deosexología

Octubre 2026 **Vol. 14 Nº2**

EDITORIAL / EDITORIAL

Cultura de la violación: una cuestión central para la sexología contemporánea
Rape culture: a central issue for contemporary sexology
San Martín Blanco, Carlos. MD, PhD

COMERTARIO ORIGINAL

¿Cómo sabe una mujer si una relación sexual con su pareja fue consentida o estuvo mediada por coerción?
How does a woman know whether sex with her partner was consensual or involved sexual coercion?
Felipe Hurtado Murillo

ARTÍCULOS

Consumo de pornografía en población adulta argentina: patrones de acceso, ambivalencia emocional e impacto subjetivo en la era digital
Pornography consumption among the adult population of Argentina: access patterns, emotional ambivalence, and subjective impact in the digital age
Artaza Toro G, Balma C, Carabajal O, Díaz M, Forni J, Salerno N

Dimorfismo sexual en el cáncer de pulmón: Implicaciones del eje estrogénico y perspectiva de género en sexología clínica
Sexual dimorphism in lung cancer: Implications of the estrogen axis and gender perspective in clinical sexology
Gómez Sáenz JT, Gómez Gérez C, Ortega Navaridas M, Anguiano Muro E

Salud sexual en el puerperio: programa de educación y consejo sexual para implementación por matronas de Atención Primaria
Sexual health in the postpartum period: a sexual education and counseling program for implementation by primary care midwives
Gómez García MB (1), Pinto Alvizu ML (2), Jurado López AR (3), Pagola Limón N (4), Fraga Campo S (5), Pérez Quintanilla A

REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

Chemsex: entre el placer y el riesgo. Una reflexión desde la sexología
Chemsex: Between Pleasure and Risk. A Reflection from Sexology
Alonso Serna B, Coronell Coronell C, Muñoz Muriel MA, Linde Leiva P, Pascual Regueiro N, Zamora Hernández M

Normas de publicación / Publication 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

editorial SELENE

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

ÍNDICE

VOL 14. NÚMERO 2. OCTUBRE 2026

EDITORIAL / EDITORIAL

Cultura de la violación: una cuestión central para la sexología contemporánea
Rape culture: a central issue for contemporary sexology
San Martín Blanco, Carlos. MD, PhD 6

COMENTARIO ORIGINAL

¿Cómo sabe una mujer si una relación sexual con su pareja fue consentida o estuvo mediada por coerción?
How does a woman know whether sex with her partner was consensual or involved sexual coercion?
Felipe Hurtado Murillo 10

ARTÍCULOS

Consumo de pornografía en población adulta argentina: patrones de acceso, ambivalencia emocional e impacto subjetivo en la era digital
Pornography consumption among the adult population of Argentina: access patterns, emotional ambivalence, and subjective impact in the digital age
Artaza Toro G, Balma C, Carabajal O, Díaz M, Forni J, Salerno N 12

Dimorfismo sexual en el cáncer de pulmón: Implicaciones del eje estrogénico y perspectiva de género en sexología clínica
Sexual dimorphism in lung cancer: Implications of the estrogen axis and gender perspective in clinical sexology
Gómez Sáenz JT, Gómez Gérez C, Ortega Navaridas M, Anguiano Muro E 23

Salud sexual en el puerperio: programa de educación y consejo sexual para implementación por matronas de Atención Primaria
Sexual health in the postpartum period: a sexual education and counseling program for implementation by primary care midwives
Gómez García MB (1), Pinto Alvizu ML (2), Jurado López AR (3), Pagola Limón N (4), Fraga Campo S (5), Pérez Quintanilla A 35

REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

Chemsex: entre el placer y el riesgo. Una reflexión desde la sexología
Chemsex: Between Pleasure and Risk. A Reflection from Sexology
Alonso Serna B, Coronell Coronell C, Muñoz Muriel MA, Linde Leiva P, Pascual Regueiro N, Zamora Hernández M 46

Normas de publicación / Publication guidelines 51

Boletín de suscripción / Subscription form 64

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

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

EDITORIAL

Cultura de la violación: una cuestión central para la sexología contemporánea

Rape culture: a central issue for contemporary sexology

San Martín Blanco, Carlos. MD, PhD

Doctor en Medicina. Sexólogo. Psicoterapeuta. Máster en Psiquiatría y Salud Mental. Coordinador del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud, CIPSA de Santander. Presidente de la Academia Española de Sexología y Medicina Sexual. Director de la Cátedra de Sexología y Salud de la Universidad Europea del Atlántico.

Palabras clave: violencia sexual; consentimiento sexual; género; sexismo; mitos de la violación; guiones sexuales; prevención.

La violencia sexual no comienza necesariamente en el momento de una agresión. Con frecuencia, mucho antes de que exista una conducta sexual no consentida, se ha construido un escenario cultural que permite interpretarla, justificarla, minimizarla o incluso hacerla invisible. El feminismo denominó a este fenómeno **cultura de la violación**: un entramado de creencias, normas, representaciones y prácticas sociales que puede contribuir a normalizar la violencia sexual, desplazar la responsabilidad hacia las víctimas y dificultar el reconocimiento de determinadas conductas como violentas.

Utilizar este concepto no significa afirmar que todos los hombres sean agresores ni que toda interacción heterosexual esté atravesada por la violencia. Significa reconocer que las conductas individuales se producen dentro de contextos culturales que transmiten expectativas diferentes sobre hombres y mujeres, sobre quién debe iniciar el encuentro sexual, quién debe aceptar o rechazar y cómo deben interpretarse determinadas formas de deseo, resistencia o consentimiento. Esta perspectiva, desarrollada inicialmente por el pensamiento feminista, continúa siendo relevante para comprender la sexualidad contemporánea. [1] [2]

La magnitud del problema justifica que la sexología lo considere una cuestión propia y no exclusivamente jurídica o criminológica.

Las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud indican que casi una de cada tres mujeres ha experimentado a lo largo de su vida violencia física o sexual por parte de una pareja, violencia sexual por parte de una persona distinta de la pareja, o ambas.

Asimismo, se estima que 263 millones de mujeres de 15 años o más han sufrido violencia sexual por parte de una persona distinta de su pareja al menos una vez desde los 15 años.[3] En España, la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024 confirma la relevancia de la violencia sexual tanto dentro como fuera de la pareja y constituye la principal fuente estadística específica sobre esta realidad en nuestro país.[4]

Pero la cultura de la violación no se define por la prevalencia de las agresiones, sino por las condiciones culturales que pueden favorecer su tolerancia. Uno de sus componentes mejor estudiados son los **mitos de la violación**: creencias según las cuales una violación auténtica debe implicar resistencia física, el agresor suele ser un desconocido, determinadas conductas de la víctima pueden provocar o explicar la agresión o, de manera implícita, los hombres tendrían dificultades para controlar sus impulsos sexuales. Estas creencias no son inocuas.

Un metaanálisis reciente de 40 estudios y 12.283 participantes encontró asociaciones significativas entre sexismo, expectativas tradicionales de género y aceptación de mitos de la violación, por una parte, y mayor culpabilización de las víctimas, menor credibilidad otorgada a sus relatos, menor percepción de gravedad y trauma y menor atribución de responsabilidad al agresor, por otra.[5]

El problema adquiere una dimensión especialmente preocupante cuando la sociedad pregunta a la víctima cómo podría haber evitado la agresión: cómo iba vestida, cuánto había bebido, por qué acompañó al agresor, por qué no se marchó antes o por qué no denunció inmediatamente.

Estas preguntas pueden parecer destinadas a reconstruir los hechos, pero cuando desplazan el centro de atención desde la conducta de quien ejerció la violencia hacia la conducta de quien la sufrió, producen una inversión de la responsabilidad. La pregunta fundamental debería ser otra: **¿por qué se ignoró la voluntad de la otra persona?**

Esta cuestión conecta directamente con la construcción social de los **guiones sexuales**. Durante décadas, la investigación sexológica ha mostrado que las interacciones sexuales no son únicamente expresiones espontáneas del deseo, sino que están organizadas por expectativas aprendidas acerca de quién inicia, quién responde, qué conductas indican interés y cómo debe interpretarse un rechazo. La investigación reciente continúa mostrando que los guiones sexuales tradicionales pueden dificultar la comunicación explícita del consentimiento y favorecer situaciones de sexo no deseado o coercitivo. [6]

El guion heterosexual tradicional resulta particularmente revelador: el hombre inicia y persiste; la mujer responde y decide si acepta. En determinadas versiones de este guion, la insistencia masculina puede interpretarse como una manifestación normal de deseo y la resistencia femenina como una parte esperable del proceso de seducción.

Es precisamente aquí donde una conducta socialmente normalizada puede convertirse en un problema ético y social: **cuando el rechazo deja de ser entendido como una decisión que debe respetarse y pasa a convertirse en un obstáculo que debe superarse**.

Desde la sexología, cuestionar estos guiones no significa patologizar el deseo masculino ni considerar problemática la iniciativa sexual. Significa defender una sexualidad basada en la reciprocidad. El deseo de una persona no genera un derecho sobre otra persona, y la iniciativa no puede confundirse con autorización. La investigación cualitativa sobre negociación del consentimiento muestra que los guiones sexuales tradicionales continúan influyendo en la comunicación sexual, mientras que formas alternativas de interacción pueden favorecer una mayor agencia y una comunicación más explícita. [8]

Por ello, el consentimiento debe ocupar un lugar central en la educación sexual y en la práctica sexológica. No debería entenderse como un trámite añadido al encuentro sexual, sino como una dimensión dinámica de la interacción. Puede otorgarse para una práctica concreta y no para otra, modificarse durante el encuentro y retirarse en cualquier momento. La ausencia de resistencia física tampoco puede interpretarse automáticamente como consentimiento. La investigación contemporánea sobre cómo se define y mide el consentimiento muestra, precisamente, la complejidad de estas experiencias y la necesidad de superar modelos reducidos al consentimiento entendido como una respuesta binaria. [7]

Esta cuestión es particularmente importante en las relaciones de pareja. La existencia de una relación afectiva, de encuentros sexuales previos o incluso de un consentimiento anterior no constituye un consentimiento permanente. La violencia sexual puede producirse dentro de relaciones íntimas y su reconocimiento exige abandonar la idea de que la intimidad genera disponibilidad sexual. La Macroencuesta española de 2024 muestra, además, que una parte importante de la violencia sexual se produce en contextos de pareja y que su impacto puede prolongarse durante años.[4]

También debemos prestar atención a los medios de comunicación y a la pornografía. Sería científicamente incorrecto afirmar que el consumo de pornografía convierte a una persona en agresora. Sin embargo, tampoco resulta adecuado ignorar el papel potencial de determinados contenidos en la reproducción de guiones sexuales. Un metaanálisis de 32 estudios, con 12.016 participantes, encontró una asociación estadísticamente significativa entre consumo de medios y aceptación de mitos de la violación, siendo especialmente relevantes algunos contenidos pornográficos violentos. [8]

La conclusión nos debería llevar a la necesidad de desarrollar una alfabetización sexual y mediática: aprender a distinguir entre fantasía y realidad, entre representación y práctica, y entre una dinámica erótica consensuada y una conducta impuesta.

La prevención, por tanto, no puede consistir en enseñar a las mujeres cómo evitar situaciones potencialmente peligrosas. Una educación sexual integral debe enseñar a todas las personas a identificar sus límites, comunicar sus deseos, aceptar el rechazo, negociar prácticas sexuales y reconocer la ausencia de consentimiento. También debe cuestionar los modelos de masculinidad que asocian la virilidad con la conquista, la insistencia o la disponibilidad sexual constante.

La evidencia disponible indica, además, que los mitos pueden modificarse mediante intervenciones educativas.

Una revisión sistemática de 20 estudios sobre intervenciones dirigidas a reducir la aceptación de mitos de la violación encontró efectos favorables, especialmente en intervenciones que incorporaban información sobre los mitos, componentes de empatía y programas de formación de observadores.[9] Esto refuerza la necesidad de pasar de una prevención centrada exclusivamente en la conducta individual a intervenciones dirigidas también a las normas sociales y los contextos en los que se construye la sexualidad.

Aquí aparece la responsabilidad específica de la **sexología**. Si la sexología pretende comprender y promover una sexualidad saludable, placentera y

libre, no puede ignorar las relaciones de poder que atraviesan las experiencias sexuales. La sexualidad no ocurre en un vacío social. Está condicionada por el género, los aprendizajes, las expectativas culturales, las desigualdades y los modelos de relación. Una sexología científicamente rigurosa debe incorporar estos factores sin renunciar a la complejidad de la experiencia sexual ni reducirla a categorías exclusivamente clínicas.

Una perspectiva feminista tampoco implica considerar a los hombres como un grupo homogéneo de agresores ni negar que existan hombres víctimas de violencia sexual. Significa reconocer que la violencia sexual contra las mujeres presenta una dimensión estructural vinculada a las desigualdades de género y que los modelos culturales de masculinidad y feminidad pueden desempeñar un papel relevante en su mantenimiento. La evidencia contemporánea sobre sexismo y mitos de la violación refuerza la importancia de analizar estas variables. [5]

El reto consiste, en definitiva, en transformar los guiones sexuales. Pasar de una sexualidad organizada alrededor de la conquista a una sexualidad basada en la reciprocidad; de una cultura que enseña fundamentalmente a las mujeres a prevenir la violencia a otra que enseña a toda la sociedad a respetar los límites; y de una concepción del consentimiento como obstáculo a una comprensión del consentimiento como parte constitutiva del encuentro sexual.

La cultura de la violación no se combate únicamente después de una agresión. Se combate cada vez que dejamos de romantizar la insistencia después de un rechazo, cada vez que dejamos de culpabilizar a quien denuncia, cada vez que enseñamos que cambiar de opinión es legítimo y cada vez que construimos espacios en los que expresar un límite no implica miedo, vergüenza o represalias.

Por eso, la pregunta que debería interpelar especialmente a la sexología no es cómo enseñar a las mujeres a evitar una violación, sino **cómo construir una cultura sexual en la que nadie considere legítimo ignorar la voluntad de otra persona**.

Una sexualidad feminista no es una sexualidad menos libre. Es una sexualidad en la que la libertad se distribuye de manera igualitaria. Una sexualidad verdaderamente libre es aquella en la que todas las personas pueden desear, proponer, aceptar, rechazar, cambiar de opinión y establecer límites sin miedo.

Ese debería ser uno de los compromisos centrales de la sexología contemporánea: hacer del consentimiento, la autonomía corporal, la igualdad y el placer compartido no solamente principios éticos, sino condiciones esenciales de una sexualidad saludable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brownmiller S. Against our will: men, women, and rape. New York: Simon & Schuster; 1975.
2. Burt MR. Cultural myths and supports for rape. J Pers Soc Psychol. 1980;38(2):217-230. doi:10.1037/0022-3514.38.2.217.
3. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2023: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2025. doi:10.2471/9789240116962.
4. Ministerio de Igualdad. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024. Madrid: Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género; 2025.
5. Trottier D, Laviolette V, Tuzi I, Benbouriche M. The effect of gender role expectations, sexism, and rape myth acceptance on the social perception of sexual violence: a meta-analysis. Trauma Violence Abuse. 2025. doi:10.1177/15248380251343190.
6. Rittenhour K, Sauder M. Identifying the impact of sexual scripts on consent negotiations. J Sex Res. 2024;61(3):454-465. doi:10.1080/00224499.2023.2182266.
7. Anyadike-Danes N, Reynolds M, Armour C, Lagdon S. Defining and measuring sexual consent within the context of university students' unwanted and nonconsensual sexual experiences: a systematic literature review. Trauma Violence Abuse. 2023;25(1):231-245. doi:10.1177/15248380221147558.
8. Hedrick A. A meta-analysis of media consumption and rape myth acceptance. J Health Commun. 2021;26(9):645-656. doi:10.1080/10810730.2021.1986609.
9. Hudspith LF, Wager N, Willmott D, Gallagher B. Forty years of rape myth acceptance interventions: a systematic review of what works in naturalistic institutional settings and how this can be applied to educational guidance for jurors. Trauma Violence Abuse. 2023;24(2):981-1000. doi:10.1177/15248380211050575.

Todo *vuelve*

Energía, vitalidad y libido

Descubre que fórmula es para ti

WEB

Himafem BOOST

Para **todas las edades** con baja libido.



C.N.:225666.8

- Impulso del deseo y la satisfacción
- Mejora la experiencia y la exitación
- Aporta energía y vitalidad
- Mejora el bienestar emocional

SABOR SUAVE **A LIMÓN**

Himafem ORIGINAL

Para mujeres **peri/menopaúsicas** con sofocos y baja libido.



