morales [52]. Foucault [1,2] analiza dos formas generales de desarrollo en la problematización de los asuntos sexuales, en relación con los elementos de la ética y con los dominios de la experiencia. Los elementos éticos son: Sustancia (Ontología), sujeción (Deontología), trabajo (Ascetismo/confesión) y fin (Teleología). Estas cuatro cuestiones éticas están relacionadas con las causas aristotélicas material, formal, eficiente y final, respectivamente [52]. La sustancia ética (Ontología), era en la antigüedad griega Afrodisia como acto-disfrute-deseo. La Venera imperial romana, como Acto-disfrute-(deseo). Y Carne era en el cristiano primitivo (Deseo)-acto-(goce) [52].

Sexualidad, sexo, carne [25,36,53-56]. Entre las cuestiones sexuales a destacar se encuentran el deseo, el placer, la actividad y las preferencias sexuales; y sus aspectos éticos y morales [53]. Algunos escritos filosóficos, teológicos y médicos se refieren en la teología cristiana primitiva a los genitales externos (pudenda) como el lugar de la lujuria [54]. Los Padres de la Iglesia han elaborado una Teología del Cuerpo y la Sexualidad Humana; se cree que el cuerpo sexual (carne)

es el lugar particular del pecado humano; la sexualidad y la espiritualidad no son antitéticas [55]. En la Antigüedad griega y romana y en el cristianismo primitivo la sexualidad centrada en los genitales se diferenciaba de otros placeres, convirtiéndose en un vínculo privilegiado entre el sujeto y su verdad [56]. La filosofía occidental ha prestado poca atención sobre el sexo y la sexualidad, y no era bueno en general hasta los últimos tiempos, siendo considerado bueno en general a partir de Russell y Freud [53].

Sujeto del deseo [23-27,29,30,36,38,43,44,46,57,58]. La Patrística cristiana [1,2] recepciona las antiguas artes del yo griegas para construir sujetos éticos de los placeres sexuales (afrodisia); Los Padres de la Iglesia desarrollaron sus cogniciones sobre las prácticas centradas en la experiencia de la carne y el deseo sexual [24] (adaptado de).

Basándose en la perspectiva de la libido de Agustín y en la hermenéutica del pensamiento de Casiano, Foucault realiza la analítica del sujeto de la concupiscencia; posteriormente elabora el principio del sujeto (el hombre y la mujer) deseante [23-26] (adaptado de). El Padre de la Iglesia Gregorio de Nisa trata el deseo sexual como un tipo de deseo en cuanto tal; a través de la transformación moral el apetito sexual es reorientado por el ejercicio del libre albedrío [57]. La carne implica una subjetivación del cuerpo centrada en su propia sexualidad. La carne concupiscente articula deseo y verdad en la subjetivación individual [58].

Sujeto del Derecho [1,2,24,25,27,29-33,38,43,44,46,58]. El sujeto del derecho surge en Agustín a partir de su análisis sobre la ética de las relaciones sexuales dentro del matrimonio [1,2,24]. El sujeto jurídico emerge de los individuos autoconstituidos como sujetos éticos del propio deseo y placer sexual [24]. Foucault, basándose en Agustín, integra como existentes simultáneamente y de forma única al sujeto del deseo y al sujeto de derecho. Los dos principales conceptos de juridificación para abordar la ética sexual de la pareja casada fueron el consentimiento (consensus) y el uso (usus) [30,32]. El consenso es un acuerdo libre y bilateral de la pareja que permite realizar o no el acto sexual; es el acto libre de la voluntad del sujeto, además de la transformación del deseo en un acto real [32]. El consentimiento dentro del matrimonio es la fuente del sujeto de derecho [32]. En el matrimonio ambos cónyuges son iguales sujetos de derecho, con iguales derechos y deberes; ninguno de ellos puede eludir su deber sexual obligatorio ni obligar al otro -o ser obligado por el otro- a realizar una actividad sexual contra su voluntad. En el matrimonio, cada cónyuge es a la vez esclavo y dueño del

otro, con derecho a utilizar sexualmente el cuerpo del otro en plena igualdad de uso y de derecho, previo acuerdo de voluntades; cada miembro de la pareja se convierte en objeto del deseo del otro y sujeto de su propio deseo [38] (adaptado de).

Verdad [30-33,36,38,58,59]. Para Foucault [1,2] el cristianismo primitivo forjó una hermenéutica del deseo que tenía como objetivo descubrir, a través del análisis del deseo, la verdad interior oculta del individuo [30]. La genealogía del sujeto deseante pretende analizar las prácticas mediante las cuales los individuos pueden llegar a reconocerse como sujetos de deseo, permitiéndoles descubrir la verdad de su ser en su propio deseo [30-33,59]. El acceso al interior del individuo a su propia «verdad» es facilitado por profesionales “psi” o profesiones de ayuda que utilizan técnicas de escucha; ayudando así al individuo a decir la verdad sobre sí mismo y al descubrimiento de sí mismo. La verdad inconsciente ha sido dicha [59].

Modernidad (Tiempos actuales, Siglo XXI) [23,25,29,30-33,43,44,47-53,56,58-60]. Los ámbitos de la experiencia sexual en el cristianismo primitivo eran para Foucault [1,2,18-22] las cuestiones de la carne con dos modos de control de la concupiscencia: Los ascetas con castidad y pureza (Casiano); y el matrimonio con consenso y libre albedrío sobre la carne y la abstinencia (Agustín). En la Modernidad se produce la emancipación sexual [52]. En Occidente hay sexualidad desde el siglo XVII y sexo desde el siglo XIX; antes fue la carne [58].

Para Foucault la experiencia moderna y científica de la sexualidad recibe del cristianismo el concepto de sujeto del deseo; y la necesidad de practicar una hermenéutica del deseo para descubrir en el propio deseo la verdad de lo que el individuo es en el fondo, la verdad oculta del sujeto [30]. La Historia de la Sexualidad [1,2,4-9] presta atención al modo en que funciona como arqueología del psicoanálisis [56]; el trabajo crítico debe ser arqueológico en su método y genealógico en su fin [56]. La sexualidad se constituye como un vínculo privilegiado entre el sujeto y la verdad, quedando aislada y autonomizada de otros tipos de placeres [56]. En la modernidad la sexualidad se sitúa como una dimensión central del psiquismo humano [56].

La subjetividad cristiana es especialmente relevante proporcionando el patrón para nuestra forma moderna de convertirnos en sujetos; a través de sus técnicas de conducta y confesión [60]. Estas fueron reproducidas y secularizadas por las formas de gobierno modernas; a través de las acciones del aparato médico, psiquiátrico y judicial [60]. El origen de la genealogía de la subjetividad moderna fue la hermenéutica cristiana primitiva del sí mismo [60]. Foucault [1,2] muestra las fuentes de la subjetividad moderna en las antiguas artes griegas del sí

mismo; y en la carne y el deseo sexual del cristianismo primitivo [24].

En el cristianismo primitivo, el modo de sujeción ética de los individuos consistía en someterse a la ley y las instituciones divinas; en el período moderno, hay sujeción a las normas generales [52] como el Derecho positivo.