C.N.:220237.5

- Reducción progresiva de sofocos
- Aumenta el deseo y la exitación sexual
- Aporta energía y vitalidad
- Apoya el equilibrio hormonal

EQUALITY PHARMA

Equality Pharma Solutions S.L.
Calle Castillo de Aulencia 30,
Villafranca del Castillo, 28692, Spain.
Tel. +34 654 57 80 95
consultas@himafem.com

COMENTARIO ORIGINAL

¿Cómo sabe una mujer si una relación sexual con su pareja fue consentida o estuvo mediada por coerción?

How does a woman know whether sex with her partner was consensual or involved sexual coercion?

Felipe Hurtado Murillo

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

¿Cómo sabe una mujer si una relación sexual con su pareja fue consentida o estuvo mediada por coerción? Esta pregunta, más clínica que retórica, atraviesa el trabajo de Pons-Salvador, Martínez-Sanz y Mañas-Viejo (2026) sobre violencia sexual ejercida por la pareja masculina en relaciones heterosexuales. Su aportación parte de un hecho crucial para la sexología: la dificultad de muchas mujeres para nombrar lo vivido como "violencia sexual" cuando la coerción se presenta sin golpes ni una agresión "de manual", y cuando entran en juego mitos, guiones sexuales y creencias normalizadoras, como la idea del "deber" conyugal o que en una relación estable el consentimiento se presupone.

El estudio analiza hasta qué punto cambia la identificación de la violencia cuando, en lugar de preguntar por "violencia sexual" en abstracto, se exploran conductas concretas de coerción sexual. Para ello, las autoras utilizan la Entrevista semiestructurada para la exploración de la violencia sexual sobre las mujeres en la relación de pareja (EVS), centrada en las características y circunstancias de la coerción dentro de la relación.

Los resultados son tan clínicamente útiles como inquietantes. Entre las mujeres que reconocieron coerción sexual en la EVS, solo la mitad había identificado previamente esos episodios como violencia sexual, y tendían a vincularla a situaciones con agresión física, golpes a objetos o gritos. La otra mitad solo reconoció esas experiencias como violencia sexual cuando se les preguntó de forma directa si su pareja las había forzado o coaccionado sexualmente; en estos casos predominaban formas de coerción sin agresión física, como las amenazas o el chantaje.

El estudio ilumina un punto especialmente relevante para la práctica sexológica: la coerción sexual puede incluir una participación pasiva o incluso activa bajo presión, a veces como estrategia para que la situación termine cuanto antes, minimizar el conflicto o evitar consecuencias relacionales. Esa participación puede alimentar la duda: "si participé, ¿entonces cuenta?". A ello se suma otra confusión frecuente: haber tenido relaciones sexuales consentidas con la pareja en el pasado no implica que exista consentimiento en un encuentro concreto.

La implicación para la sexología clínica, educativa y forense es inmediata: si esperamos que la persona

CORRESPONDENCIA:

Felipe Hurtado Murillo
Centro de Salud "Fuente San Luis",
Calle Arabista Ambrosio Huici, 30,
46013 Valencia.
felipehurtadomurillo@gmail.com

utilice espontáneamente la etiqueta "violencia sexual", podemos dejar sin identificar una parte relevante del fenómeno. En cambio, formular preguntas conductuales sobre presión insistente, culpabilización, miedo a represalias emocionales, amenazas o chantaje puede ayudar a detectar experiencias que de otro modo quedan normalizadas, invisibilizadas o minimizadas. Es un artículo especialmente valioso cuando se trabaja sobre consentimiento, deseo, guiones sexuales, dificultades sexuales asociadas a experiencias coercitivas y relatos ambivalentes en los que aparece más el "cedí" que el "me obligó".

BIBLIOGRAFÍA

1. Pons-Salvador, G., Martínez-Sanz, A., & Mañas-Viejo, C. (2026). Heterosexual Partner Sexual Violence: Identifying Women Victims Through Questions on Sexual Coercion. Journal of Interpersonal Violence, 41(1-2), 419-443. Publicación electrónica: 16 de enero de 2025. https://doi.org/10.1177/08862605241311614
2. Martínez Sanz, A., Mañas Viejo, C., & Pons-Salvador, G. (2016). Entrevista semiestructurada para la exploración de la violencia sexual sobre las mujeres en la relación de pareja (EVS). Información Psicológica, 111, 18-34. https://doi.org/10.14635/IPSIC.2016.111.7

ARTÍCULO ORIGINAL

Consumo de pornografía en población adulta argentina: patrones de acceso, ambivalencia emocional e impacto subjetivo en la era digital

Pornography consumption among the adult population of Argentina: access patterns, emotional ambivalence, and subjective impact in the digital age

Artaza Toro G, Balma C, Carabajal O, Díaz M, Forni J, Salerno N

Universidad Victoria-Gasteiz, Euneiz, España

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los patrones de consumo de pornografía en población adulta argentina, considerando modalidades de acceso, frecuencia de consumo, motivaciones, emociones asociadas e impacto subjetivo en la vida cotidiana. Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo transversal mediante una encuesta online anónima autoadministrada. La muestra no probabilística estuvo compuesta por 690 personas adultas residentes en Argentina, de las cuales 569 refirieron haber consumido contenidos sexuales explícitos alguna vez. Los resultados muestran que el inicio del acceso a contenidos sexuales explícitos se concentra predominantemente entre los 9 y 18 años, siendo internet y las plataformas digitales los principales medios de contacto inicial. Las motivaciones más frecuentes estuvieron vinculadas al autoerotismo, la búsqueda de placer y la curiosidad.

Asimismo, se identificó una ambivalencia emocional asociada al consumo de pornografía, caracterizada por la coexistencia de placer, excitación y curiosidad junto con vergüenza, culpa, miedo, nerviosismo y sentimientos de inadecuación. Aunque la mayoría de los participantes no percibió consecuencias negativas significativas en su vida cotidiana, el 11,1% de la muestra reportó interferencias en actividades académicas, laborales, vinculares y sexoafectivas, mientras que un 21,8% refirió posibles interferencias parciales asociadas al consumo. Los hallazgos sugieren que el consumo de pornografía constituye un fenómeno heterogéneo atravesado por dimensiones tecnológicas, culturales, generacionales y subjetivas. Asimismo, aportan evidencia sobre la relevancia de desarrollar abordajes integrales desde la salud mental, la sexología clínica y la Educación Sexual Integral (ESI), evitando tanto perspectivas moralizantes como interpretaciones simplificadoras del fenómeno.

Palabras clave: sexualidad digital, pornografía, autoerotismo, salud mental, Educación Sexual Integral.

CORRESPONDENCIA:

Gabriela Artaza Toro
Universidad Victoria-Gasteiz,
Euneiz,
España

1. INTRODUCCIÓN

1.Sexualidad digital y transformaciones culturales contemporáneas

La expansión de internet, las redes sociales y los dispositivos móviles han transformado profundamente las modalidades contemporáneas de exploración de la sexualidad. La digitalización de la experiencia erótica ha favorecido la circulación masiva de contenidos sexuales explícitos, configurando nuevas formas de

exploración del deseo, el autoerotismo, comportamientos e interacciones tecnosexuales.

Diversas investigaciones internacionales han señalado que el acceso a contenidos sexuales online se ha vuelto cada vez más frecuente en edades tempranas, especialmente a partir de la generalización de dispositivos con conexión permanente a internet. Como ha señalado Cooper (1998), el entorno digital favorece el consumo de contenidos sexuales a través de condiciones de accesibilidad y anonimato sin precedentes. A ello se suma la inmediatez propia de las tecnologías contemporáneas, que permiten el acceso prácticamente instantáneo a una cantidad ilimitada de material sexual explícito. La posibilidad de acceder de forma gratuita y constante a contenidos sexuales explícitos modifica las formas de exploración sexual, las prácticas autoeróticas y las modalidades de construcción de imaginarios sexuales.

No obstante, el consumo de contenidos pornográficos constituye un fenómeno complejo y heterogéneo que no puede ser reducido únicamente a perspectivas patologizantes ni interpretado exclusivamente desde marcos moralizantes. La experiencia subjetiva asociada a este consumo presenta importantes variaciones según género, contexto sociocultural, trayectorias vitales, frecuencia de uso, regulación emocional y significados atribuidos a la sexualidad.

2.Acceso temprano a contenidos sexuales explícitos

Diversas investigaciones internacionales coinciden en señalar una tendencia sostenida hacia el acceso cada vez más temprano a contenidos pornográficos en entornos digitales. Estudios realizados en Europa y América Latina sitúan la edad de exposición inicial entre los 9 y 12

años, favorecida por la expansión de dispositivos móviles con conexión permanente a internet y por la creciente disponibilidad de contenidos sexuales online (Save the Children, 2020; UNIR, 2023).

Este fenómeno adquiere especial relevancia en contextos donde persisten dificultades para el diálogo familiar sobre sexualidad o limitaciones en el acceso a propuestas educativas integrales. En estas circunstancias, la pornografía puede constituirse en una fuente informal de información sobre sexualidad, influyendo en la construcción de expectativas, creencias y significados que históricamente eran transmitidos por la familia, la escuela o los servicios de salud. (Centro Reina Sofía/ FAD Juventud, 2023).

Desde una perspectiva sociocultural, diversos autores han señalado que la pornografía comercial contemporánea no sólo ocupa un lugar relevante en la circulación de información sobre sexualidad, sino que también transmite modelos específicos de interacción erótica y vincular Algunos estudios sugieren que una proporción significativa de estos contenidos reproduce representaciones estereotipadas de género, jerarquías de poder y formas de interacción que pueden diferir de la complejidad de las relaciones afectivas cotidianas (Dines, 2010; Cobo, 2020). En consecuencia, la exposición temprana y reiterada a estos materiales podría contribuir a la configuración de significados y representaciones sobre la sexualidad durante etapas sensibles del desarrollo subjetivo.

3.Pornografía, género y regulación cultural del deseo

La sexualidad no constituye únicamente una experiencia biológica o individual, sino también una construcción histórica, cultural y política atravesada por relaciones de poder (Foucault, 1976). En América Latina, diversos autores han señalado que la sexualidad femenina ha estado históricamente regulada por estructuras patriarcales, mandatos de género y tradiciones morales que han delimitado socialmente las formas legítimas de expresar el deseo, el placer y la autonomía sexual de las mujeres (Lagarde, 1996; Segato, 2016).

Diversas autoras feministas y sexólogas han señalado que el deseo femenino fue frecuentemente invisibilizado, subordinado o regulado a partir de modelos centrados en la sexualidad masculina. En esta línea, Marcela Lagarde (1996) describe cómo los mandatos de género han condicionado históricamente la autonomía de las mujeres respecto de sus cuerpos y deseos, mientras que Ana María Fernández (1993) advierte que las significaciones imaginarias sociales contribuyen a producir subjetividades atravesadas por restricciones diferenciales según el género. Del mismo modo, Herrera Gómez (2018) ha analizado cómo los discursos culturales sobre el amor, la feminidad y la sexualidad continúan reproduciendo expectativas normativas que condicionan la vivencia del placer y las relaciones afectivas del género femenino.

Desde una perspectiva sexológica, autoras como Hite (1976) y Dodson (1987) cuestionaron la histórica invisibilización del placer femenino y reivindicaron el autoerotismo y el autoconocimiento corporal como dimensiones legítimas de la salud sexual.

En este marco, la internalización de guiones sexuales asimétricos puede operar bajo la lógica del habitus y de la violencia simbólica (Bourdieu, 2000), proceso mediante el cual las estructuras de dominación social se inscriben en la corporalidad y naturalizan relaciones de poder preexistentes. En consonancia con la premisa de Beauvoir (1949/2019), estas formas de regulación contribuyen a la construcción cultural y contingente de

los géneros, históricamente atravesada por mecanismos de vigilancia y subordinación del deseo.

En el ecosistema digital contemporáneo, estas dinámicas pueden adquirir nuevas formas de expresión. Segato (2018) advierte que determinados productos culturales pueden funcionar como una "pedagogía de la crueldad", favoreciendo procesos de cosificación y pérdida de empatía hacia el otro. Asimismo, Butler (2007) señala que la repetición de representaciones normativas contribuye a estabilizar determinadas formas de inteligibilidad genérica. Desde esta perspectiva, la pornografía comercial puede constituirse en uno de los múltiples dispositivos culturales que participan en la producción y reproducción de imaginarios sexuales, roles de género y modelos relacionales contemporáneos.

Las emociones asociadas a la sexualidad no pueden comprenderse exclusivamente como experiencias individuales, sino también como producciones subjetivas configuradas por discursos culturales, religiosos, educativos y de género (Foucault, 1976). En este sentido, diversas autoras feministas han señalado que emociones como la culpa, la vergüenza y otras formas de malestar sexual han afectado históricamente de manera diferencial a mujeres y varones, en función de los mandatos y expectativas de género.

4.Educación Sexual Integral (ESI) y sexualidad digital

La expansión de las tecnologías digitales ha transformado profundamente los modos en que adolescentes y jóvenes acceden a información construyen significados y desarrollan experiencias vinculadas con la sexualidad. Redes sociales, plataformas audiovisuales, aplicaciones de mensajería, contenidos sexuales explícitos e inteligencia artificial conforman actualmente un ecosistema sociotécnico que participa activamente en los procesos de socialización, construcción identitaria y aprendizaje sexual contemporáneo (Balaguer, 2013; Sibilia, 2008; Winocur, 2019).

En este contexto, la Educación Sexual Integral (ESI), establecida en Argentina mediante la Ley 26.150 (2006), adquiere un papel fundamental al promover capacidades vinculadas con el pensamiento crítico, el autocuidado, el consentimiento, la equidad de género y el respeto por la diversidad. Desde esta perspectiva, la ESI favorece una comprensión contextualizada de los mensajes, valores y representaciones que circulan en los entornos digitales, permitiendo problematizar tanto sus potencialidades como sus riesgos. Asimismo, ofrece un marco conceptual especialmente relevante para analizar críticamente las representaciones sexuales que circulan en dichos entornos, incluyendo los contenidos pornográficos. En este escenario, resulta pertinente generar evidencia empírica que permita comprender la manera en que se configura el consumo de pornografía en la población adulta y las experiencias subjetivas asociadas a este fenómeno. En consecuencia, el presente estudio tuvo como objetivo analizar los patrones de consumo de contenidos pornográficos en población adulta argentina, considerando las modalidades de acceso, las motivaciones de consumo, las emociones asociadas, el impacto subjetivo percibido y las posibles interferencias en la vida cotidiana y los vínculos.

2 MÉTODO DISEÑO

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal mediante una encuesta anónima autoadministrada. La encuesta fue distribuida tanto de manera online, a través de códigos QR y enlaces digitales difundidos en redes sociales y otros medios de comunicación digital, como de forma presencial en espacios académicos, jornadas científicas y congresos.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 690 personas adultas residentes en Argentina que aceptaron participar voluntariamente del estudio. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Del total de participantes, 462 (67,0%) se identificaron como mujeres, 223 (32,3%) como varones y 5 (0,7%) no consignaron esta variable.

En relación con el nivel educativo, 556 participantes (80,6%) reportaron formación universitaria, 75 (10,9%) formación terciaria y el resto otros niveles educativos.

La inclusión exclusiva de personas mayores de edad respondió a criterios éticos vinculados a la investigación sobre sexualidad digital. El diseño retrospectivo permitió relevar experiencias de acceso temprano y trayectorias de consumo a partir de los relatos de participantes adultos.

Instrumento

Se utilizó una encuesta estructurada elaborada específicamente para el presente estudio, compuesta por preguntas cerradas y semiestructuradas orientadas a relevar variables sociodemográficas, edad de inicio del consumo, modalidades de acceso, frecuencia de uso, motivaciones, emociones asociadas, incorporación de prácticas observadas en contenidos sexuales explícitos, percepción de impacto e interferencias en distintas áreas de la vida cotidiana.

Consideraciones éticas

La participación fue voluntaria, anónima y no remunerada. Antes de acceder al cuestionario, los

participantes recibieron información detallada acerca de los objetivos, alcances y características de la investigación, así como sobre la confidencialidad de los datos y el uso exclusivamente académico y científico de la información recolectada.

Posteriormente, debían expresar su consentimiento informado mediante una pregunta específica de aceptación. Aquellas personas que no otorgaban su consentimiento no podían continuar con la encuesta. La información fue tratada de manera agregada, preservando en todo momento el anonimato de los participantes.

3 RESULTADOS CONSUMO DE PORNOGRAFÍA

Del total de encuestados, 569 participantes informaron haber consumido pornografía al menos una vez en su vida, mientras que 121 señalaron no haber tenido experiencias de consumo. Por tal motivo, los análisis posteriores vinculados a las características del consumo se realizaron exclusivamente sobre quienes reportaron haber accedido a contenidos pornográficos.

Acceso temprano a contenido pornográficos

Los resultados muestran que el primer acceso a contenidos pornográficos se produjo predominantemente durante la minoría de edad. Del total de participantes que reportaron haber consumido pornografía, el 4,4% indicó haber tenido su primer contacto entre los 4 y 8 años, el 31,5% entre los 9 y 12 años y el 41,5% entre los 13 y 18 años. En conjunto, el 77,4% de los participantes reportó haber accedido por primera vez a contenidos pornográficos antes de alcanzar la mayoría de edad.

Si bien la adolescencia constituyó el período de inicio más frecuente, resulta especialmente relevante observar que el 35,9% de los participantes reportó haber accedido a estos contenidos durante la niñez (4 a 12 años). Dentro de este grupo, un 4,4% refirió exposiciones entre los 4 y los 8 años, lo que evidencia la presencia de contactos con material sexualmente explícito en etapas evolutivas tempranas.

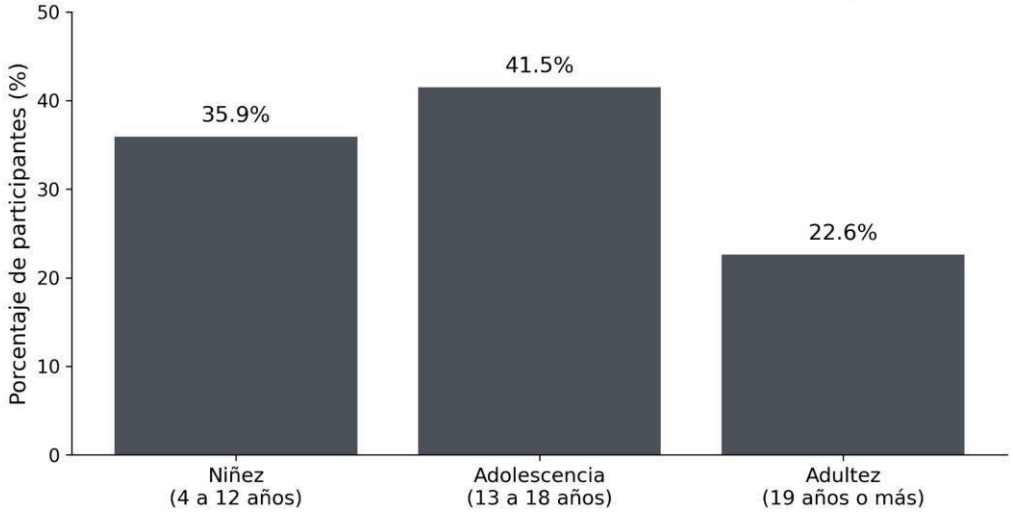
Estos resultados sugieren que el acceso a contenidos sexuales explícitos constituye una experiencia frecuente y temprana para una proporción significativa de los participantes, produciéndose mayoritariamente antes de la adultez.

Medios y modalidades de acceso inicial

Internet constituyó el principal medio de acceso inicial a la pornografía, siendo referido por el 49,1% de los participantes. En segundo lugar, se ubicaron los materiales audiovisuales (38,2%) y los medios gráficos (24,9%). Asimismo, las modalidades de acceso más frecuentes corresponden a la curiosidad personal y a la inducción por pares.

Estos resultados sugieren que el primer contacto con contenidos sexuales explícitos suele producirse en contextos informales de exploración y socialización, donde tanto los entornos digitales como las interacciones

Figura 1
Edad reportada de primer acceso a contenidos pornográficos



Nota. El ítem del cuestionario fue: "¿Cuándo fue la primera vez que tuviste acceso a la pornografía?". Los porcentajes fueron calculados sobre participantes que reportaron haber consumido pornografía alguna vez (n = 569). Para la presentación de resultados, las categorías originales fueron agrupadas en tres etapas del curso vital: niñez, adolescencia y adultez. Fuente: elaboración propia.

entre pares desempeñan un papel relevante. En este sentido, internet no constituye únicamente una vía de acceso a dichos contenidos, sino

también un espacio de circulación de representaciones, guiones sexuales y modelos vinculares que participan en la construcción de conocimientos y expectativas sobre la sexualidad.

En conjunto, estos hallazgos permiten considerar a los entornos digitales como actores relevantes en los procesos contemporáneos de socialización sexual. La exposición a contenidos sexuales explícitos se produce en un contexto más amplio de circulación de discursos, representaciones y modelos relacionales que participan en la construcción de conocimientos, expectativas y creencias sobre la sexualidad. Este escenario refuerza la importancia de promover herramientas de alfabetización digital y Educación Sexual Integral que favorezcan una lectura crítica de dichos contenidos.

Frecuencia del consumo de pornografía

Los análisis descriptivos evidenciaron que los participantes presentan percepciones heterogéneas respecto de los efectos de la pornografía (Tabla 1). Mientras algunos la vinculan con placer, activación sensorial y entretenimiento, otros reportan efectos negativos relacionados con culpa, malestar, pérdida de tiempo y posibles dificultades vinculares. Asimismo, la percepción de perjuicio tendió a incrementarse en participantes con mayores frecuencias de consumo. En términos generales, los datos sugieren una experiencia subjetiva ambivalente respecto del impacto de la pornografía en la vida personal y el bienestar general.

Motivaciones de consumo y significados atribuidos a la pornografía

Los resultados evidencian un patrón de consumo heterogéneo, donde coexisten motivaciones vinculadas al placer sexual, el autoerotismo, la curiosidad y la exploración personal. El 60,1% de la muestra indicó utilizar la pornografía para masturbarse, el 39,2% para buscar placer o excitación sexual y el 22,7% por curiosidad.

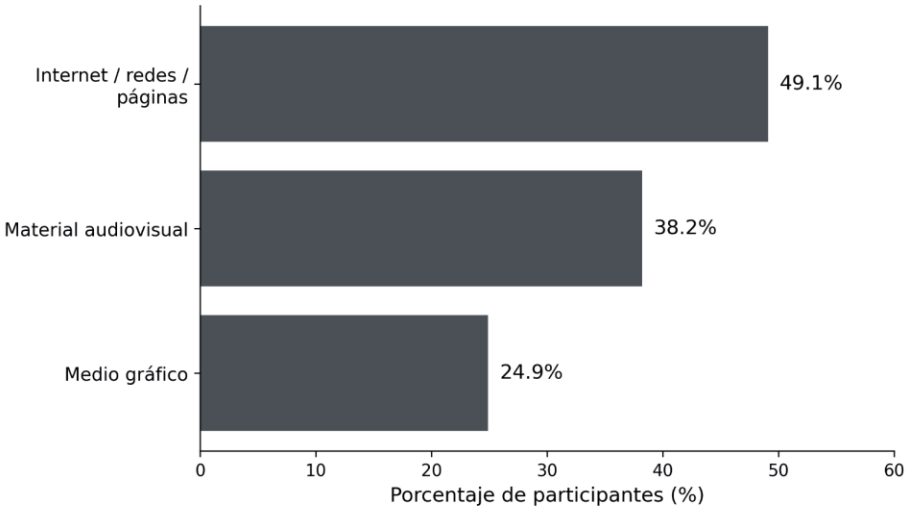
Tabla 1

Percepción de efectos de la pornografía según frecuencia actual de consumo

Frecuencia de consumo	No perjudicó	Sí perjudicó	Tal vez	Total
Nunca	89 (82,4%)	5 (4,6%)	14 (13,0%)	108
Ocasionalmente	194 (70,3%)	27 (9,8%)	54 (19,6%)	275
1 vez por semana	48 (64,9%)	8 (10,8%)	17 (23,0%)	74
3 veces por semana	24 (53,3%)	7 (15,6%)	14 (31,1%)	45
Más de 3 veces por semana	12 (38,7%)	7 (22,6%)	12 (38,7%)	31
Todos los días	10 (38,5%)	6 (23,1%)	10 (38,5%)	26
Varias veces por día	4 (44,4%)	3 (33,3%)	2 (22,2%)	9

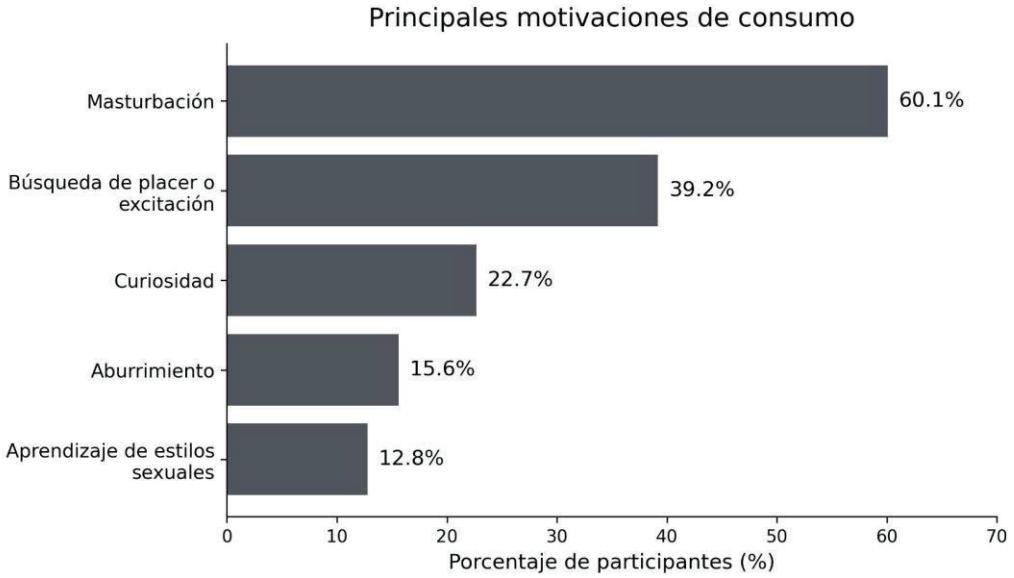
Nota. *Elaboración propia.*

Figura 2
Principales medios de acceso inicial



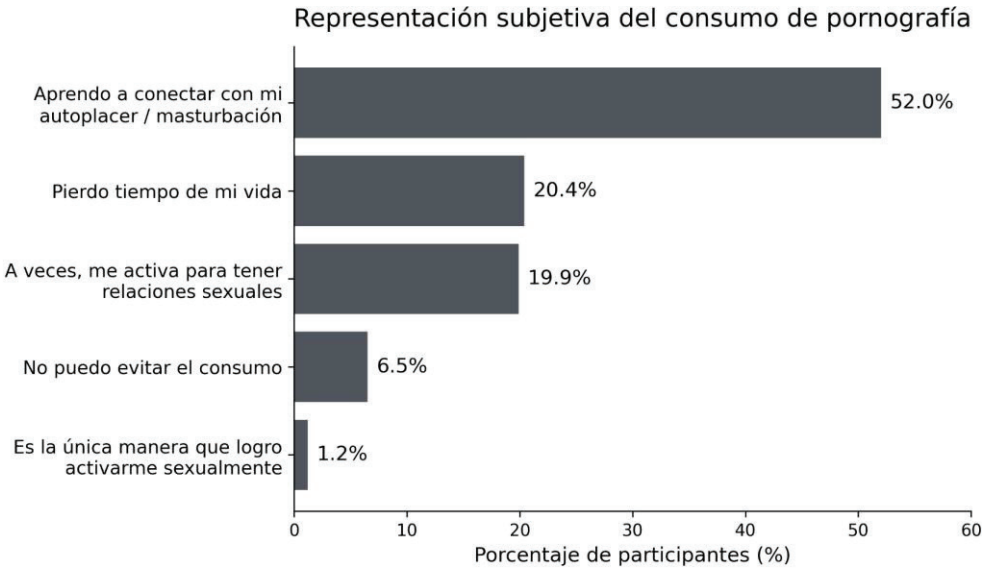
Nota. El ítem del cuestionario fue: "¿A través de qué medio comenzaste a ver pornografía?". Los porcentajes fueron calculados sobre participantes que reportaron haber consumido pornografía alguna vez (n = 569). Respuestas no excluyentes; los porcentajes no suman 100%. Se presentan los tres medios de acceso inicial más frecuentes. Fuente: elaboración propia.

Figura 3



Nota. El ítem del cuestionario fue: "¿Cuál es tu motivo principal para ver pornografía?". Los porcentajes fueron calculados sobre participantes que reportaron haber consumido pornografía alguna vez (n = 569). Respuestas no excluyentes; los porcentajes no suman 100%. Se presentan las cinco motivaciones más frecuentes. Fuente: elaboración propia.

Figura 4



Nota. El ítem del cuestionario fue: "¿Qué opción te representa más? El porno: ...". Los porcentajes fueron calculados sobre participantes que reportaron haber consumido pornografía alguna vez (n = 569). Se trata de una pregunta de opción única; por este motivo, los porcentajes suman 100%. Fuente: elaboración propia.

Además de las motivaciones de consumo, se indagaron los significados atribuidos a la pornografía (Figura 4). En este sentido, el 52% manifestó que la pornografía le permite conectar con su autoplacer y su masturbación, mientras que el 20,4% consideró que pierde el tiempo mirando pornografía y el 19,9% señaló que la consume para activarse sexualmente antes de tener relaciones.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que la pornografía ocupa funciones diversas: para una parte significativa de la muestra se vincula con el autoerotismo, la búsqueda de placer y la exploración sexual individual, mientras que para otros participantes aparece asociada a valoraciones más críticas o ambivalentes. Asimismo, los datos permiten pensar su lugar como fuente informal de información sobre sexualidad, especialmente en contextos donde la Educación Sexual Integral (ESI) resulta insuficiente o limitada.

Emociones asociadas al consumo de pornografía y la ambivalencia afectiva

Las emociones más frecuentes reportadas en el primer acercamiento a la pornografía fueron la vergüenza 37,2%, el placer 33,5% y el nerviosismo 31,4%, seguidas por la culpa 22,0% y el asco 14,1% (Figura 5). En menor medida, se registraron emociones como miedo, curiosidad y relajación, así como un conjunto heterogéneo de respuestas abiertas de baja frecuencia. Uno de los hallazgos más relevantes refiere a la coexistencia de emociones positivas y negativas asociadas al consumo.

Los participantes reportaron simultáneamente placer, curiosidad y excitación junto con vergüenza, culpa, miedo, nerviosismo, rechazo o asco.

Esta configuración emocional ambivalente sugiere que el consumo de contenidos sexuales explícitos no puede ser comprendido únicamente como una práctica orientada a la gratificación sexual, sino como una experiencia subjetiva compleja atravesada por tensiones culturales, procesos de regulación moral y conflictos vinculados al deseo.

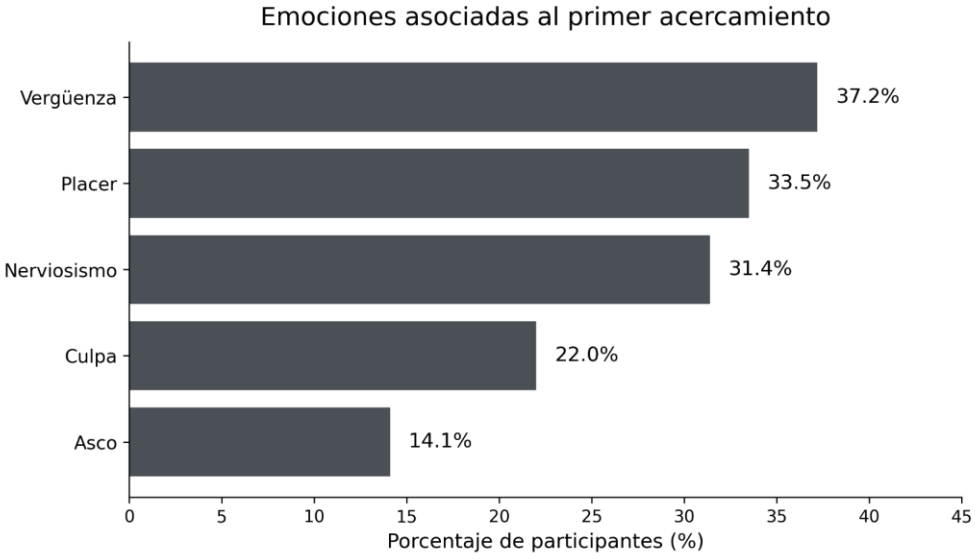
En el caso de las mujeres, estas emociones podrían vincularse también con procesos históricos de regulación cultural de la sexualidad femenina presentes en gran parte de América Latina.