Foucault [1,2] descubre el nacimiento del sujeto de derecho como actor jurídico moderno y la juridificación de las relaciones sociales en los escritos de Agustín [14,15,16,17] sobre las relaciones sexuales en el matrimonio [32]. La concepción de Agustín del consentimiento en las relaciones sexuales matrimoniales forma el sujeto de derecho moderno [32]. El sujeto de derecho prefigura al sujeto jurídico moderno, pensando en los seres humanos como sujetos de derecho [24]. El principio del sujeto de derecho es crucial en la genealogía de la concepción médica moderna de la sexualidad, con dos ámbitos principales de análisis de la sexualidad: la verdad y la subjetividad [24].

Enraizado en las ideas de Agustín, el matrimonio se define en el Código de Derecho de 1983 Can. 1055 §1 como: «La alianza matrimonial, por la que un hombre y una mujer establecen entre sí un consorcio de toda la vida y que se ordena por su naturaleza al bien de los cónyuges y a la procreación y educación de la prole (los hijos) [49-50], siendo un sacramento [49-50].

Cuestiones emergentes vinculadas, un conjunto mínimo [61-65]. Los derechos humanos fundamentales [61] incluyen la libertad. Abarca la libertad a la individualidad, la autonomía personal, la autoposesión, la intimidad y la dignidad [62]. Están vinculados al principio de respeto a las personas [62]; en el marco del positivismo jurídico moderno frente a la concepción del derecho natural. Incluyen el respeto a la individualidad personal, la autoautonomía, el autogobierno, la intimidad individual y la dignidad humana [62].

Entre los temas sensibles actuales relacionados se pueden incluir la violencia sexual de género [63], los derechos sexuales WAS [64] y el quinto Objetivo de los ODS de la ONU [65].

Sexualidad y VCM (Violencia contra la Mujer) [63] como violencia sexual de género incluye temas como: Derechos Humanos (DDHH) [61,63]; Sexualidad y Violencia Relacionada [63]; Documentos y Trabajos seleccionados como la Carta de Derechos Fundamentales de la UE (Unión Europea), Derechos Sexuales y OMS (Organización Mundial de la Salud), Declaraciones WAS de Derechos Sexuales [64], Directiva de la UE (Unión Europea) para la protección de las víctimas [63]; Convenio de Estambul del Consejo de Europa [63]; informes y contribuciones específicos de la OMS [63];

Consecuencias para la salud de la violencia sexual contra las mujeres, exposición al trauma, TEPT (trastorno de estrés posttraumático) y violencia sexual [63]; y un largo conjunto relacionado.

Los derechos sexuales son desarrollados por la WAS como Declaración de Derechos Sexuales de la Asociación Mundial para la Salud Sexual [64].

Los ODS de la Agenda 2030 de la ONU [65] incluyen el Objetivo 5: Igualdad de género [65]. Está en conexión con otros ODS como el objetivo 3: Buena salud y bienestar [65].

4. FORTALEZAS, DEBILIDADES Y MEJORAS PROPUESTAS

Fortalezas del presente trabajo: La principal fortaleza general de este artículo reside en contribuir a la promoción y visibilización de esta obra original de M. Foucault y de escritos seleccionados relacionados en el ámbito académico y clínico, especialmente a través de su parte 2.

Su principal fortaleza específica reside en su innovadora estructura en dos partes. La primera, como una síntesis de «Las confesiones de la carne», es la base de la que surge la segunda parte. Esta segunda parte es la presentación de forma individualizada de contenidos analizados por Foucault en «Las confesiones de la carne» y por trabajos sobre el tema; con la inclusión de quince temas y constructos relacionados con la sexualidad, lo que permite individualizar cuestiones de interés como la influencia de las ideas principales de «Las confesiones de la carne» en la modernidad y las cuestiones emergentes relacionadas con ella.

Las debilidades surgen de la naturaleza del artículo, que es una revisión narrativa y exposición narrativa. En particular, la selección subjetiva del tema y la bibliografía, en parte asistemática, constituyen limitaciones importantes y aumentan los potenciales sesgos. Esto puede considerarse una desventaja en aras del objetivo principal del trabajo.

Entre las mejoras propuestas se encuentra una revisión exhaustiva y sistemática, además de una revisión concreta y específica, de las publicaciones que seguirán apareciendo a lo largo del tiempo sobre la obra de Foucault en diferentes idiomas. Esto permitirá aportar y analizar contribuciones adicionales relevantes desde diferentes perspectivas académicas al estudio de la misma obra publicada y su autor. Al no estar previstas publicaciones adicionales, se puede considerar cerrado el ciclo editorial de la obra de Foucault. Esto puede contribuir a la elaboración de una visión —singular o plural— de una obra tan importante, más completa y dotada de un sentido propio, de uno de los pensadores

sustantivos más importantes y originales del siglo XX en Historia de la Sexualidad y otros temas académicos.

Materiales suplementarios: No aplicable

Contribuciones de los autores: Conceptualización, A.N.-S. y F.N.-C.; metodología, A.N.-S., F.N.-C.; redacción--preparación del borrador original, A.N.-S., F.N.-C.; redacción--revisión y edición, A.N.-S., F.H.-M., R.H.-S., F.J. B.-C., A.P.-P., AL.-M., JE. M., F.N.-C. Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito.

Financiación: Esta investigación no recibió financiación externa.

Declaración del Comité de Revisión Institucional: No aplicable

Declaración de consentimiento informado: No aplicable

Declaración de disponibilidad de datos: No aplicable

Agradecimientos: A Felipe Navarro-Sánchez (PIc) por su colaboración en la gestión del proyecto. A la Cátedra de Investigación en Cronicidad UMH (Dpto. Medicina Clínica) por su ayuda.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foucault, M. *Histoire de la sexualité IV. Les aveux de la chair*; Gallimard: Paris, France, 2018; pp. 448.
2. Foucault, M. *Confessions of the Flesh: The History of Sexuality, Volume 4*. Pantheon Books: New York, USA, 2021; pp. 416.
3. Navarro Sánchez, A.; Navarro-Cremades, F. La historia de la sexualidad en Occidente y la patrística cristiana de los siglos II al V. Sobre Las confesiones de la carne de M. Foucault. En: Sociedad Venezolana de Sexología Médica. 40 años. Bianco C, F.J., Ed.; Soveseme: Caracas, Venezuela, Julio 2025; pp. 191-215. [https://www.amazon.es/Sociedad-Venezolana-Sexología Médica-ebook/dp/B0FHBZHXTS/ref=](https://www.amazon.es/Sociedad-Venezolana-Sexología-Médica-ebook/dp/B0FHBZHXTS/ref=)
4. Foucault, M. *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*; Gallimard: Paris, France, 1976; pp. 224.
5. Foucault, M. *The History of Sexuality. Volume 1 The Will to Knowledge*. Penguin Books: London, UK, 2020; pp. 176. (Formerly published as: Foucault, M. *The history of sexuality. Volume 1, An introduction*. Vintage: New York, USA, 1990.
6. Foucault, M. *Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs*; Gallimard: Paris, France, 1984. pp. 350.

7. Foucault M. The history of sexuality, vol. 2: The use of pleasure. Vintage Books: New York, USA, 1988; pp. 304.
8. Foucault M. Histoire de la sexualité III. Le souci de soi. Gallimard: Paris, France, 1984. pp. 336.
9. Foucault M. History of Sexuality. Volume 3. The Care of the Self. Vintage Books: New York, USA, 1986; pp. 279.
10. Athenagoras. Supplicatio pro Christianis imperatoribus M. Aurelio Antonino et L. Aurelio Commodo, Armeniacis Sarmaticis, et quod maximum est, philosophis. University of Toronto: Toronto, Canada, 1856. pp. 140.
11. Chrysostomi, J. Opera omnia Quae Exstant, Nabu Press: Charleston, South Carolina, USA, 2012. pp. 754.
12. Cassien J. Conférences I et II. <https://www.bibliotheque-monastique.ch/bibliotheque/bibliotheque/saints/peres/cassien/cassien01.htm>. (Accessed on 18/Sept/2025).
13. Cassien J. Institutions. <https://www.bibliotheque-monastique.ch/bibliotheque/bibliotheque/saints/peres/cassien/cassien03.htm>. (Accessed on 18/Sept/2025).
14. Saint Augustin. De bono conjugali. In: Les Oeuvres Complètes de Saint Augustin. <https://www.bibliotheque-monastique.ch/bibliotheque/bibliotheque/saints/augustin/index.htm>. (Accessed on 18/Sept/2025).
15. Saint Augustin. De Continentia. In: Les Oeuvres Complètes de Saint Augustin. <https://www.bibliotheque-monastique.ch/bibliotheque/bibliotheque/saints/augustin/index.htm>. (Accessed on 18/Sept/2025).
16. Saint Augustin. De Sancta Virginitate. In: Les Oeuvres Complètes de Saint Augustin. <https://www.bibliotheque-monastique.ch/bibliotheque/bibliotheque/saints/augustin/index.htm>. (Accessed on 18/Sept/2025).
17. Saint Augustin. Les Oeuvres Complètes de Saint Augustin. <https://www.bibliotheque-monastique.ch/bibliotheque/bibliotheque/saints/augustin/index.htm>. (Accessed on 18/Sept/2025).
18. Foucault, M. L'Herméneutique du sujet: Cours au Collège de France, 1981–1982, Ed. Frédéric Gros. Seuil/Gallimard: Paris, France, 2001; pp. 540.
19. Foucault, M. The Hermeneutics of the Subject. Lectures at the Collège de France, 1981-1982. Edited by Frédéric Gros; Palgrave Macmillan: New York, USA, 2005; pp. 608.
20. Foucault, M. Le Gouvernement de soi et des autres. Cours au Collège de France, 1982-1983; Gallimard/Seuil: Paris, France, 2009; pp. 351.
21. Foucault, M. On The Government of Self and Others: Lectures at the Collège de France 1982-1983, Edited by Arnold I. Davidson, Translated by Graham Burchell; Palgrave Macmillan: New York, USA, 2010; pp. 384.
22. Foucault, M. Subjectivité et vérité: Cours au Collège de France (1980- 1981); Gallimard Seuil: Paris, France, 2014; pp. 352.
23. Westerink, H. Thinking Spirituality Differently: Michel Foucault on Spiritual Self-Practices, Counter-Conducts, and Power-Knowledge Constellations. Religions 2019, 10, 81. <https://doi.org/10.3390/rel10020081>
24. Harcourt, B.E. Foucault's Keystone: Confessions of the Flesh. Foucault Stud 2021, 29, 48-70, April. DOI: <https://doi.org/10.22439/fs.vi29.6214>
25. Elden, S. Review: Michel Foucault, Histoire de la sexualité 4: Les aveux de la chair. Theory Cult. Soc. 2018, 35 (7-8), pp. 293-311. DOI:10.1177/0263276418800206
26. Gutting, G., Oksala J. "Michel Foucault". The Stanford Encyclopedia of Philosophy Philosophy (Summer 2021 Edition); Zalta, E.N., Ed.; Availavle online: <https://plato.stanford.edu/archives/sum2021/entries/foucault/>. (Accessed on 18/September /2025).
27. Schubert, K. The Christian Roots of Critique. How Foucault's Confessions of the Flesh Sheds New Light on the Concept of Freedom and the Genealogy of the Modern Critical Attitude. Le foucaldien 2021, 7 (1), pp.1-11. 10.16995/lefou.98. hal-03172333
28. Ramírez García, V. Historia de la sexualidad IV. Debate fem 2020, 59, pp. 166-173. <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2019.59.08>
29. Le Blanc, G. Why read Foucault's Confessions of the Flesh today? Critique 13/13, Seminars at Columbia 2019. Available online: <http://blogs.law.columbia.edu/critique1313/guillaume-le-blanc-why-read-foucalt-confessions-of-the-flesh-today-english-version/>. Accessed online on 18/September/2025).
30. Colombo, A. Michel Foucault y el hombre de deseo: 'Las Confesiones de la carne' y los límites de la 'Historia de la sexualidad'. Michel Foucault and the desiring man: 'The Confessions of the