La coexistencia entre placer y culpa observada en parte de la muestra de mujeres podría interpretarse como expresión de tensiones subjetivas asociadas al silenciamiento histórico del autoerotismo y del autoconocimiento corporal femenino.

Impacto en la vida cotidiana y percepción de perjuicio

La mayoría de los participantes no reportó consecuencias negativas significativas asociadas al consumo. No obstante, un subgrupo relevante manifestó haber postergado actividades académicas, laborales, vinculares o familiares debido al consumo de contenidos sexuales explícitos. Asimismo, se observó que la percepción subjetiva de perjuicio aumentaba conforme

Figura 5



Nota. El ítem del cuestionario fue: "¿Qué emociones, sensaciones y/o sentimientos tuviste en tu primer acercamiento a la pornografía?". Los porcentajes fueron calculados sobre participantes que reportaron haber consumido pornografía alguna vez (n = 569). Respuestas no excluyentes; los porcentajes no suman 100%. Se presentan las cinco emociones, sensaciones o sentimientos más frecuentes. Fuente: elaboración propia.

se incrementa la frecuencia de consumo.

Estos hallazgos sugieren que el consumo sexual digital presenta trayectorias heterogéneas y que la frecuencia elevada podría asociarse a mayores niveles de interferencia subjetiva o problematización personal. Sin embargo, los resultados no permiten establecer relaciones causales directas ni interpretar automáticamente la frecuencia de consumo como indicador suficiente de patología.

El 61,7% de la muestra no intenta copiar las escenas que produce el porno en sus prácticas sexuales. El 33,2% manifiesta que lo hace a veces, mientras que sólo el 5,1% refiere que intentan reproducir el argumento.

Por otra parte, se indagaron las posibles consecuencias autopercibidas del consumo de pornografía (Figura 6), referidas a conductas. Al respecto, El 84,7% de la muestra refiere no haber pospuesto actividades cotidianas por consumir pornografía. El 11,6% pospuso el estudio; el 4,6%, un vínculo sexo afectivo; el 4,2%, el trabajo; el 3,7% la socialización con amigos/as; y el 2,1%, la vida familiar.

4 DISCUSIÓN

Sexualidad digital y acceso temprano en contextos contemporáneos

Los resultados obtenidos muestran importantes convergencias con investigaciones internacionales sobre sexualidad digital y consumo de contenidos pornográficos. Diversos estudios han señalado que el primer contacto con la pornografía suele producirse durante la niñez o la adolescencia, principalmente mediante dispositivos con acceso a internet (Centro Reina Sofía y FAD Juventud, 2023; Dale Una Vuelta, 2019; Save the Children, 2020; UNICEF, 2021).

En la presente investigación, el 77,4% de quienes reportaron haber consumido pornografía señaló haber accedido por primera vez a estos contenidos siendo menor de edad.

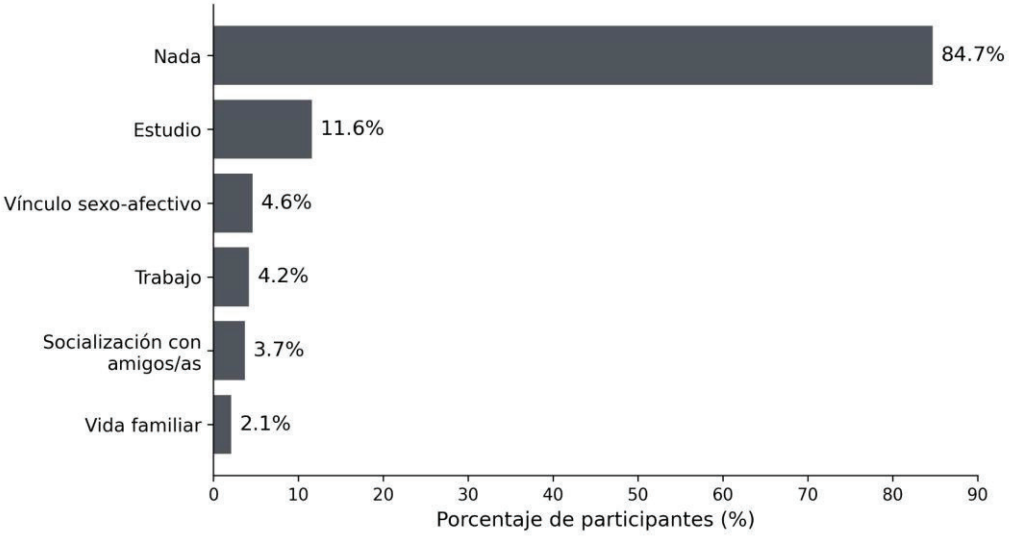
Estos hallazgos refuerzan la evidencia disponible acerca de la progresiva anticipación de la exposición a contenidos pornográficos y sugieren que internet y las plataformas digitales ocupan actualmente un lugar cada vez más relevante en la construcción de significados, expectativas y representaciones sobre la sexualidad.

Resulta llamativo que, aun tratándose de una encuesta anónima dirigida exclusivamente a población adulta, durante su difusión se registraran dificultades para su circulación en algunos espacios debido a la presencia explícita del término "pornografía" en el título del instrumento. Aunque esta observación no constituye un resultado del estudio, sugiere que persisten resistencias, incomodidades o estigmas asociados al abordaje público de la sexualidad y del consumo de contenidos pornográficos, incluso en contextos caracterizados por una creciente disponibilidad de estos materiales.

Pornografía como agente de socialización sexual informal

Los hallazgos sugieren que una proporción significativa de participantes atribuye al consumo de pornografía

Figura 6
Actividades cotidianas postergadas por consumo de pornografía



Nota. El ítem del cuestionario fue: "¿Has pospuesto alguna actividad cotidiana por consumir pornografía?". Los porcentajes fueron calculados sobre participantes que reportaron haber consumido pornografía alguna vez (n = 569). Respuestas no excluyentes; los porcentajes no suman 100%. Fuente: elaboración propia.

funciones vinculadas al conocimiento, la exploración y la búsqueda de información sobre sexualidad. Estos resultados permiten considerar a la pornografía como un agente de socialización sexual informal (Dines, 2010) que coexiste con otras fuentes de aprendizaje, tales como la familia, la escuela, los grupos de pares y los medios de comunicación.

Este fenómeno adquiere especial relevancia en contextos donde persisten dificultades para abordar abierta y sistemáticamente la sexualidad desde perspectivas educativas integrales. En tales circunstancias, la pornografía puede convertirse en una fuente accesible de información sobre comportamientos sexuales, aunque frecuentemente transmite representaciones parciales, estereotipadas o escasamente contextualizadas.

Desde esta perspectiva, los resultados refuerzan la importancia de la Educación Sexual Integral (ESI) como herramienta para promover el pensamiento crítico y favorecer el pensamiento crítico respecto los contenidos sexuales que circulan en los entornos digitales. El desafío no consiste únicamente en regular el acceso a dichos contenidos, sino también en desarrollar competencias que permitan analizarlos, interpretarlos y problematizarlos reflexivamente.

Ambivalencia emocional y regulación cultural del deseo

Uno de los hallazgos más relevantes de la investigación refiere a la coexistencia de emociones positivas y negativas asociadas al consumo de pornografía. Placer, excitación y curiosidad aparecieron frecuentemente junto con culpa, vergüenza, miedo y sentimientos de inadecuación (Foucault, 1976).

Esta ambivalencia emocional coincide con investigaciones previas que describen experiencias subjetivas complejas frente a los contenidos sexuales explícitos, particularmente cuando estos entran en tensión con valores personales, religiosos o culturales. En este sentido, las emociones asociadas al consumo no pueden comprenderse exclusivamente como efectos directos de la pornografía, sino también como expresiones subjetivas atravesadas por procesos históricos, culturales y educativos más amplios.

En América Latina, la sexualidad continúa inscripta en tradiciones culturales que han regulado diferencialmente las expresiones del deseo y del placer. Diversas autoras han señalado que los procesos de construcción de la subjetividad sexual se encuentran atravesados por mandatos de género, ideales normativos y formas de regulación social que condicionan las experiencias eróticas (Fernández, 1993; Lagarde, 1996). Desde esta perspectiva, sentimientos de culpa o vergüenza vinculados al autoerotismo pueden interpretarse no sólo como respuestas individuales, sino también como manifestaciones de procesos históricos de regulación moral de la sexualidad (Beauvoir, 1949/2019; Fernández, 1993; Lagarde, 1996).

Frecuencia de consumo y percepción de impacto negativo

Si bien la mayoría de los participantes no percibió consecuencias negativas significativas asociadas al consumo de pornografía, la percepción de perjuicio aumentó en los niveles de consumo más frecuentes. Entre las dificultades mencionadas se identificaron pérdida de tiempo, interferencias vinculares, disminución del rendimiento académico o laboral y sensaciones subjetivas de pérdida de control.

No obstante, estos hallazgos deben interpretarse con cautela. La frecuencia de consumo, por sí sola, no permite establecer la presencia de un trastorno ni constituye un indicador suficiente de comportamiento sexual compulsivo. Los resultados sugieren la necesidad de considerar variables vinculadas con la regulación emocional, la funcionalidad del comportamiento, el malestar subjetivo, los contextos de vida y los significados atribuidos al consumo.

5 CONCLUSIONES

La presente investigación aporta evidencia empírica fundamental sobre el consumo de pornografía en la población adulta argentina, visibilizando un fenómeno complejo que trasciende la mera práctica individual para configurarse como un hecho tecnológico, sociocultural y subjetivo. Los hallazgos permiten concluir que el acceso a contenidos pornográficos se ha consolidado como una experiencia marcadamente temprana y digitalizada, mediada por las condiciones de accesibilidad y anonimato propias del ecosistema virtual contemporáneo (Cooper, 1998). Cuando la información sobre sexualidad no encuentra espacios suficientes de elaboración en la familia, la escuela o los servicios de salud, internet suele convertirse en una fuente privilegiada de información. En consecuencia, los contenidos que circulan en plataformas digitales adquieren una influencia significativa en la construcción de expectativas, creencias y significados asociados a la sexualidad.

Uno de los hallazgos más relevantes refiere al acceso temprano a estos contenidos. El hecho de que el 77,4% de los participantes reportara haber accedido a la pornografía siendo menor de edad, y que más de un tercio lo hiciera durante la niñez, pone de manifiesto la creciente relevancia de los entornos digitales en los procesos contemporáneos de socialización sexual en niños y adolescentes.

Los hallazgos sugieren que una proporción significativa

de participantes atribuye al consumo de pornografía funciones vinculadas al conocimiento, la exploración y la búsqueda de información sobre sexualidad. Estos resultados permiten considerar a la pornografía como un agente de socialización sexual informal (Dines, 2010), en tanto puede

constituirse en una de las fuentes a partir de las cuales las personas acceden a representaciones, prácticas y significados vinculados con la sexualidad. En este sentido, coexiste con otras fuentes de aprendizaje y socialización, tales como la familia, la escuela, los grupos de pares y los medios de comunicación. Esta caracterización no supone, sin embargo, equiparar la pornografía con fuentes educativas como la familia o la escuela, que cumplen funciones formativas, relacionales y contextualizadoras diferentes.

Este fenómeno adquiere especial relevancia en contextos donde persisten dificultades para abordar abierta y sistemáticamente la sexualidad desde perspectivas educativas integrales. En tales circunstancias, la pornografía puede convertirse en una fuente accesible de información sobre comportamientos y prácticas sexuales, aunque los contenidos que ofrece pueden presentar representaciones parciales, estereotipadas o escasamente contextualizadas de la sexualidad. A su vez, los resultados obtenidos deben interpretarse considerando los alcances del diseño del estudio: permiten identificar percepciones, prácticas y asociaciones vinculadas al consumo, pero no establecer una relación causal directa entre la exposición a contenidos pornográficos y la adopción de determinados modelos, expectativas o comportamientos sexuales.

Desde esta perspectiva, los resultados refuerzan la importancia de la Educación Sexual Integral (ESI) como herramienta para favorecer una lectura crítica de los contenidos sexuales que circulan en los entornos digitales. El desafío no consiste únicamente en regular o limitar el acceso a dichos contenidos, sino también en promover recursos que permitan analizarlos, interpretarlos y problematizarlos reflexivamente, diferenciando las representaciones propias de la pornografía de otros modos posibles de comprender y experimentar la sexualidad.

Los resultados muestran que el consumo de pornografía se encuentra asociado a una experiencia emocional heterogénea y, en muchos casos, ambivalente. Mientras una proporción importante de participantes vinculó el consumo con el placer, la curiosidad y el autoerotismo, otros reportaron emociones como culpa, vergüenza o incomodidad. Esta coexistencia de experiencias emocionales sugiere que el consumo de contenidos sexuales explícitos se encuentra atravesado por factores individuales, vinculares y socioculturales que exceden el acto de consumo en sí mismo.

Asimismo, aunque la mayoría de los participantes no informó consecuencias negativas significativas, un 11,1% señaló interferencias en ámbitos vinculares, laborales o afectivos. Estos hallazgos sugieren la conveniencia de continuar investigando las posibles repercusiones del consumo problemático de pornografía sobre la salud mental y la calidad de vida, evitando tanto su patologización generalizada como la minimización de sus potenciales efectos adversos.

La elevada participación femenina en la muestra aporta elementos de interés para analizar las experiencias subjetivas asociadas al consumo de contenidos sexuales explícitos. La presencia de emociones como culpa, vergüenza o incomodidad, incluso entre participantes que reportaron experiencias placenteras vinculadas al autoerotismo, resulta consistente con investigaciones que han señalado la persistencia de regulaciones culturales diferenciales sobre la sexualidad femenina (Beauvoir, 1949/2019; Hite, 1976; Dodson, 1987; Lagarde, 1996; Fernández, 1993).

Estos hallazgos sugieren que las experiencias vinculadas al consumo de pornografía no pueden comprenderse exclusivamente desde variables individuales, sino también en relación con los contextos culturales y los significados sociales atribuidos a la sexualidad. Desde esta perspectiva, los aportes de autores como Pierre Bourdieu y Judith Butler ofrecen herramientas conceptuales para pensar cómo determinadas normas y expectativas sociales continúan influyendo en la construcción de las identidades y prácticas sexuales contemporáneas.

Asimismo, diversos autores han advertido que ciertos contenidos de la pornografía comercial contemporánea tienden a reproducir representaciones estereotipadas de género y modelos relacionales caracterizados por asimetrías de poder (Dines, 2010; Cobo, 2020). Si bien los resultados del presente estudio no permiten establecer relaciones causales entre el consumo de pornografía y la adopción de tales representaciones, sí ponen de relieve la

relevancia de continuar investigando la interacción entre sexualidad digital, construcción subjetiva y procesos de socialización sexual.

En virtud de la heterogeneidad de las trayectorias relevadas, esta investigación concluye que las experiencias eróticas digitales no admiten lecturas unívocas ni reduccionistas. El impacto del consumo no responde linealmente a la frecuencia de uso, sino que emerge de una trama multicausal donde interactúan la historia personal, las capacidades de regulación emocional, los significados individuales y los contextos socioculturales. Por lo tanto, se vuelve imperioso superar la polarización teórica entre la patologización médica y la normalización

acrítica, promoviendo en su lugar enfoques situados y relacionales que reconozcan los matices de la sexualidad hiperconectada.

Finalmente, los datos obtenidos constituyen un aporte relevante para el desarrollo de estrategias de intervención en salud mental, sexología clínica y Educación Sexual Integral. En un contexto caracterizado por el acceso cada vez más temprano a contenidos sexuales en línea, resulta necesario promover instancias educativas que faciliten la lectura crítica de los mensajes y representaciones sobre la sexualidad que circulan en los entornos digitales.