- Flesh' and the limits of the 'History of Sexuality'. *An. Semin. Hist. Filos* 2020, 37(1), pp. 123-135. DOI:10.5209/ashf.66164
31. Colombo, A. Michel Foucault e a obediência da carne Cristã (Michel Foucault and the obedience of the Christian flesh). *Rev. Filos., Aurora* 2020, 32, (55), pp. 181-202.
 32. Colombo, A. What Is a Desiring Man? Foucault *Stud* 2021, 29, pp. 71-90. DOI: <https://doi.org/10.22439/fs.vi29.6215>
 33. Colombo, A. L'expérience des Pères. Les Aveux de la chair de Michel Foucault et la formation de l'expérience de la chair. *Rev. Theol. de Louvain* 2021, 52 (1), pp. 43-64. DOI: 10.2143/RTL.52.1.3289206
 34. Peters, M. Foucault, Subjectivity, Truth and the Historical Ontology of Ourselves: The Hermeneutics of the Self-Foucault's Lectures at the College de France 1981-82. Chapter 17. In: *Moral Education and the Ethics of Self-Cultivation, East-West Dialogues in Educational Philosophy and Theory*; Peters, M.A., et al. (eds.), Springer Nature Singapore: Singapore. 2021; pp. 255-268. https://doi.org/10.1007/978-981-13-8027-3_17
 35. Bullough V.L. Christianity and Sexuality, Chapter 1. In: *Religion and Sexual Health. Theology and Medicine*, vol 1; Green R.M., Eds.; Springer: Dordrecht, Netherlands, 1992; pp. 3-16. https://doi.org/10.1007/978-94-015-7963-6_1
 36. Kuefler, M. Desire and the body in the patristic period, Chapter XI. In: *The Oxford handbook of theology, sexuality, and gender*; Thatcher, A. (ed.). Oxford University Press: New York, NY, US, 2015; pp. 241-254.
 37. Sforzini, A. Verlengia, C. Governing free subjects: flesh, resistance and obedience. *Fórum Lingüíst* 2019, Vol. 16, Issue 3, pp. 3885-3898.
 38. Benvenuto, S. The Pastoral Ministry, Ancient and Modern. *Am Imago* 2019, 76(1), pp. 39-47. doi:10.1353/aim.2019.0002. <https://muse.jhu.edu/article/721616>
 39. Garton, S. Christian Friendships. In: *Histories of Sexuality: Antiquity to Sexual Revolution (Critical Histories of Subjectivity and Culture)*; Garton, S., Ed.; Routledge: London, UK, 2013, pp. 64-80.
 40. Hughes D. Cultural Influences on Medical Knowledge. Chapter 2. In: *Handbook of the Philosophy of Medicine*; Schramme T., Edwards S. Eds.; Springer: Dordrecht, Netherlands, 2015; pp 1-18. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8706-2_73-2
 41. The Lancet Regional Health-Europe. Time to integrate spiritual needs in health care. *Lancet Reg Health Eur.* 2023 May 2;28:100648. doi: 10.1016/j.lanepe.2023.100648.
 42. Burdette, A.M., Hill, T.D., Myers, K. Understanding Religious. Variations in Sexuality and Sexual Health, Chapter 20. In: *Handbook of the Sociology of Sexualities, Handbooks of Sociology and Social Research*; DeLamater, J., Plante, R. Eds.; Springer International Publishing Switzerland: Cham, Switzerland, 2015, pp. 349-370.
 43. Fernández Agis, D. Identidad, sexualidad y derecho. Una aproximación a partir de Les aveux de la chair de Michel Foucault. *An. Cátedra Francisco Suárez* 2020, 54, pp. 99-111.
 44. Sánchez-Ávila Estébanez F. El deseo como forma del sujeto en Michel Foucault (Desire as Form of the Subject in Michel Foucault). *Dorsal. Revista de Estudios Foucaultianos* 2018, 5, 37-69.
 45. Wentzell, E., Labuski, C. Chapter 2. Role of Medical Anthropology in Understanding Cultural Differences in Sexuality, In: *Cultural Differences and the Practice of Sexual Medicine, Trends in Andrology and Sexual Medicine*; Rowland, D. L. Jannini, E. A., Eds.; Springer Nature Switzerland AG: Cham, Switzerland, 2020; pp. 23-35. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36222-5_2
 46. Díaz Bernal, J. G. Foucault, M. (2018). *Histoire de la sexualité: Les aveux de la chair (Vol. IV)*. Gallimard: Paris, France, 2019, *Cuestiones De Filosofía*, 4 (23), pp. 203-208. <https://doi.org/10.19053/01235095.v4.n23.2018.8980>
 47. Curran, C.E. Sexual Ethics in the Roman Catholic Tradition, Chapter 2. In: *Religion and Sexual Health. Theology and Medicine*, vol 1; Green, R.M. Ed.; Springer: Dordrecht, Netherlands, 1992, pp. 17-35. https://doi.org/10.1007/978-94-015-7963-6_2
 48. Rojo, C. Unidad y relevancia jurídica de los fines del matrimonio en el nuevo código de derecho canónico. *Ius Canonicum* 1991, 31 (62); pp. 683-707.
 49. CIC. Availble online: https://www.vatican.va/archive/cod-iuris-canonici/cic_index_en.html. (Accessed on 18/September /2025).
 50. CIC. Availble online: https://www.vatican.va/archive/cod-iuris-canonici/eng/documents/cic_lib4-cann998-1165_en.html#TITLE_VII. (Accessed on 18/September /2025).
 51. Horrocks R. Christianity and Sex, Chapter 2. In: *An Introduction to the Study of Sexuality*; Campling, J.

- Ed.; Palgrave Macmillan: London, UK, 1997; pp. 3-24. https://doi.org/10.1057/9780230390140_2
52. Raffnsøe, S., Gudmand-Høyer, M., Thaning, M. S. Histories of Sexualities. In: Michel Foucault: a Research Companion; Raffnsøe, S., Thaning, M.S., Gudmand-Hoyer, M., Eds.; Palgrave Macmillan: London, UK, 2016; pp. 333-368.
 53. Halwani, R. Sex and Sexuality. In: The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2018 Edition), Zalta, E.N. Ed.; Available online: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2018/entries/sex-sexuality/>. (Accessed on 18/September /2025).
 54. Moore, A. M. D. Foucault, early Christian ideas of genitalia, and the history of sexuality. *J Hist Sex* 2020, 29(1), pp. 28-50. <https://doi.org/10.7560/JHS29102>
 55. Nelson J.B. Body Theology and Human Sexuality, Chapter 3. In: Religion and Sexual Health. Theology and Medicine, vol 1. Green R.M., Ed.; Springer: Dordrecht, Netherlands, 1992; pp. 37-54. https://doi.org/10.1007/978-94-015-7963-6_3
 56. Scasserra, J.I. Las joyas indiscretas: Una lectura integral de la Historia de la Sexualidad como arqueología del psicoanálisis, *Dorsal. Revista de Estudios Foucaultianos* 2021, 10, pp. 33-56
 57. Carnes, N. [Review of the book *The Body and Desire: Gregory of Nyssa's Ascetical Theology*, by Raphael A. Cadenhead] *J ECS* 2019, 27(4), pp. 665-667. doi:10.1353/earl.2019.0057.
 58. Martínez, F.J. El cuerpo en el cuidado de sí. Chapter 27. In: *Hermenéuticas del Cuidado de Sí: Cuerpo Alma Mente Mundo*; Ignacio Escutia, L., Díaz Arroyo, J.L., Zubía, P.O., Hernández Nieto, M.A, Oñate y Zubía, T., Lomelí Bravo, S., Eds.; Dykinson: Madrid, Spain, 2017; pp. 529-544
 59. Besley, T. Foucault, Truth-Telling and Technologies of the Self in Schools. Chapter 16. In: *Moral Education and the Ethics of Self-Cultivation, East-West Dialogues in Educational Philosophy and Theory*; Peters M.A., Besley T., Zhang H., Eds.; Springer Nature Singapore: Singapore, 2021; pp.241-254. https://doi.org/10.1007/978-981-13-8027-3_16
 60. Zamora Vargas, D. Foucault, The End of a Decade. *Contemp Eur Hist* 2019, 28: 2, pp. 262-272. doi:10.1017/S0960777318000577
 61. UN, UDHR (Universal Declaration of Human Rights). Available online: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. (Accessed on 18/September /2025).
 62. Brogaard B. Sex By Deception. In: *Oxford Handbook of Moral Psychology*; Doris, J.M, Vargas, M. Eds.; Oxford University Press: Oxford, UK, 2018.
 63. Wylie, K.R, Rao, T.S.S., Tandon, A., Manohar, S., Pacheco Palha, A., Navarro-Cremades, F., Hernández-Serrano, R., Bianco Colmenares, F., Montejo, A.L. Mental Health and Sexual Medicine: An Update. Chapter 21. In: *Advances in Psychiatry*; Javed, A., Fountoulakis, K.N., Eds.; Springer International Publishing AG, part of Springer Nature: Cham, Switzerland, 2019; pp. 347-371. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5_21
 64. WAS. The World Association for Sexual Health Declaration of Sexual Rights. Available online: <https://www.worldsexualhealth.net/was-declaration-on-sexual-rights/>. (Accessed on 18/September /2025).
 65. UNAgenda2030. Gender Equality. Available online: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>. (Accessed on 18/September /2025).

ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL

Taller Pandora. Propuesta de rehabilitación de la salud sexual en supervivientes de explotación sexual

Pandora Workshop. A proposal for the rehabilitation of sexual health in survivors of sexual exploitation

Sánchez Sánchez M (1), Marcos González V (2), Candelario Castañar Y (3)

1 Médica ginecóloga y sexóloga, CMSc Ciudad Lineal, Madrid Salud, alumna de doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos.

2 Médica ginecóloga y sexóloga, CMSc Hortaleza, Madrid Salud.

3 Trabajadora Social, CMSc Centro, Madrid Salud.

RESUMEN

Rehabilitar la salud sexual de las mujeres supervivientes de explotación sexual y/o violencia sexual debería formar parte de la recuperación integral de estas mujeres, ya que la salud sexual es parte de la salud global, aunque con frecuencia un aspecto olvidado en los procesos de acompañamiento para la recuperación de estas violencias.

En estos momentos el abordaje de la sexualidad de las supervivientes supone un desafío que escapa de los protocolos y las atenciones habituales.

En este artículo planteamos nuestra experiencia realizando un taller de salud sexual con mujeres supervivientes de explotación sexual.

INTRODUCCIÓN

La atención sociosanitaria a mujeres en contexto de prostitución es un tema de notable importancia dentro del ámbito de la prevención de la salud y la salud pública. La prostitución en España es una realidad compleja, oculta, no regulada legalmente, que afecta a principalmente a mujeres atravesadas por distintas vulnerabilidades.

La salud sexual es un derecho reconocido por la OMS, y una parte imprescindible de la salud global. La salud sexual en prostitución es una cuestión compleja que resulta difícil de analizar, y acompañar. En el ejercicio de prostitución las mujeres ponen su cuerpo – y su sexualidad – a cambio de dinero. Entender y abordar el impacto que tiene esta práctica en la salud global de las mujeres, a través del impacto que tiene en su salud sexual, es importante para entender esta realidad.

Tomando en cuenta este desafío, y tras años de trabajo con mujeres supervivientes de explotación sexual, se plantea la realización de un taller de salud sexual para supervivientes, en coordinación con uno de los recursos residenciales que atiende a estas mujeres en su recuperación.

CONTEXTO

La atención a mujeres en contextos de prostitución en Madrid se realiza de manera principal a través de los recursos municipales de la red de trata y/o prostitución, que dependen de la Dirección General de Igualdad y contra la violencia de Género, del Área de Gobierno de Políticas Sociales, Familia e Igualdad, del Ayuntamiento de Madrid. Desde los centros municipales de salud comunitaria (CMSc) del Ayuntamiento de Madrid se articula una respuesta sociosanitaria basada en la prevención, la dignidad y el respeto a los derechos humanos. Los CMSc apoyamos en la parte sanitaria, principalmente en la atención a la salud sexual y reproductiva, desde los programas de Salud Sexual y Reproductiva y Desigualdades Sociales, de Madrid

CORRESPONDENCIA:

María Sánchez Sánchez

CMSc Ciudad Lineal, Madrid Salud
Universidad Rey Juan Carlos

Salud. Uno de los objetivos del programa de Salud Sexual y Reproductiva es la atención a la salud sexual.

En este encuadre es donde nos planteamos una actividad que favorezca la recuperación de la salud sexual a mujeres supervivientes de explotación sexual.

Trabajar la sexualidad con supervivientes de explotación sexual es muy complicado. Y no suele hacerse de manera específica, ya que se abordan de manera prioritaria otras necesidades de este colectivo. Después de años de trabajo coordinado, entre recursos municipales de la red de trata y/o prostitución y los CMSc, nos planteamos la posibilidad de abordar también este aspecto (la salud sexual), con el planteamiento de que la salud sexual en las supervivientes de explotación sexual ha quedado dañada, y abordar su recuperación puede aportar beneficios en cuanto a recuperación de la salud global.

Por este motivo, y tras años de coordinación cercana y efectiva, se plantea realizar una actividad comunitaria que ponga el foco en la salud sexual. Se plantea la propuesta desde el CMSc Ciudad Lineal al recurso de larga estancia Casa Pandora, ya que sabemos que este recurso cuenta con acompañamiento estrecho de las usuarias, a través de profesionales expertas, y donde cuentan además con atención psicológica especializada continuada, lo que nos parece un pilar importante dada la naturaleza de la propuesta.

En coordinación con Casa Pandora, planteamos este taller como la apertura de un espacio en el que hablar de su sexualidad y plantear dudas o dificultades que puedan tener. Para evitar riesgo de desestabilización psicoemocional se contempla la necesidad de realizar el abordaje de la salud sexual en el contexto de acompañamiento del recurso, con la presencia física de la psicóloga y una educadora social (en el recurso, aunque no participando en el taller), con las que mantenemos coordinación frecuente. El taller será conducido por la médica sexóloga de Ciudad Lineal, con dilatada experiencia en atención a mujeres supervivientes de este tipo de violencias.

La experiencia de abuso sexual en la infancia o en la adolescencia (frecuente en este grupo) se asocia a alteraciones emocionales o comportamientos sexuales disfuncionales en la vida adulta en un 20- 30% de los casos. Entre estas alteraciones se incluyen trastornos del deseo, de la excitación, del orgasmo, por dolor, más rechazo y menos satisfacción sexual. Los factores de riesgo predictores de una

peor evolución a largo plazo son la presencia de diversos sucesos traumáticos en la víctima, la frecuencia y la duración de los abusos, y la vinculación personal con el agresor.

El tiempo de recuperación para que una mujer vuelva a sentirse sexualmente plena es muy relativo según indica la psicóloga y sexóloga Luz María Martínez Lloréns. Ella recomienda tratar las alteraciones de la esfera sexual al final del proceso terapéutico, una vez establecida una adecuada alianza terapéutica y con un minucioso trabajo psicológico previo.

No tenemos datos de las consecuencias de la prostitución en la salud sexual de las mujeres que han estado en diversos contextos de prostitución. Pero sí sabemos sobre las consecuencias de la violencia sexual en la salud sexual, y en la salud global. Por otro lado, conocemos las historias personales de las usuarias que van a participar en el taller, y sabemos que todas han sufrido violencia sexual en (al menos) algún momento de su vida. Todas además han hecho un trabajo psicoemocional previo, y disponen de acompañamiento psicológico frecuente, y continuado en el momento de la realización del taller.

METODOLOGÍA

Se elabora este programa ad hoc para este grupo de trabajo, basado en el trabajo de fin de máster de Victoria Marcos “Programa de educación/asesoramiento/consejo sexual para personas que han sufrido violencia sexual”.

En coordinación con las profesionales del recurso residencial Pandora se decide un taller de 4 sesiones, de dos horas de duración cada día, separados entre 1 ó 2 semanas, con la siguiente propuesta de trabajo:

PROPUESTA TEÓRICA DE TRABAJO

1º sesión: "que me han hecho creer de la sexualidad"

trabajamos los conceptos que tienen de la sexualidad, desmontamos mitos. con un enfoque global y positivo de la sexualidad

2º sesión: "decido conocer mi cuerpo"

trabajamos el autoconcepto. intentamos conocer y respetar el propio cuerpo

3º sesión: "conociendo la respuesta sexual"

aprendemos anatomía y fisiología de la respuesta sexual femenina

4º sesión: "decido disfrutar"

intentamos recuperar el cuerpo para el placer

Las asistentes al taller son las residentes del recurso en el momento que se realiza el mismo. Se valora que sean mujeres mayores de edad, evitando situaciones de parentesco, con la finalidad de crear un espacio seguro que respete su privacidad y promueva la participación de todas las asistentes.

En nuestro caso las participantes fueron 6 mujeres de entre 21 y 52 años, cinco de ellas nacidas en países de Latinoamérica y una en el norte de África. Todas supervivientes de explotación sexual, con estancias en el recurso de acogida entre uno y 18 meses. Cinco de ellas habían sido madres, y dos de ellas tenían a sus hijas en el recurso.

Se hizo un planteamiento flexible de las sesiones, ya que el desarrollo de las actividades y la disposición de las asistentes fue marcando el desarrollo de estas. Antes de cada sesión se utilizaron unos minutos para compartir cómo habían estado las participantes, y se dejó espacio para comentar algo de la/s sesión/es anteriores, u otras dudas que puedan surgir.

Para evaluar el taller se realizó una encuesta breve de conocimientos en sexualidad, que las participantes rellenaron (de manera voluntaria, una de ellas no quiso hacerlo) el primer día y el último del taller. Asimismo, se realizó una encuesta de satisfacción general el último día, ya que nos interesaba más conocer su satisfacción subjetiva con el taller, y su opinión sobre si este tipo de actividades son positivas, realizables y deseables (en opinión de las propias supervivientes). Las encuestas son de elaboración propia, por lo que no tienen mucho valor como investigación, pero al ser un proyecto piloto, nos sirven para hacer una evaluación interna, y valorar la pertinencia de continuar desarrollando talleres similares.

OBJETIVOS DEL TALLER

El Objetivo principal es desarrollar un programa de salud sexual que posibilite la recuperación integral de las mujeres supervivientes de explotación sexual que residen en el recurso de larga estancia Pandora.

En cuanto a los objetivos secundarios, nos planteamos:

- ✓ Aportar conocimientos sobre sexualidad, salud sexual y respuesta sexual humana, basados en evidencia científica, y adaptados a los conocimientos previos y circunstancias de las residentes.

- ✓ Favorecer el relato, compartir dudas, derribar mitos, y facilitar la resolución de dudas, en un ambiente seguro y adecuado para ellas,

- ✓ Fomentar una actitud positiva hacia las relaciones afectivas y las relaciones de pareja saludables.

- ✓ Ofrecer un espacio privado para resolver dudas

o facilitar en consulta individual a las mujeres que lo precisen y lo deseen.

- ✓ Explorar cómo es la Salud Sexual percibida por las mujeres que han vivido en contextos de prostitución (en este caso prostitución coercitiva o explotación sexual).

- ✓ Explorar cómo afecta el ejercicio de la prostitución a las relaciones de pareja elegidas, si las hay.

ASPECTOS ÉTICOS

Al tratarse de una experiencia piloto, sin fines de investigación, no se consideró necesario obtener consentimiento por escrito de las participantes. Sí se solicitó por supuesto consentimiento verbal, y la actividad se realizó de manera voluntaria, sin que la participación en ella tuviera consecuencias para su atención tanto en el recuero residencial, como en las consultas del CMS.

Dado que el objetivo principal es el bienestar de las residentes, la pertinencia del proyecto se trabajó en grupo entre las profesionales del recurso y del CMS, y se valoró como muy necesario que las participantes tuvieran acompañamiento psicológico durante todo el proceso.

MEMORIA DEL TALLER

El taller se ha llevado a cabo con las seis mujeres adultas que residían en el recurso durante los meses en que se ha llevado a cabo. En todas las sesiones ha faltado una de ellas (distinta cada día). Consideramos que en general cinco mujeres son pocas para realizar las dinámicas propuestas en el taller, especialmente cuando tienen relaciones intensas entre ellas, porque se distorsiona un poco la participación.

Debemos tener en cuenta que el taller se desarrolla en un contexto institucionalizado y normativo, donde conviven mujeres de diversos orígenes, culturas y trayectorias vitales. Esto provoca en ocasiones dificultades en la convivencia, que se trasladan a las actividades desarrolladas, lo que puede condicionar la libertad con la que las participantes se expresan. Y hace que algunos días el ambiente se perciba tenso, si ha habido conflictos en la convivencia. Como aspecto positivo, la formadora del taller está al tanto de estas dificultades, gracias a la buena coordinación con las profesionales del recurso residencial.

Cada una de las participantes se encuentra en un momento distinto de su proceso terapéutico. En general esto no ha condicionado que estén incómodas en el taller, incluso, tras la experiencia, valoramos que podría ser positivo, al posibilitar escuchar el relato unas de otras. Todas refieren haber aprendido, y haberse sentido cómodas con la experiencia, probablemente con distintos grados de aprovechamiento.

En la primera sesión se produjo una situación no

esperada, ya que una de las mujeres relató su vivencia de abuso sexual infantil, lo que resultó muy conmovedor para todas. La gestión de las emociones se coordinó con la psicóloga del recurso, y se resolvió de manera positiva.

A pesar de tener una temática programada, las sesiones se han adaptado al “ambiente” y la disposición de las participantes cada día, cambiando los contenidos si se percibía poco interés en la temática o en la propuesta. Se han trabajado todos los aspectos planteados, pero atendiendo (subjetivamente) a las necesidades emocionales de cada momento.

Durante las sesiones algunas participantes mostraron diversos grados de conocimiento de su propia sexualidad. Se percibe que a pesar de las historias difíciles de vida que han atravesado, alguna ha sido capaz de construir un discurso crítico hacia las violencias sexuales, hacia las circunstancias que ha vivido, y se plantea el futuro con otras herramientas.

En palabras de una de ellas “nuestra sexualidad no existe, somos objetos”. Esta mujer ha conseguido tener una relación de pareja posterior con capacidad para poner límites, sentirse protagonista en el disfrute, y herramientas para finalizar la relación cuando lo ha considerado.