Estas acciones podrían contribuir al fortalecimiento de la autonomía, el cuidado, el consentimiento y el bienestar sexual, especialmente durante la adolescencia y la juventud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beauvoir, S. de. (2019). El segundo sexo. Debolsillo. (Obra original publicada en 1949).
2. Butler, J. (2007). El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad. Paidós.
3. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud & FAD Juventud. (2023). Jóvenes y pornografía en la era digital. FAD Juventud.
4. Cobo, R. (2020). Pornografía: El placer del poder. Ediciones B.
5. Cooper, A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing into the new millennium.
6. CyberPsychology & Behavior, 1(2), 187–193. https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.187
7. Dines, G. (2010). Pornland: How porn has hijacked our sexuality. Beacon Press. Dodson, B. (1987). Sex for one: The joy of selfloving. Three Rivers Press.
8. Fernández, A. M. (1993). La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Paidós.
9. Foucault, M. (1976). Historia de la sexualidad. Vol. 1: La voluntad de saber. Siglo XXI Editores.
10. Herrera Gómez, C. (2018). Mujeres que ya no sufren por amor. Catarata.
11. Hite, S. (1976). El informe Hite: Estudio sobre la sexualidad femenina. Ediciones B.
12. Lagarde y de los Ríos, M. (1996). Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia. Horas y Horas.
13. Ley N.º 26.150. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Boletín Oficial de la República Argentina, 24 de octubre de 2006.
14. Save the Children. (2020). (Des)información sexual: Pornografía y adolescencia. Save the Children España.
15. Segato, R. L (2018). Contra-pedagogías de la crueldad. Prometeo libros. UNICEF (2021). Impacto de la tecnología en la adolescencia. UNICEF.
16. Universidad Internacional de La Rioja (2023). Pornografía y adolescencia: Impacto y desafíos educativos. UNIR.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Dimorfismo sexual en el cáncer de pulmón: Implicaciones del eje estrogénico y perspectiva de género en sexología clínica

Sexual dimorphism in lung cancer: Implications of the estrogen axis and gender perspective in clinical sexology

Gómez Sáenz JT (1), Gómez Gérez C (2), Ortega Navaridas M (3), Anguiano Muro E (4)

1.- Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera (La Rioja). ORCID 0000-0002-5379-2473
2.- Pediatra. Servicio de Neonatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ORCID 0009-0008-9709-9030
3.- Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera (La Rioja) ORCID 0009-0007-7580-9233
4.- Médica de Familia. Servicio de Urgencias y Emergencias 061 La Rioja ORCID 0009-0006-7199-1667

RESUMEN

Introducción: el cáncer de pulmón (CP) femenino presenta un cambio alarmante, con un incremento de casos en mujeres jóvenes y nunca fumadoras. Los tratamientos modernos (terapias dirigidas, inmunoterapia y quimioterapia) prolongan la supervivencia, pero inducen de forma colateral un fallo ovárico abrupto y un estado de hipoestrogenismo iatrógeno severo cuyas secuelas sistémicas y sexológicas permanecen clínicamente invisibilizadas.

Objetivo: analizar el mapa genómico diferencial del CP en la mujer, su interacción con el eje estrogénico y describir el impacto fisiopatológico del bloqueo endocrino secundario sobre la salud neuroendocrina, genitourinaria y sexual de las pacientes.

Metodología: Revisión de la literatura científica en PubMed/MEDLINE, Embase y Cochrane Library hasta mayo de 2026, priorizando ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica sobre dimorfismo sexual oncológico, diafonía molecular endocrina y disfunción sexual iatrogénica en oncología respiratoria.

Resultados: las mujeres muestran un perfil molecular dominado por mutaciones conductoras (EGFR, ALK) que cooperan biológicamente con el 17β-estradiol. El tratamiento de estos tumores aboca a una menopausia artificial o requiere bloqueo hormonal intencional. A nivel central, la privación estrogénica altera el centro termorregulador hipotalámico y los sistemas de neurotransmisión, fragmentando el sueño y alterando el ánimo. A nivel periférico, instaura un Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM) grave, caracterizado por atrofia epitelial, anulación de la transudación vaginal, dispareunia severa con hipertonía defensiva del suelo pélvico y abolición de la libido central.

Conclusiones: el éxito de la oncología molecular avanzada en mujeres debe vincularse de forma obligatoria a la preservación de su calidad de vida y salud relacional. Es urgente implantar un modelo de cribado y soporte sexológico interdisciplinar en los comités oncológicos para romper la invisibilización asistencial de este colectivo.

Palabras clave: Cáncer de Pulmón; Disparidades por Sexo; Hipoestrogenismo Iatrógeno; Síndrome Genitourinario de la Menopausia; Dispareunia.

CORRESPONDENCIA:

José-Tomás Gómez Sáenz
jtgomez@riojasalud.ess

ABSTRACT

Introduction: lung cancer (LC) in women is undergoing an alarming shift, with an increase in cases among young women and never-smokers. Modern treatments (targeted therapies, immunotherapy, and chemotherapy) prolong survival but incidentally induce abrupt ovarian failure and a state of severe iatrogenic hypoestrogenism; the systemic and sexual sequelae of this state remain clinically overlooked.

Objective: to analyze the differential genomic landscape of LC in women and its interaction with the estrogen axis, and to describe the pathophysiological impact of secondary endocrine blockade on patients' neuroendocrine, genitourinary, and sexual health.

Methodology: Review of scientific literature in PubMed/MEDLINE, Embase, and the Cochrane Library up to May 2026, prioritizing randomized clinical trials, systematic reviews, and clinical practice guidelines regarding oncological sexual dimorphism, endocrine molecular crosstalk, and iatrogenic sexual dysfunction in respiratory oncology.

Results: women exhibit a molecular profile dominated by driver mutations (EGFR, ALK) that biologically cooperate with 17β-estradiol. Treatment of these tumors leads to artificial menopause or requires intentional hormonal blockade. Centrally, estrogen deprivation alters the hypothalamic thermoregulatory center and neurotransmission systems, fragmenting sleep and affecting mood. Peripherally, it induces severe Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM), characterized by epithelial atrophy, the cessation of vaginal transudation, severe dyspareunia with defensive pelvic floor hypertonia, and the loss of central libido.

Conclusions: the success of advanced molecular oncology in women must be inextricably linked to the preservation of their quality of life and relational health. There is an urgent need to implement an interdisciplinary screening and sexual health support model within oncology boards to address the clinical neglect faced by this patient group.

Keywords: Lung Cancer; Sex Disparities; Iatrogenic Hypoestrogenism; Genitourinary Syndrome of Menopause; Dyspareunia.

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón (CP) representa la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial, condicionando un desafío clínico y socioeconómico de primer orden (1). Históricamente, esta neoplasia se consideraba una enfermedad casi exclusiva de varones de edad avanzada con una alta carga tabáquica acumulada (2). Sin embargo, las tendencias epidemiológicas globales de las últimas tres décadas revelan una transición epidemiológica alarmante: mientras que las tasas de incidencia y mortalidad están disminuyendo de manera constante en los hombres en la mayoría de los países desarrollados, en las mujeres las tasas continúan en ascenso o se han estabilizado en mesetas elevadas (3).

Un médico de familia que trabaja en un entorno urbano diagnosticará al menos un cáncer de pulmón al año (4). El CP es uno de los tumores más frecuentes, y se estima que en 2024 se diagnosticaron 32.768 casos en España (22.483 hombres), con 23.239 muertes (16.760 hombres), lo que representa una muerte cada 20 minutos. El CP es el tercer tipo de cáncer diagnosticado con más frecuencia, después del cáncer de colon y recto y el cáncer de mama, pero es el primero en número de muertes (5) (figura 1).

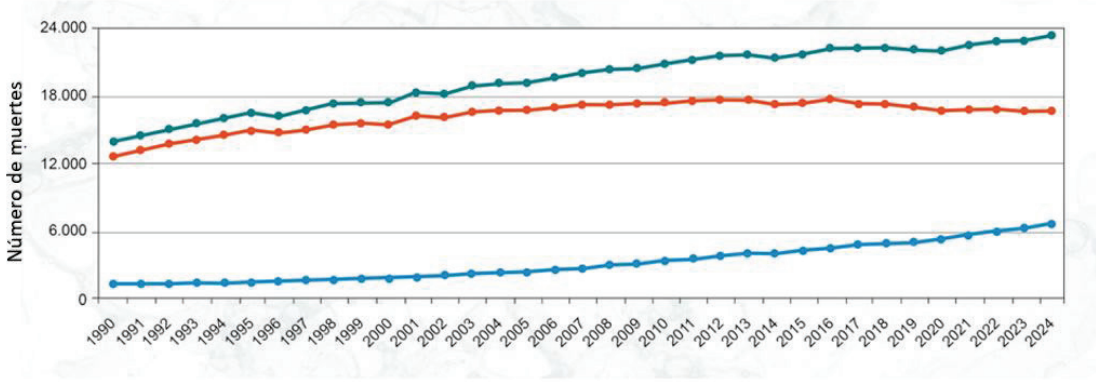


Figura 1.- Estadística de defunciones según la causa de muerte, tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón. España 1990-2024. Instituto Nacional de Estadística Fuente: elaboración propia a partir de: https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947&L=0

Existe una gran variabilidad entre provincias y comunidades autónomas, con las tasas de incidencia estandarizadas por edad más altas en Asturias (55,6 por 100.000 hombres; 16,0 por 100.000 mujeres), el País Vasco (51,3 por 100.000 hombres; 17,1 por 100.000 mujeres), Navarra (48,3 por 100.000 hombres; 15,6 por 100.000 mujeres) y Castellón (48,8 por 100.000 hombres; 10,7 por 100.000 mujeres). Por el contrario, las tasas de incidencia más bajas se observan en Granada (39,5 por 100.000 hombres; 8,6 por 100.000 mujeres), La Rioja (39,3 por 100.000 hombres; 12,9 por 100.000 mujeres) y Salamanca (41,7 por 100.000 hombres; 10,6 por 100.000 mujeres) (6).

La tasa bruta de mortalidad en el periodo 2012-2021 fue de 54,5 muertes por cada 100.000 habitantes (95,5 en hombres y 15,4 en mujeres). De 2002 a 2022, la tasa en hombres disminuyó un 28,1%, mientras que en mujeres aumentó un 190,1% (7).

Esta divergencia no puede explicarse únicamente a través de la evolución histórica del consumo de tabaco. Aunque la incorporación tardía de la mujer al hábito tabáquico a mediados del siglo XX influye de manera evidente en las curvas actuales, los datos demuestran que una alta proporción de mujeres diagnosticadas de cáncer de pulmón (especialmente del subtipo adenocarcinoma) son consideradas "nunca fumadoras" (menos de 100 cigarrillos en su vida) (8). De hecho, en ciertas regiones de Asia y Europa occidental, más del 50% de los casos femeninos ocurren en no fumadoras, en marcado contraste con la población masculina, donde la vinculación con el tabaco sigue superando el 85-90% de los casos (9,10). Por tanto, la incorporación de la perspectiva de género y la diferenciación del sexo biológico en la investigación oncológica han dejado de ser opciones teóricas para consolidarse como requisitos metodológicos obligatorios para desentrañar la patogenia, optimizar el diagnóstico precoz y personalizar el abordaje terapéutico de esta enfermedad.

2. CAUSAS, FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES Y SUSCEPTIBILIDAD BIOLÓGICA

La etiología del cáncer de pulmón en mujeres y hombres exhibe diferencias multifactoriales donde interactúan la genética, la biología molecular y las exposiciones ambientales específicas asociadas a roles de género.

El cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) representa más del 85% de todos los CP. La supervivencia está claramente condicionada por el estadio en el momento del diagnóstico. De este modo, puede alcanzar el 92% (estadio IA1), en comparación con menos del 1% en el estadio IVB. El cáncer de pulmón microcítico (cáncer de células pequeñas, CPM) representa solo el 10-15% de todos los cánceres de pulmón y tiene una mortalidad mucho mayor. La mediana de supervivencia a los 2 años es inferior al 14% si la enfermedad está limitada, frente a los 2-4 meses si es extensa, con cifras de supervivencia a los 5 años por debajo del 2%(5).

El CPM es el tipo de CP más relacionado con el consumo de tabaco. Entre el 95 y el 98% de las personas diagnosticadas con este tipo de cáncer son fumadoras activas o exfumadoras con un historial de elevado consumo. Pacientes con un consumo acumulado mayor de 40 paquetes/año tienen un riesgo relativo de hasta 54 de desarrollar este tumor frente a los no fumadores (11).

La relación entre el tabaco y el tejido pulmonar no es idéntica en ambos sexos. Diversos estudios epidemiológicos y metabólicos sugieren que las mujeres presentan una vulnerabilidad intrínseca elevada a los efectos nocivos de los carcinógenos del tabaco (3,11). A nivel molecular, se ha observado una regulación al alza y una mayor expresión de las enzimas del citocromo P450 (particularmente CYP1A1 y CYP2A6) en el tejido pulmonar femenino en comparación con el masculino (12). Estas enzimas son las responsables de la bioactivación metabólica de los hidrocarburos aromáticos policíclicos y las nitrosaminas presentes en el humo del tabaco, transformándolos en compuestos electrofílicos altamente reactivos capaces de unirse al ADN y formar aductos estables. Esta sobreexpresión enzimática celular condiciona que, ante una misma cantidad de cigarrillos fumados, las mujeres puedan acumular un nivel significativamente mayor de daño genómico irreversible en el epitelio bronquial (3).

Más allá del tabaco, la exposición a carcinógenos ambientales en el ámbito doméstico y laboral está fuertemente influenciada por condicionantes de género. En países en vías de desarrollo, e incluso en áreas rurales de países desarrollados, las mujeres sufren una exposición crónica e intensa a la contaminación del aire en espacios cerrados debido a la combustión de biomasa (leña, carbón vegetal, residuos agrícolas) utilizada para cocinar y calentar el hogar (13). Las partículas finas suspendidas (PM2.5 y PM10) generadas por la combustión incompleta de la biomasa contienen altas concentraciones de benzopirenos y formaldehído, los cuales penetran profundamente en el árbol respiratorio, induciendo un estado de inflamación crónica y estrés oxidativo que actúa como un potente iniciador y promotor tumoral (14).

Por el contrario, los hombres suelen estar expuestos a carcinógenos ocupacionales industriales regulados (como el amianto/asbesto, el arsénico, el níquel y los humos de soldadura) en sectores como la construcción, la minería y la metalurgia (15).

Otra exposición ambiental crítica es el gas radón residencial, la segunda causa de cáncer de pulmón a nivel

global, responsable de hasta un 10% de los CP (4). El radón se acumula en sótanos y plantas bajas de viviendas construidas sobre suelos graníticos; dado que las mujeres, debido a los roles tradicionales de cuidado y brechas laborales, pasan estadísticamente más horas dentro del entorno doméstico, su riesgo relativo atribuible a la exposición al radón residencial es sutilmente superior al de los varones en las mismas zonas geográficas (16,17).

El atlas genómico del cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) representa el campo donde las diferencias de sexo son más evidentes y tienen un impacto clínico más directo. Los adenocarcinomas de pulmón en mujeres presentan una firma mutacional radicalmente distinta a la de los hombres.

1.- Mutaciones Conductoras (Driver Mutations)

Las alteraciones genéticas que dirigen la oncogénesis demuestran un claro dimorfismo sexual:

Mutaciones en el gen EGFR: El receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) es una tirosina quinasa de membrana transmembrana que regula la proliferación celular. Las mutaciones activadoras en los exones 19 a 21 de EGFR se aíslan de manera desproporcionada en mujeres, alcanzando una prevalencia de entre el 35% y el 50% en mujeres con adenocarcinoma en Occidente, y superando el 60% en poblaciones asiáticas (2,18). En los hombres, esta frecuencia rara vez supera el 10-15% y suele restringirse a aquellos que nunca han fumado. Estas mutaciones confieren una dependencia absoluta de la vía de señalización MAPK/ERK y PI3K/Akt para la supervivencia del clon tumoral.

Reordenamientos cromosómicos de ALK y ROS1: Las fusiones del gen de la quinasa del linfoma anaplásico (ALK), frecuentemente con el gen EML4, así como los reordenamientos de ROS1, se aíslan de manera predominante en mujeres jóvenes (menores de 50 años) y con nulo o mínimo historial de tabaquismo (19,20). Estas translocaciones generan proteínas quiméricas con actividad catalítica constitutiva independiente de ligando, promoviendo una transformación oncogénica agresiva pero altamente sensible a terapias dirigidas específicas.

Mutaciones en el gen KRAS: En contraposición, las mutaciones en el oncogén KRAS (particularmente la sustitución G12C) son más comunes en varones y están estrechamente ligadas al daño tabáquico directo por radicales libres, aunque en la última década se ha detectado un incremento de mutaciones KRAS en mujeres fumadoras con alto consumo tabáquico, mostrando un comportamiento clínico sumamente agresivo y resistente (19).