En el desarrollo del taller han ido saliendo “mitos” relacionados con la sexualidad que hemos podido trabajar juntas. Ha sido muy interesante darles espacio a las participantes para hablar entre ellas y ver cómo juntas aprendemos de las experiencias de otras. Cómo van reconociendo situaciones que no quieren volver a tolerar. También cómo influye su contexto sociocultural.

RESULTADOS

Se realizó una encuesta de conocimientos al inicio y al finalizar el taller. Es una encuesta auto elaborada de 12 preguntas relativas a la salud sexual, y a las relaciones de pareja saludables. Consideramos que ha habido un gran aprendizaje en la mayoría de participantes, ya que las respuestas fueron poco acertadas al inicio, y muy acertadas al final del taller. No obstante, ya que se trata de una encuesta no validada, los resultados obtenidos carecen de interés científico.

Al finalizar el taller se realizó también una encuesta de satisfacción, que fue muy favorable, puntuando todas las participantes todas las preguntas entre 3 y 4 (satisfecho o muy satisfecho) con un 90% de respuestas “muy satisfecha”, y el 100% de las encuestadas recomendarían la realización de este taller a otras mujeres en situaciones similares.

Tenemos, pues, unos resultados objetivos favorables. Pero sobre todo tenemos una sensación subjetiva muy favorable. A lo largo del desarrollo del taller, hemos podido experimentar cómo las actitudes hacia una sexualidad

saludable han ido mejorando en todas las participantes. A pesar de sus experiencias previas, han podido compartir, desahogarse y aprender unas de otras. Cada una en su momento evolutivo, y con distintos aprendizajes previos, todas han experimentado una evolución positiva.

Desde el inicio se planteó el taller como un lugar de reflexión conjunta donde aprender todas de todas. No obstante, es fácil caer en la dinámica de que hay una formadora que sabe del tema, e “imparte sabiduría”, y hay unas receptoras de la información, con un nivel de conocimientos menor. En este espacio compartido (más si cabe que en otros), se hace evidente que las supervivientes son las únicas expertas en su propia biografía, son resilientes y tienen herramientas que han ido aprendiendo en su recorrido vital. Darles voz, facilitar la expresión de sus vivencias, y poner en valor sus propias herramientas, resulta sanador y terapéutico, y las empodera para continuar con su proceso personal. El aprendizaje ha sido mutuo, y agradecemos a las participantes su apertura, su generosidad, y sabiduría.

LIMITACIONES

La experiencia que tenemos es muy limitada, sólo un taller de cuatro sesiones, con un grupo reducido de participantes. Somos conscientes de que el grupo es heterogéneo, y escaso.

Dada la naturaleza de la experiencia creemos que sería interesante repetirla, pero vemos que los condicionantes son varios: la presencia de una profesional de sexología en este espacio es algo que tiene que valorar el equipo del recurso, ya que son lugares donde por seguridad, no acuden personas ajenas al equipo de trabajo/usuarios. La relación de la profesional con las usuarias del recurso, y con las educadoras es muy conveniente que sea de confianza, lo que lo hace difícil de extrapolar a otros recursos/situaciones.

A pesar de todas estas limitaciones, consideramos que incorporar un espacio donde se pueda trabajar la salud sexual, es una buena recomendación para la recuperación de supervivientes de explotación sexual.

DISCUSIÓN

La atención a las mujeres en prostitución supone un desafío diario. Las condiciones en las que viven y desempeñan su actividad sabemos que condiciona su salud desde distintos enfoques: salud física, salud psicoemocional, salud reproductiva, y también salud sexual.

Cuando pensamos en prostitución y salud puede ser tentador limitarse a abordar temas de salud reproductiva, como las infecciones de transmisión sexual, o los métodos anticonceptivos, y qué duda cabe son aspectos

importantes de la salud que atañen a estas mujeres. En supervivientes de explotación sexual, sabemos que hay afectación también en la vivencia de una sexualidad saludable. Y abordar esta parte tan importante de la salud supone un reto para las mujeres que la sufren, y para todas las profesionales que trabajamos con ellas.

Como sexólogos sabemos que la salud sexual debería ser parte de la salud global. Tenemos evidencia de que la violencia sexual tiene un gran impacto en la salud global. Tenemos leyes y protocolos de atención que garantizan en teoría una adecuada atención a las mujeres que sufren este tipo de violencias. Pero los protocolos y la atención habitualmente dejan de lado la recuperación de la salud sexual.

Con esta experiencia queremos poner de manifiesto que es posible, y muy necesario. Y que redunda en la recuperación de las supervivientes.

Consideramos que este tipo de experiencias enriquece el proceso de recuperación de mujeres supervivientes de explotación sexual, facilita el acercamiento y la confianza a los servicios de salud, y aumenta su capacidad de agencia en cuestiones de salud. Consideramos también que son experiencias que deben realizarse en entornos controlados, con profesionales expertas con capacidad de autogestión, y preferiblemente supervisión externa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther.* 2000 Jan-Mar;26(1):51-65
2. Farley, M. (2003) Prostitution and the Invisibility of Harm.. *Women & Therapy* 26(3/4): 247-280.
3. Lorente Acosta, M. 2018. Impacto de la trata y la prostitución en la salud de las mujeres. En Nuño Gómez, L y de Miguel, A., Elementos para una teoría crítica del sistema prostitucional. Comares: Granada.
4. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencia, orientaciones. Unesco 2018, en <https://es.unesco.org/themes/educacion-salud-y-bienestar>
5. Sanz, Fina (1995): Los Vínculos amorosos. Amar desde la identidad en la terapia de reencuentro, Barcelona, Kairós.
6. Sanz Fina (2016): El Buentrato como proyecto de vida, Barcelona, Kairós.
7. Sanz Fina (2020): la pareja, un proyecto de amor. Conflictos, educación para la salud terapia, Barcelona, Kairós.
8. Van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma.* Viking.
9. López S et al. Impacto del abuso sexual durante la infancia- adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gac Sanit.* 2017; 31(3):210-
10. Echeburua E, De Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad Med Forense* 2006; 12(43- 44): 75-82. 21

NORMAS PARA LOS AUTORES

NORMAS PARA LOS AUTORES DE LA REVISTA “De Sexología”

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

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

NORMAS GENERALES

- Carta de presentación
- Primera página

NORMAS ESPECIFICAS POR SECCIONES

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- Tablas y Figuras
- Bibliografía
- Listado de comprobación

NORMAS GENERALES

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

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

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

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

CARTA DE PRESENTACIÓN

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

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

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

PRIMERA PÁGINA

La primera página del texto debe incluir:

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

NORMAS ESPECÍFICAS POR SECCIONES

EDITORIALES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

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

ORIGINALES

ESTUDIOS ORIGINALES

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

El número máximo recomendado de autores es de 6.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

Resumen

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

Debe incluir el **título del trabajo**.

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

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

Texto

Se recomienda la redacción en impersonal.

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

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

- Introducción

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

- Material y métodos.

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

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

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

- Resultados

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

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

- Discusión

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

- Agradecimientos

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

- Bibliografía

Se recomienda un máximo de 30 referencias bibliográficas.