2.- El Papel de los Estrógenos en la Carcinogénesis Pulmonar

La alta prevalencia de cáncer de pulmón en mujeres no fumadoras ha llevado a investigar intensamente el eje endocrino. El tejido pulmonar normal y el tumoral expresan receptores de estrógeno, existiendo dos isoformas principales: ER-α y ER-β (3,21). Se ha demostrado que las células de adenocarcinoma de pulmón sobreexpresan de manera significativa el receptor ER-β, tanto en el núcleo como en el citoplasma. Los estrógenos

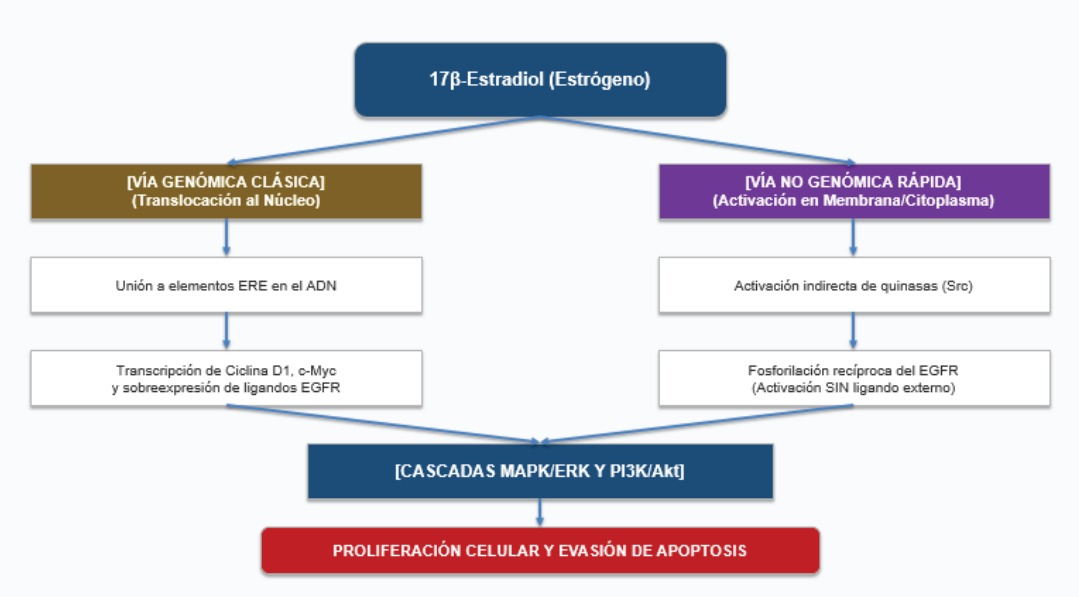


Figura 2.- Mecanismo del 17β-Estradiol en Cáncer de Pulmón y Género. Elaboración propia.

endógenos (17beta-estradiol) promueven la proliferación celular mediante dos mecanismos sinérgicos (figura 2) (22):

2.1.- Vía Genómica Clásica: El complejo estrógeno-receptor se transloca al núcleo, uniéndose a los elementos de respuesta a estrógenos (ERE) en el ADN para activar la transcripción de genes promotores del ciclo celular como la ciclina D1.

2.2.- Vía No Genómica (Diafonía Molecular o Cross-Talk): Los estrógenos interactúan directamente en la membrana celular con el receptor EGFR. Esta interacción induce la fosforilación recíproca y la activación de la cascada de quinasas intracelulares sin necesidad de que intervenga el ligando natural de EGFR (EGF). Esta cooperación biológica explica por qué los tumores con mutación de EGFR crecen con mayor facilidad en el microambiente hormonal femenino y sugiere que el estado menopáusico y el uso de terapias de reemplazo hormonal (TRH) pueden modificar el riesgo intrínseco de progresión tumoral (23).

Este circuito de retroalimentación molecular y potenciación cruzada aclara por qué los tumores que albergan una mutación activadora en el gen EGFR encuentran un terreno biológico óptimo para prosperar en el organismo femenino: los estrógenos actúan como un turbocompresor de una vía metabólica que ya es hiperactiva de por sí debido a la alteración genética.

Además, desvelar el funcionamiento exacto de esta diafonía molecular ha abierto nuevas fronteras en la oncología médica. En la actualidad, se están desarrollando ensayos clínicos fase II y III destinados a evaluar el beneficio del bloqueo terapéutico dual o combinado. Esta estrategia consiste en la administración simultánea de un fármaco inhibidor de la tirosina quinasa (TKI) de tercera generación para neutralizar al EGFR (como Osimertinib) junto con terapias antiestrogénicas moduladoras de nueva generación empleadas tradicionalmente en el cáncer de mama (como fulvestrant o inhibidores de la aromatasa), con el fin de romper de manera definitiva la comunicación cruzada que perpetúa la quimiorresistencia en las pacientes (24).

3.- EL PROCESO DIAGNÓSTICO

El intervalo de tiempo transcurrido desde que se inicia la transformación celular maligna hasta que el paciente recibe la primera dosis terapéutica eficaz es un determinante crítico de la supervivencia. Este itinerario se ve afectado por importantes sesgos de género e ineficiencias institucionales.

El diagnóstico temprano del cáncer de pulmón se ve obstaculizado por la inespecificidad de sus síntomas iniciales (tos persistente, disnea leve, astenia, dolor torácico difuso) (4). Sin embargo, la interpretación de estos varía en función del sexo del paciente (25).

Debido al arraigo del estereotipo clínico que etiqueta al cáncer de pulmón como una enfermedad masculina y tabáquica, cuando una mujer (especialmente si es joven y no fumadora) acude a Atención Primaria refiriendo tos persistente o dificultad respiratoria, el facultativo suele incurrir en un sesgo cognitivo de disponibilidad. Los síntomas se atribuyen erróneamente a patologías benignas autolimitadas o crónicas de menor gravedad, tales como asma del adulto, bronquitis subaguda, reflujo gastroesofágico o cuadros de ansiedad e hiperventilación (25). Este error de atribución inicial dilata el tiempo de solicitud de una radiografía de tórax simple o una tomografía computarizada (TC), provocando que las mujeres experimenten un número significativamente mayor de consultas previas en atención primaria antes de ser derivadas a la atención

especializada de neumología u oncología (26). Sin embargo, algunas publicaciones indican que las mujeres son diagnosticadas en estadios precoces que aumentan las posibilidades de realizar cirugía con intención curativa (27).

A este sesgo clínico se añaden las barreras socioculturales vinculadas a los roles de género. Las mujeres actúan frecuentemente como las principales proveedoras de cuidados informales dentro del núcleo familiar. Esta carga de cuidados suele traducirse en una postergación de la atención a su propia salud, retrasando la decisión de buscar asistencia médica ante síntomas insidiosos hasta que estos interfieren de manera invalidante con sus actividades diarias o se asocian a signos de alarma graves como la hemoptisis o la pérdida ponderal (26).

Una vez que la paciente ingresa en el circuito hospitalario con una sospecha radiológica firme, se desencadenan nuevos retrasos específicos condicionados por las características anatómicas y biológicas del tumor femenino:

Necesidad de biopsia: Como se ha expuesto, las mujeres desarrollan predominantemente adenocarcinomas, los cuales tienden a localizarse en las regiones más periféricas del parénquima pulmonar. A diferencia de los carcinomas escamosos centrales (más comunes en hombres), que son fácilmente accesibles y biopsiables mediante una fibrobroncoscopia estándar convencional, los tumores periféricos femeninos requieren procedimientos diagnósticos avanzados e invasivos. Esto incluye la necesidad de programar biopsias transtorácicas guiadas por TC, ecobroncoscopias con punción aspiración

con aguja fina (EBUS-TBNA) o videotoracoscopias quirúrgicas (VATS) (26). La disponibilidad limitada de estas tecnologías y de personal especializado genera listas de espera intrahospitalarias que prolongan el intervalo entre la sospecha y la confirmación histológica.

La genotipificación: Bajo las guías de práctica clínica internacionales actuales, es éticamente inadmisible iniciar un tratamiento sistémico en un adenocarcinoma avanzado sin disponer del perfil de biomarcadores moleculares completos (EGFR, ALK, ROS1, BRAF, RET, NTRK, PD-L1). La realización de estas pruebas mediante inmunohistoquímica secuencial o a través de paneles de secuenciación masiva (NGS) consume un tiempo crítico de entre 14 y 21 días laborables desde la obtención de la muestra de tejido (28). Durante este periodo, denominado "ventana de espera molecular", el inicio del tratamiento médico permanece en suspenso. Dado que las mujeres requieren obligatoriamente este perfilado debido a su alta probabilidad de albergar una mutación diana, su tiempo global de acceso al primer tratamiento activo es, paradójicamente, más largo que el de los hombres con tumores escamosos, quienes a menudo inician quimioterapia empírica o inmunoterapia de forma inmediata tras el diagnóstico histológico básico (28).

4.- RESPUESTA DIFERENCIAL AL TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO (figura 3).

Las disparidades biológicas descritas impactan directamente sobre la farmacocinética, la farmacodinamia y las tasas de éxito de las modalidades terapéuticas disponibles.

1. Cirugía y Supervivencia Global

En líneas generales, las mujeres presentan un mejor pronóstico global y mayores tasas de supervivencia a cinco años en comparación con los hombres, independientemente del estadio al diagnóstico y del tratamiento recibido(1,9). En estadios tempranos (I y II), las mujeres se benefician en mayor medida de la resección quirúrgica (lobectomía o resección segmentaria), mostrando menores tasas de complicaciones postoperatorias inmediatas y una menor incidencia de recidivas locales o a distancia(9,29). El Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP) ha reportado que, incluso en los escenarios de enfermedad metastásica avanzada (Estadio IV), las mujeres exhiben una ventaja de supervivencia global de hasta un 33% respecto a sus homólogos masculinos, un fenómeno atribuible a la biología tumoral intrínseca menos agresiva y a un mejor estado general de salud basal (29,30).

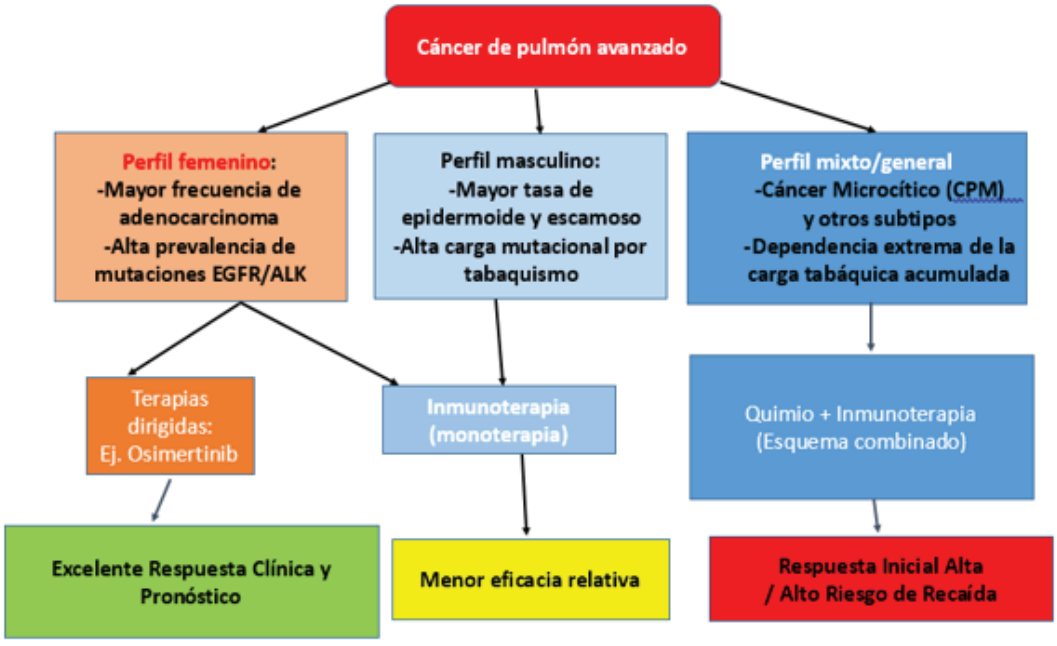


Figura 3.- Modalidades terapéuticas en el cáncer de pulmón avanzado. Elaboración propia

2. Terapias Dirigidas e Inhibidores de Tirosina Quinasa (TKI)

El descubrimiento de los inhibidores de la tirosina quinasa de EGFR (como Gefitinib, Erlotinib y, actualmente, el fármaco de tercera generación Osimertinib) ha transformado la supervivencia de las pacientes con mutaciones activadoras. Las mujeres responden de manera excelente a estos fármacos orales, logrando tasas de respuesta objetiva que superan el 70-80% y supervivencias libres de progresión sustancialmente prolongadas, con un perfil de toxicidad manejable (29,31). Lo mismo ocurre con los inhibidores de ALK (como Alectinib o Brigatinib), donde las pacientes jóvenes alcanzan remisiones profundas y duraderas, incluyendo un control eficaz de las metástasis en el sistema nervioso central (32).

3. Inmunoterapia y el Desafío de la Carga Mutacional

La revolución de los inhibidores de los puntos de control inmunitario (anti-PD-1 y anti-PD-L1, como Pembrolizumab o Nivolumab) muestra un comportamiento inverso. La inmunoterapia en monoterapia es altamente eficaz en tumores con una elevada Carga Mutacional Tumoral (TMB), una característica típica de los pulmones con daño severo acumulado por el humo del tabaco, donde existen miles de neoantígenos que el sistema inmunitario puede reconocer una vez retirado el "freno" tumoral (28).

Dado que un porcentaje elevado de mujeres desarrollan tumores no asociados al tabaco y conducidos por mutaciones únicas (EGFR u ALK), sus tumores suelen ser inmunológicamente "fríos", con baja TMB y un microambiente tumoral inmunosupresor. Por consiguiente, la inmunoterapia en monoterapia ofrece resultados sensiblemente inferiores en la población femenina no fumadora. Para sortear esta limitación, la práctica clínica actual exige asociar la inmunoterapia a regímenes dobles de quimioterapia citotóxica en mujeres para forzar la liberación de antígenos tumorales y aumentar la eficacia del tratamiento, incrementando con ello los efectos secundarios hematológicos y gastrointestinales (28,29).

5.- CONSECUENCIAS DEL BLOQUEO ENDOCRINO COMBINADO EN LA HOMEOSTASIS HORMONAL Y LA SALUD SEXUAL

El abordaje terapéutico multimodal del cáncer de pulmón avanzado en mujeres, que incluye regímenes de quimioterapia citotóxica basados en sales de platino y taxanos, terapias dirigidas contra el EGFR mediante inhibidores de la tirosina quinasa (TKI) y esquemas de combinación inmunológica (figura 3), ejerce un impacto colateral profundo y desatendido sobre el eje gonadal femenino. En mujeres premenopáusicas o perimenopáusicas, la administración de quimioterapia sistémica induce un fallo ovárico prematuro de origen iatrógeno; se estima que hasta un 64% de estas pacientes experimentan amenorrea e instauración de una menopausia forzada dentro del primer año posterior al diagnóstico (33).

Este cese abrupto de la función ovárica desencadena un estado de hipoestrogenismo severo y crónico. A diferencia de la transición menopáusica natural, que es un proceso fisiológico gradual, la deprivación hormonal iatrogénica en pacientes oncológicas ocurre de manera súbita, lo que impide la adaptación progresiva de los tejidos diana e incrementa la gravedad de la sintomatología clínica. A nivel neuroendocrino, la privación estrogénica altera el centro termorregulador hipotalámico, manifestándose en sofocos intensos, sudoración nocturna y disrupción profunda de la arquitectura del sueño (34). Asimismo, la depleción de hormonas gonadales impacta de forma directa sobre los sistemas de neurotransmisión central (serotoninérgico y adrenérgico), precipitando cuadros de labilidad emocional, astenia oncológica y trastornos del estado de ánimo que merman la calidad de vida global (35).

Adicionalmente, la estrecha diafonía molecular entre los estrógenos y la vía del EGFR descrita previamente (Figura 2) (24) justifica por qué, en determinados protocolos clínicos, se añade un bloqueo endocrino intencional con fármacos antiestrogénicos (como fulvestrant o inhibidores de la aromatasa) para contrarrestar la proliferación celular tumoral, profundizando aún más el déficit estrogénico sistémico y tisular (36).