Puntos básicos y esquema general del estudio

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

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

Material informático adicional

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

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

COMENTARIOS A ORIGINALES

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

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

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

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

ORIGINALES BREVES

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

El texto se estructurará en los apartados:

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

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

CASOS CLÍNICOS

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

La estructura del texto será la siguiente:

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

El número máximo de referencias bibliográficas es 6.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

El texto debe estructurarse en los siguientes apartados:

Introducción

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

Objetivos

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

Método

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

Discusión

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

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

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

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

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

REVISIONES

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

Conclusiones

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

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

DERECHOS SEXUALES

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

ARTICULOS ESPECIALES

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

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

(con distinta denominación según contenido) :

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

CARTAS AL DIRECTOR

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

- TABLAS Y FIGURAS

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

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

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

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

- FOTOGRAFÍAS

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

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

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

- BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

Revista

1) Artículo ordinario

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

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

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

2) Autor corporativo

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

3) No se indica el nombre del autor

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

4) Suplemento de un volumen

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

5) Suplemento de un número

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

6) Número sin volumen

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

7) Indicación del tipo de artículo

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

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

8) Trabajo en prensa

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

Libros y otras monografías

9) Autores personales

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

10) Editores o recopiladores como autores

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

11) Capítulo de un libro

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

12) Actas de reuniones

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

Material electrónico

13) CD-ROM

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

14) Artículos de revistas en Internet

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

15) Monografías en Internet

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

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

AUTHORS GUIDELINES

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

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

GENERAL GUIDELINES

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

SPECIFIC GUIDELINES PER SECTION

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

SUPPLEMENTAL INFORMATION

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

GENERAL RULES

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

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

The text must be typed on DIN-A4 sheets, double-spaced (26 lines per page, Times New Roman 12 cpi letter type), on one surface, and pages numbered consecutively.

Printed manuscripts must be accompanied by a copy on magnetic support (diskette or CD). A commonly known word processor must be used, the format must be as simple as possible, avoiding automatic formats such as headings or foot marks. The diskette or CD must be labeled with the work title, first author's last name, and word processor used.

Manuscripts must have the following structure:

- Introductory letter.
- Title page.
- Core of the work according to the section guidelines.

The Editorial Board will notify the reception of all manuscripts and will assign a code to each one. The Editorial Board may reject any manuscript not considered appropriate, and may suggest any modifications considered appropriate, and shall not be held responsible for any material that has been rejected, once the decision has been communicated to the authors.

In case modifications have been requested, corrected manuscripts must be returned to the Editors within 15 days, otherwise the Editing Committee does not guarantee publication.

The code assigned to the manuscript must be used in all correspondence generated in the correction process.

INTRODUCTORY LETTER

The manuscript must be accompanied by an Introductory Letter addressed to the Editing Committee Secretariat including **the work title**, requesting publication **in one of the specific sections**. It must be stated that the contents of the work has not been published previously, and that neither part nor the whole of the article has been sent simultaneously to any other journal.

It must be specified that, and a contact postal address, e-mail and telephone number must be included. **all authors accept the version sent**

The financial source of the study must be disclosed, and an explicit declaration of any possible conflict of interests must be made, especially if the study focuses on diagnostic evaluation methods or pharmacologic efficacy.

TITLE PAGE

The title page must include:

- Title of the article in Spanish and English.
- Authors: surname and name of all authors must appear in the order desired for publication. **The authors' number may vary according to the section** the article is to be published in. In case of Study Groups or Corporative Authors, the complete list of authors will appear as a footnote. In case of a high number, all authors names will appear at the end of the article.

The authors directly responsible for elaborating the manuscript will always appear as main authors.

- Highest academic degree of authors (optional).
- Name of the institution associated with all authors (or institution where the study was conducted), and city.
- Contact person.
- Financial source of the study and/or potential conflict of interests.
- Further information of interest such previous presentation at scientific meetings, congresses, awards obtained, etc., if considered relevant.

Abstract

It must be printed in Spanish and English and it is compulsory for the following sections: Original Studies, Research Projects, Updates on Sexology, Publications Review, Reflections on Sexology, Sexual Rights, Brief Original Works and Clinical Cases.

The study objective must be clearly stated, along with the methods and main conclusions.

Manuscripts for the Original Studies section will have the structure indicated for the section, and shall not exceed 250 words. Abstracts must not exceed 150 words for the remaining sections.

Key words: (minimum 3; maximum 6). Obtained from the Medical Subject Headings (MeSH) of the National Library of Medicine. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi.

SPECIFIC GUIDELINES FOR SECTIONS

EDITORIALS

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

Maximum number of authors: 2.

The structure of the study shall be as follows:

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

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

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

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

Maximum reference number: 12.

ORIGINALS

ORIGINAL STUDIES

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

Maximum recommended number of authors: 6.

Studies must adhere to the following structure:

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

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

Abstract

An abstract in Spanish and English must be included.

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

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

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

Text

Impersonal style recommended.

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

Times New Roman type 12 cpi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Basic points and overall scheme of the study

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

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

Additional computer material

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

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

COMMENTARIES TO ORIGINAL WORKS

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

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

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

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

SHORT ORIGINALS

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

Maximum number of authors: 6.

The manuscript shall have the following structure:

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

Each section must start on a new page.

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

Objective, Methodology,
Results and Conclusions.

The text will have the following sections:

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

Maximum number of references: 6.

CLINICAL CASES

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

Maximum author number: 6.

The manuscript structure will be as follows:

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

Each section must start on a new page.

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

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

Maximum number of references: 6.

RESEARCH PROJECTS

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

Maximum author number: 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

The text must contain the following sections:

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

Maximum reference number: 20.

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

UPDATES ON SEXOLOGY

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

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

Maximum number of authors: 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

Maximum reference number: 50.

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

PUBLICATIONS REVIEWS

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

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

Maximum number of authors: 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

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

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

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

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

REFLECTIONS ON SEXOLOGY

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

The maximum number of authors is 3.

The manuscript must have the following structure:

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

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

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

Maximum reference number: 12.

SEXUAL RIGHTS

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

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

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

LETTERS TO THE EDITOR

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

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

Maximum number of authors: 4.

The manuscript must have the following structure:

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

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

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

SUPPLEMENTAL INFORMATION

Tables and figures

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Photographs

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

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

References

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

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

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

The following are examples of reference formats:

Journal

1) Regular article.

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

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

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

2) Corporative author.

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

3) Author's name not indicated.

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

4) Supplement to a volume.

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

5) Supplement to an issue.

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

6) Issue without volume.

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

7) Indication of article type.

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

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

8) Work currently under print.

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

Books and other monographs

9) Personal authors.

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

10) Editors or compilers as authors.

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

11) Book chapter.

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

12) Meeting proceedings.

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

Electronic material

13) CD-ROM.

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

14) Internet journal articles.

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

15) Internet monographs.

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

Ethical aspects

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

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

TARIFA DE SUSCRIPCIÓN ANUAL: Gratuito

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