El estado de hipoestrogenismo sistémico provoca alteraciones anatómicas y fisiológicas en la esfera genital, instaurando un Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM) de origen iatrogénico (37). La ausencia de estimulación estrogénica sobre los receptores vulvovaginales desencadena una disminución de la vascularización local, pérdida de fibras de colágeno y elastina, y un adelgazamiento severo del epitelio urogenital. Fisiológicamente, esto se traduce en una reducción extrema de la transudación vaginal (lubricación) y en una pérdida de la capacidad de distensión tisular.

Como consecuencia directa, las pacientes experimentan dispareunia superficial y profunda de carácter severo. El coito y los intentos de penetración provocan microtraumatismos, fisuras en la mucosa vaginal y ardor crónico, lo que cronifica el dolor y desencadena una respuesta refleja de hipertonía defensiva en la musculatura del suelo pélvico (38). A este obstáculo mecánico y

nociceptivo se suma la alteración del deseo sexual central. El bloqueo de los estrógenos altera los circuitos neuroquímicos de la libido asociando dificultades severas para la estimulación, retraso orgásmico o anorgasmia.

El abordaje terapéutico de esta constelación de secuelas sexológicas en la paciente con cáncer de pulmón avanzado plantea un desafío clínico complejo, condicionado por la contraindicación relativa o absoluta de las terapias estrogénicas locales y sistémicas tradicionales debido a la diafonía molecular tumoral previamente descrita. En este escenario, la restitución de la salud sexual requiere una estrategia interdisciplinar no hormonal e individualizada(10). En el plano periférico y anatómico, resulta prioritario pautar hidratantes vaginales polímeros basados en ácido hialurónico de alto peso molecular combinados con lubricantes de base acuosa y alta osmolaridad para minimizar la fricción mecánica coital (39,40). La hipertonía defensiva y el espasmo involuntario de la musculatura pélvica deben abordarse mediante fisioterapia uroginecológica especializada, empleando técnicas de biofeedback, terapia manual desensibilizante y el uso pautado de dilatadores vaginales progresivos de silicona para recuperar la distensibilidad tisular y extinguir el reflejo nociceptivo (37). Paralelamente, en la esfera central y relacional, la intervención sexológica debe centrarse en la reestructuración cognitiva del miedo anticipatorio al dolor y en la flexibilización del guion sexual de la pareja, priorizando las vías de erotismo no coitales para mitigar el impacto del deseo sexual hipoactivo secundario y rescatar la respuesta orgásmica (37,41).

El abordaje molecular avanzado en oncología

Tabla 1.- Dimorfismo sexual en el cáncer de pulmón: Implicaciones del eje estrogénico y perspectiva de género en sexología clínica. Puntos clave. Elaboración propia

Dimensión Clínica	Mecanismo Fisiopatológico Clínico	Impacto Directo en la Paciente
Dimorfismo Genómico	• Mutaciones activadoras en el gen **EGFR** (35-50% en mujeres occidentales) y reordenamientos **ALK/ROS1**. • Predominio absoluto en mujeres **nunca fumadoras**.	• Dependencia molecular específica del tumor. • Necesidad obligatoria de genotipificación avanzada (NGS) antes de iniciar terapia sistémica.
Eje Endocrino y Tumoral	• Diafonía molecular (*cross-talk*) entre el **17β-estradiol** (receptor ER-β) y la cascada tirosina quinasa de EGFR.	• El microambiente hormonal estimula la proliferación celular. • Abre el campo a ensayos de bloqueo dual (TKI + antiestrógenos).
Disfunción Neuroendocrina	• Fallo ovárico prematuro iatrogénico en el **64% de las pacientes** tratado con quimioterapia/bloqueo. • Desequilibrio de neurotransmisores centrales.	• Sofocos severos y sudoración nocturna. • Disrupción de la arquitectura del sueño. • Labilidad anímica y astenia oncológica.
Alteración Genital (SGM)	• Atrofia severa del epitelio urogenital por deprivación hormonal. • Pérdida de elasticidad, colágeno y vascularización local.	• Anulación de la transudación capilar (sequedad vaginal extrema). • Modificación del pH vaginal y tendencia a infecciones de repetición.
Esfera Coital y Suelo Pélvico	• Fricción mecánica e imposibilidad de distensión tisular durante la penetración.	• Dispareunia superficial y profunda severa. • Aparición de fisuras y microtraumatismos. • Hipertonía defensiva (espasmo involuntario) del suelo pélvico.
Esfera Afectiva y Deseo	• Alteración neuroquímica central del deseo. • Condicionamiento clásico negativo (miedo anticipatorio al dolor coital).	• Deseo sexual hipoactivo secundario severo. • Bloqueo de la fase de excitación, retraso orgásmico o anorgasmia.
Modelo de Cuidados	• Historial de invisibilización de la salud íntima en las consultas de oncología torácica.	• Necesidad de abordaje sexológico interdisciplinar urgente. • Medición de la salud sexual como parámetro básico de calidad de vida.

respiratoria, indispensable para prolongar la supervivencia, genera de forma colateral una profunda disfunción sexual y hormonal. Este escenario invisibilizado exige una intervención sexológica y clínica interdisciplinar urgente para preservar la integridad íntima y la salud relacional de las pacientes (41).

6.- CONCLUSIONES Y PUNTOS CLAVE (tabla 1).

- El cáncer de pulmón en el siglo XXI ya no puede considerarse una patología circunscrita al ámbito masculino ni tabáquico; el aumento de casos en mujeres nunca fumadoras consolida una entidad oncológica con un mapa genómico diferencial dominado por mutaciones específicas (EGFR y ALK).
- El tejido pulmonar tumoral femenino expresa receptores hormonales (ER-β) que establecen una diafonía molecular no genómica con la vía del EGFR, actuando el 17β-estradiol como un acelerador del crecimiento tumoral y justificando el uso clínico de bloqueos hormonales combinados.
- La menopausia iatrogénica de instauración súbita anula los mecanismos de adaptación neuroendocrina. Altera de forma severa el termostato hipotalámico (provocando sofocos intensos y sudoración nocturna que rompen la arquitectura del sueño) y desequilibra las vías serotoninérgicas y adrenérgicas, exacerbando la labilidad emocional y la astenia oncológica.
- La ausencia de estimulación estrogénica sobre los receptores pélvicos detiene la transudación capilar y degrada el colágeno tisular, instaurando un Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM) iatrogénico. Este cuadro clínico induce atrofia urogenital severa y anula la lubricación natural.
- La prolongación de la supervivencia lograda por la oncología respiratoria moderna queda incompleta si se ignora la integridad íntima de la paciente. Es imperativo desterrar el sesgo androcéntrico institucional e integrar la evaluación sexológica activa dentro de los protocolos de soporte oncológico multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stabellini N, Bruno DS, Dmukauskas M, Barda AJ, Cao L, Shanahan J, et al. Sex Differences in Lung Cancer Treatment and Outcomes at a Large Hybrid Academic-Community Practice. JTO Clin Res Rep. abril de 2022;3(4):100307. doi:10.1016/j.jtocrr.2022.100307 PubMed PMID: 35400080; PubMed Central PMCID: PMC8983352.
2. Fu Y, Liu J, Chen Y, Liu Z, Xia H, Xu H. Gender disparities in lung cancer incidence in the United States during 2001-2019. Sci Rep. 3 de agosto de 2023;13(1):12581. doi:10.1038/s41598-023-39440-8 PubMed PMID: 37537259; PubMed Central PMCID: PMC10400573.
3. Gee K, Yendamuri S. Lung cancer in females-sex-based differences from males in epidemiology, biology, and outcomes: a narrative review. Transl Lung Cancer Res. 31 de enero de 2024;13(1):163-78. doi:10.21037/tlcr-23-744 PubMed PMID: 38405003; PubMed Central PMCID: PMC10891406.
4. Gómez Sáenz JT. ¿Qué debe saber un médico de familia del cáncer de pulmón? FMF. 2023;8(marzo):4-16.
5. Gómez-Sáenz JT, Ramírez-Alonso ME, Ortega-Navaridas M, Fernández-Ayala P. Long-term Survivors of Lung Cancer. Iberoam J Med. 11 de julio de 2026;8(3):103-9. doi:10.53986/ibjm.2026.0018
6. Bray F, Colombet M, Aitken FJ, Bardot A, Eser S, Galceran J, et al. Cancer Incidence in Five Continents [Internet]. XII. IARC Scientific Publications; 2024. Disponible en: https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Scientific-Publications/Cancer-Incidence-In-Five-Continents-Volume-XII-2024
7. Medín P, Leveau CM, Riancho J, Santurtún A. Spatiotemporal analysis of lung cancer mortality in Spain. Cancer Epidemiol. abril de 2025;95:102770. doi:10.1016/j.canep.2025.102770
8. May L, Shows K, Nana-Sinkam P, Li H, Landry JW. Sex Differences in Lung Cancer. Cancers. 8 de junio de 2023;15(12):3111. doi:10.3390/cancers15123111 PubMed PMID: 37370722; PubMed Central PMCID: PMC10296433.
9. Alvarez AAR, Sun Y, Li Y, Christiani DC. Effects of Sex on Mortality in Patients With Lung Cancer: A Multiple Mediation Analysis of The Boston Lung Cancer Study. Clin Lung Cancer. marzo de 2026;27(2):201-209.e3. doi:10.1016/j.cllc.2025.09.007
10. Florez N, Kiel L, Riano I, Patel S, DeCarli K, Dhawan N, et al. Lung Cancer in Women: The Past, Present, and Future. Clin Lung Cancer. enero de 2024;25(1):1-8. doi:10.1016/j.cllc.2023.10.007 PubMed PMID: 37940410.
11. Toh CK, Gao F, Lim WT, Leong SS, Fong KW, Yap SP, et al. Differences between small-cell lung cancer and non-small-cell lung cancer among tobacco smokers. Lung Cancer. mayo de 2007;56(2):161-6. doi:10.1016/j.lungcan.2006.12.016 PubMed

PMID: 17270313.
12. El Sadeck N, Ibrahim BM, Alassal MA. Cytochrome P450-isoenzyme 1A1 in susceptibility to tobacco-related lung cancer. Asian Cardiovasc Thorac Ann. marzo de 2014;22(3):315-8. doi:10.1177/0218492313492987 PubMed PMID: 24585908.
13. Halder M, Kasemi N. Household air pollution as a determinant of health status: A study on older adults in Siliguri Municipal Corporation, India. Sci Rep. 24 de marzo de 2025;15(1):10048. doi:10.1038/s41598-025-93311-y PubMed PMID: 40122930; PubMed Central PMCID: PMC11930994.
14. Wang M, Kim RY, Kohonen-Corish MRJ, Chen H, Donovan C, Oliver BG. Particulate matter air pollution as a cause of lung cancer: epidemiological and experimental evidence. Br J Cancer. 18 de junio de 2025;132(11):986-96. doi:10.1038/s41416-025-02999-2
15. Spyratos D, Zarogoulidis P, Porpodis K, Tsakiridis K, Machairiotis N, Katsikogiannis N, et al. Occupational exposure and lung cancer. J Thorac Dis. septiembre de 2013;5 Suppl 4(Suppl 4):S440-445. doi:10.3978/j.issn.2072-1439.2013.07.09 PubMed PMID: 24102018; PubMed Central PMCID: PMC3791490.
16. World Health Organization (WHO). Household air pollution [Internet]. WHO; 2025 [citado 9 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health
17. Torres-Durán M, Barros-Dios JM, Fernández-Villar A, Ruano-Ravina A. Residential radon and lung cancer in never smokers. A systematic review. Cancer Lett. 1 de abril de 2014;345(1):21-6. doi:10.1016/j.canlet.2013.12.010 PubMed PMID: 24333737.
18. Abdelmonem A, Bikram Shah B, Shebli MA, Tabbara IA. Targeted Therapies in Non–Small Cell Lung Cancer: A Contemporary Review. Am J Clin Oncol. 15 de diciembre de 2025. doi:10.1097/COC.0000000000001275
19. Marchetti A, Barberis M, Di Lorito A, Pace MV, Di Lisio C, Felicioni L, et al. ROS1 Gene Fusion in Advanced Lung Cancer in Women: A Systematic Analysis, Review of the Literature, and Diagnostic Algorithm. JCO Precis Oncol. noviembre de 2017;(1):1-9. doi:10.1200/PO.16.00010
20. Winiarczyk K, Seliga K, Krawczyk P, Nowak A, Chmielewska I, Tysarowski A, et al. "Variant matters": the impact of ALK fusion subtypes on progression and response in non-small-cell lung cancer—data from clinical practice from Polish centers. Transl Lung Cancer Res. abril de 2026;15(4):87-87. doi:10.21037/tlcr-2025-1-1350
21. Chakraborty S, Ganti AK, Marr A, Batra SK. Lung cancer in women: role of estrogens. Expert Rev Respir Med. agosto de 2010;4(4):509-18. doi:10.1586/ers.10.50
22. Hsu LH, Chu NM, Kao SH. Estrogen, Estrogen Receptor and Lung Cancer. Int J Mol Sci. 5 de agosto de 2017;18(8):1713. doi:10.3390/ijms18081713
23. Siegfried JM, Stabile LP. Estrongenic steroid hormones in lung cancer. Semin Oncol. febrero de 2014;41(1):5-16. doi:10.1053/j.seminoncol.2013.12.009 PubMed PMID: 24565577; PubMed Central PMCID: PMC4001725.
24. Yochum ZA, Stabile LP. Hormone gene signature guides a novel therapeutic opportunity to improve sensitivity to HER family inhibition in lung cancer. Transl Lung Cancer Res. agosto de 2020;9(4):1599-605. doi:10.21037/tlcr-20-617
25. Tod AM, Craven J, Allmark P. Diagnostic delay in lung cancer: a qualitative study. J Adv Nurs. febrero de 2008;61(3):336- 43. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04542.x
26. Murphy C, Pandya T, Swanton C, Solomon BJ. Lung Cancer in Nonsmoking Individuals: A Review. JAMA. 25 de noviembre de 2025;334(20):1836. doi:10.1001/jama.2025.17695
27. Lindenskov AH, Potts H, Kristiansen MF, Petersen MS, Strøm M. Sex Differences in Lung Cancer Characteristics at Diagnosis: A Nationwide Register-Based Study From the Faroe Islands (2015–2020). Cancer Rep. enero de 2025;8(1):e70066. doi:10.1002/cnr2.70066
28. Conforti F, Pala L, Bagnardi V, De Pas T, Martinetti M, Viale G, et al. Cancer immunotherapy efficacy and patients' sex: a systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol. junio de 2018;19(6):737-46. doi:10.1016/S1470-2045(18)30261-4
29. Wakelee HA, Wang W, Schiller JH, Langer CJ, Sandler AB, Belani CP, et al. Survival differences by sex for patients with advanced non-small cell lung cancer on Eastern Cooperative Oncology Group trial 1594. J Thorac Oncol Off Publ Int Assoc Study Lung Cancer. junio de 2006;1(5):441-6. PubMed PMID: 17409897.
30. Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP). Ser hombre o mujer influye en el pronóstico del cáncer de pulmón avanzado [Internet]. [citado 9 de agosto de 2026]. Disponible en: https://gecp.org/ser-hombre-o-mujer-influye-en-el-pronostico-del-cancer-de-pulmon-avanzado/

31. Favorito FM, Ynoe De Moraes F, Valiente CM, Nadler MB, Desnoyers A, Amir E, et al. Differential Treatment Effects by Smoking Status for NSCLC Therapies (2010–2023): A Meta-Analysis. JTO Clin Res Rep. julio de 2026;7(7):100843. doi:10.1016/j.jtocrr.2025.100843
32. Peters S, Camidge R, Dziadziuszko R, Gadgeel S, Shaw AT, Kim DW, et al. Alectinib versus crizotinib in previously untreated ALK-positive advanced non-small cell lung cancer: final overall survival analysis of the phase III ALEX study. Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol. enero de 2026;37(1):92-103. doi:10.1016/j.annonc.2025.09.018 PubMed PMID: 41110693.
33. Cathcart-Rake EJ, Ruddy KJ, Gupta R, Kremers W, Gast K, Su HI, et al. Amenorrhea after lung cancer treatment. Menopause. marzo de 2019;26(3):306-10. doi:10.1097/GME.0000000000001199 PubMed PMID: 30153217; PubMed Central PMCID: PMC6389397.
34. Bansal R, Aggarwal N. Menopausal Hot Flashes: A Concise Review. J -Life Health. 2019;10(1):6-13. doi:10.4103/jmh.JMH_7_19 PubMed PMID: 31001050; PubMed Central PMCID: PMC6459071.
35. Zhu J, Huang Y, Yuan J, Du L, Huang L, Li X, et al. Recent advances in the relationship between mental symptoms in postmenopausal women and estrogen fluctuations. J Psychosom Obstet Gynecol. 31 de diciembre de 2026;47(1):2666107. doi:10.1080/0167482X.2026.2666107
36. Hernández López LE, Barrios De Tomasi J, Mondragón Ceballos R. Revisión de la Menopausia: Un Problema de Salud Pública. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip. 21 de abril de 2025;9(2):3383-411. doi:10.37811/cl_rcm.v9i2.17148
37. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. Menopause. septiembre de 2020;27(9):976-92. doi:10.1097/GME.0000000000001609
38. Portman DJ, Gass MLS. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. Menopause. octubre de 2014;21(10):1063-8. doi:10.1097/GME.0000000000000329
39. Konkov DH, Tykholaz VO, Rud VO, Bulavenko OV. Non-hormonal prevention and treatment of genitourinary syndrome of menopause: Literature review. Reprod Endocrinol. 14 de mayo de 2026;(83):18-28. doi:10.18370/2309-4117.2026.83.18-28
40. Faubion SS, Larkin LC, Stuenkel CA, Bachmann GA, Chism LA, Kagan R, et al. Management of genitourinary syndrome of menopause in women with or at high risk for breast cancer: consensus recommendations from The North American Menopause Society and The International Society for the Study of Women's Sexual Health. Menopause. junio de 2018;25(6):596-608. doi:10.1097/GME.0000000000001121
41. Florez N, Kiel L, Meza K, Wei Z, Mazzola E, Velazquez AI, et al. Sexual Health Assessment in Women with Lung Cancer study: Sexual health assessment in women with lung cancer. Cancer. febrero de 2024;130(3):375-84. doi:10.1002/cncr.35057

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

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

ARTÍCULO ESPECIAL

Salud sexual en el puerperio: programa de educación y consejo sexual para implementación por matronas de Atención Primaria

Sexual health in the postpartum period: a sexual education and counseling program for implementation by primary care midwives

Gómez García MB (1), Pinto Alvizu ML (2), Jurado López AR (3), Pagola Limón N (4), Fraga Campo S (5), Pérez Quintanilla (6)

1 Especialista en ginecología y obstetricia. Máster en sexología médica. Facultativo especialista Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid. https://orcid.org/0009-0002-0798-0008
2 Residente tercer año de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid. https://orcid.org/0009-0000-3823-3801
3 Médica y sexóloga en Triay Medical Centre Málaga. https://orcid.org/0000-0001-9733-1364
4 Facultativo especialista Hospital Universitario de Fuenlabrada. https://orcid.org/0000-0003-1300-3000
5 Facultativo especialista Hospital Universitario de Getafe. https://orcid.org/0009-0003-9999-0007
6 Facultativo especialista Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid. https://orcid.org/0009-0001-2011-8693

RESUMEN

La salud sexual durante el embarazo y el puerperio es una dimensión del bienestar bio-psico-social de la mujer y su pareja frecuentemente desatendida en la práctica clínica habitual. Se presenta una propuesta de intervención educativa dirigida a matronas de Atención Primaria, elaborada a partir de los resultados de un estudio transversal observacional realizado en el Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL) sobre la salud sexual de 81 puérperas a los seis meses del parto, mediante el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM-2). Los resultados confirman una elevada prevalencia de disfuncionalidad sexual seis meses después del parto, con afectación del deseo, la excitación, la lubricación, la aparición de dolor y una menor satisfacción sexual global, en línea con la literatura internacional. A partir de estos hallazgos se propone un modelo educativo estructurado en sesiones individuales, grupales y de pareja, distribuidas a lo largo del embarazo y el puerperio, con criterios explícitos de derivación a consulta especializada de sexología médica. Se discute su fundamentación, viabilidad y aplicabilidad en el marco de la consulta de matrona de Atención Primaria.

Palabras clave: salud sexual; periodo posparto; embarazo; matronas (partería); atención primaria de salud; educación sexual; disfunciones sexuales.

CORRESPONDENCIA:

María Belén Gómez García
Calle José Donoso 10 4B, 28050 Madrid.
b.gomezgarcia@gmail.com

ABSTRACT

Sexual health during pregnancy and the postpartum period is a dimension of women's and couples' bio-psycho-social wellbeing that is frequently overlooked in routine clinical practice. We present an educational intervention proposal for primary care midwives, developed from the results of a cross-sectional observational study conducted at Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL) on the sexual health of 81 women six months after delivery, using the Female Sexual Function Questionnaire (FSM-2). Results confirm a high prevalence of sexual dysfunction six months postpartum, affecting desire,

arousal, lubrication, pain and overall sexual satisfaction, consistent with international literature. Based on these findings, we propose a structured educational model organised into individual, group and couple sessions distributed throughout pregnancy and the postpartum period, with explicit referral criteria to specialised medical sexology consultation. Its rationale, feasibility and applicability within the primary care midwife consultation are discussed.

Keywords: sexual health; postpartum period; pregnancy; midwifery; primary health care; sex education; sexual dysfunction.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades [1]. Desde 1975, la OMS reconoce la sexualidad como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, de un modo que enriquezca y fortalezca la personalidad, la comunicación y el amor, una definición ampliada en el año 2000 al proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad [2]. Este enfoque biopsicosocial sitúa la sexualidad como un elemento central, y no accesorio, de la calidad de vida de las personas [3], y la educación sexual figura entre los derechos sexuales reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Sexuales, adoptada en Valencia en 1997 y ratificada en Hong Kong en 1999 por la Asociación Mundial de Sexología (WAS) [4].

El embarazo, el parto y el puerperio constituyen uno de los periodos de mayor cambio corporal, emocional y relacional en la vida de una mujer, con repercusiones directas sobre su función y satisfacción sexual [5]. La evidencia reciente describe una interacción compleja de factores fisiológicos, psicológicos y relacionales que modula el deseo y la actividad sexual a lo largo de la gestación y el posparto, con un descenso especialmente marcado en el tercer trimestre y en los primeros meses tras el nacimiento [6]. En este sentido, un estudio reciente describe que hasta el 88% de las mujeres experimentan cambios en su salud sexual tras el parto, con un 43,7% de disfuncionalidades sexuales y un 52,3% de malestar sexual en el primer año posparto, factores que se asocian a experiencias sexuales negativas, daño perineal y baja satisfacción de pareja, mientras que casi la mitad de las mujeres refiere necesitar más información al respecto [7]. La calidad de vida global tras el parto también se ve condicionada por las secuelas físicas y funcionales del proceso obstétrico [8].

A pesar de esta evidencia, la salud sexual perinatal sigue siendo un área escasamente evaluada y abordada de forma sistemática en la práctica asistencial de nuestro entorno. En el Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL) no existe, hasta la fecha, un programa específico de valoración y educación en salud sexual durante el embarazo y el puerperio. Y la matrona de Atención Primaria constituye la profesional con acceso más directo, longitudinal y de confianza a la mujer gestante y puérpera y a su pareja.

Con el objetivo de fundamentar una respuesta a esta carencia asistencial, se realizó un estudio transversal observacional sobre la salud sexual de puérperas del HUIL a los seis meses del parto, cuyos resultados sirven de base a la propuesta de intervención que se presenta en este artículo: un programa de educación y consejo sexual estructurado, diseñado para su implementación por matronas de Atención Primaria a lo largo del embarazo y el puerperio.

2. OBJETIVOS

Los objetivos de este artículo especial son:

1. Describir la prevalencia de alteraciones de la salud sexual en una cohorte de puérperas del HUIL a los seis meses del parto, como fundamento empírico de la propuesta de intervención.
2. Presentar un modelo estructurado de educación y consejo sexual, dirigido a matronas de Atención Primaria, aplicable durante el embarazo y el puerperio.
3. Establecer criterios de evaluación y derivación a consulta especializada de sexología médica para las pacientes que presenten disfuncionalidad sexual relevante.

3.METODOLOGÍA DEL ESTUDIO QUE FUNDAMENTA LA PROPUESTA

Se llevó a cabo un estudio unicéntrico, transversal y observacional en el HUIL, aprobado por el comité de ética del centro (registro 042-25; Ref: 57/824305.9/25), sobre pacientes que habían tenido un parto seis meses antes. Se realizó una llamada telefónica a 160 pacientes para informarles del estudio e invitarlas a participar; de ellas, 81 aceptaron y completaron el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer, segunda edición (FSM-2), un instrumento validado en población española [9], junto con variables sociodemográficas y obstétricas obtenidas de la historia clínica electrónica (edad materna, paridad, tipo de pareja sexual, tipo de lactancia y tipo de parto). El cuestionario se remitió por correo electrónico tras la obtención del consentimiento informado y fue autocumplimentado desde dispositivo móvil, tableta u ordenador. El análisis estadístico se realizó mediante la plataforma REDCap.

4. RESULTADOS PRINCIPALES

De las 81 puérperas incluidas, el 54,4% tenía entre 25 y 35 años, el 70,5% eran primíparas, el 77,2% mantenía lactancia materna y el 53,4% había tenido un parto eutócico (21,9% instrumental y 24,7% cesárea) (Tabla 1). A los seis meses del parto, el análisis del cuestionario FSM-2 mostró una disminución relevante en todas las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación, lubricación y facilidad para alcanzar el orgasmo), así como una reducción de la frecuencia de la actividad sexual, presencia de dolor o dificultad para la penetración, dificultades de comunicación en la pareja y afectación emocional asociada a eventos vividos durante el parto. Un 30% de las pacientes refirió un nivel de satisfacción sexual global bajo o muy bajo (Tabla 2). Las pacientes con lactancia materna presentaron valores más bajos de excitación y lubricación que aquellas con lactancia artificial, en línea con lo descrito en la literatura [10,11]. No se observaron diferencias relevantes en función del tipo de parto, resultado también coherente con series previas que sitúan los factores emocionales y relacionales, más que el modo de parto, como principales determinantes de la recuperación sexual [12].

Estos hallazgos son concordantes con los descritos en cohortes australianas, que identifican la primiparidad como factor de riesgo independiente de disfunción sexual posparto [13], y con estudios prospectivos recientes en mujeres primíparas tras parto vaginal, en los que hasta el 56,2% desarrolla disfunción sexual femenina transitoria a los tres meses del parto [14]. En conjunto, confirman que, incluso transcurridos seis meses, una proporción muy relevante de mujeres mantiene una salud sexual comprometida sin haber recibido información ni valoración específica al respecto por parte de un profesional sanitario.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y CONSEJO SEXUAL PARA IMPLEMENTACIÓN POR MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

A partir de estos resultados, y de la revisión de la literatura internacional sobre educación sexual perinatal, se ha diseñado un modelo educativo en salud sexual para su desarrollo en la consulta de matrona de Atención Primaria durante el embarazo y el puerperio. La evidencia disponible muestra que menos del 30% de las mujeres y sus parejas reciben información adecuada sobre sexualidad por parte de profesionales sanitarios durante este periodo, lo que favorece la persistencia de mitos, temores y dificultades de ajuste [15]. Por el contrario, los programas de educación sexual estructurada durante el embarazo y el posparto se asocian de forma consistente a una mejor función sexual, mayor bienestar y mayor satisfacción de la pareja [15,16,17].

5.1.Objetivos del programa

- Detectar dificultades sexuales y creencias erróneas de la mujer y su pareja en torno a la sexualidad durante el embarazo y el puerperio.
- Identificar conflictos vivenciales, familiares o relacionales que puedan condicionar la vivencia de la sexualidad.
- Informar sobre los cambios físicos y psicosexuales propios de cada etapa del embarazo y el puerperio.
- Asesorar sobre los riesgos y beneficios reales de la actividad sexual durante la gestación.
- Promover una actividad sexual saludable y una intimidad de pareja que no se limite al coito.
- Asesorar sobre anticoncepción posparto y prácticas sexuales seguras y confortables.

5.2.Estructura del programa

El programa se organiza en cinco sesiones (individuales, grupales y de pareja) distribuidas por trimestre de gestación y en dos momentos del puerperio (6 semanas y 6-12 meses), integradas en los controles ya existentes de seguimiento del embarazo y del puerperio en la consulta de matrona (Tabla 3). Se recomienda la participación de la pareja en todas las sesiones, salvo contraindicación (por ejemplo, sospecha de violencia

de género), así como la incorporación sistemática de una breve anamnesis dirigida al ámbito sexual en cada visita, dentro de un clima de confianza y confidencialidad.

Sesión 1 (primer trimestre). Información sobre los cambios fisiológicos y hormonales iniciales y su impacto en el deseo sexual; desmitificación de creencias frecuentes, en particular la idea de que el sexo puede dañar al feto; educación sobre anatomía genital, sexualidad segura y prevención de infecciones de transmisión sexual; fomento de la comunicación asertiva en la pareja ante los síntomas y cambios propios de esta etapa. Siempre que haya sospecha, es fundamental que las pacientes cumplimenten el cuestionario WAST (Woman Abuse Screening Tool) antes de iniciar cualquier tipo de intervención en pareja.

Sesión 2 (segundo trimestre). Abordaje de los cambios en la respuesta sexual y adaptación de las prácticas sexuales a la nueva situación corporal; estrategias para afrontar temores y dudas; entrenamiento en comunicación abierta de necesidades y emociones entre los miembros de la pareja.

Sesión 3 (tercer trimestre). Información sobre la seguridad de la actividad sexual en gestaciones de bajo

riesgo, incluyendo sus posibles beneficios obstétricos; puede integrarse en las sesiones grupales de preparación al parto ya existentes en Atención Primaria. Asesoramiento sobre posturas alternativas ante la limitación física propia de esta etapa. Preparación para el posparto: expectativas realistas sobre la recuperación sexual, impacto de la lactancia y anticoncepción posparto.

Sesión 4 (puerperio temprano, 6 semanas). Evaluación de la recuperación genital, dispareunia y adaptación emocional; valoración del reinicio de la actividad sexual y su vivencia; abordaje del cambio de roles en la pareja (de pareja a progenitores y cuidadores) y del papel del entorno familiar; entrenamiento en comunicación asertiva y en el establecimiento de límites.

Sesión 5 (puerperio tardío, 6-12 meses). Seguimiento estructurado de la función sexual y detección de disfunciones persistentes; refuerzo de la comunicación de pareja; identificación de signos de alarma que requieran derivación especializada; recuperación de espacios de intimidad no centrados en el rol parental.

Cada sesión debe incluir, además del contenido informativo, un espacio explícito para preguntas y dudas de la pareja, procurando generar un entorno de seguridad y confianza que facilite abordar cualquier aspecto de la esfera sexual sin juicio.

5.3.Desmitificación de creencias erróneas

Una parte central del programa es la identificación activa y la corrección de mitos frecuentes en torno a la sexualidad durante el embarazo, entre ellos que el sexo daña al feto, que puede provocar un aborto involuntario, que está contraindicado por motivos de higiene o pudor, o que el feto puede percibir la actividad sexual de sus progenitores. Frente a estas ideas, debe transmitirse información basada en la evidencia sobre los beneficios de la intimidad de pareja, así como sobre las situaciones clínicas concretas en las que sí está contraindicado el coito vaginal (antecedente de abortos de repetición, amenaza de aborto o de parto prematuro, sangrado activo no filiado, placenta previa, preeclampsia u otra patología orgánica grave no controlada, o embarazo ectópico), remarcando que, incluso en estos casos, otras formas de intimidad y contacto físico pueden mantenerse y siguen aportando beneficios a la relación de pareja.

5.4.Evaluación y criterios de derivación

En las visitas del puerperio, especialmente a los 6 y 12 meses, se propone realizar una evaluación estructurada de la función sexual mediante una anamnesis dirigida (y, cuando sea posible, con apoyo de un cuestionario validado como el FSM-2). Ante la detección de disfunciones sexuales relevantes, dispareunia

persistente, sospecha de afectación psicológica significativa o dificultades de pareja que no mejoren con el consejo de primer nivel, se establece un circuito de derivación a una consulta especializada de sexología médica, en coordinación con el Servicio de Ginecología y Obstetricia, bajo la supervisión de un/a ginecólogo/a sexólogo/a. Esta valoración no debe reservarse al puerperio: se recomienda incorporarla también en las visitas gestacionales, derivando durante el propio embarazo cuando sea preciso.

5.5.Materiales de apoyo

Como complemento a las sesiones presenciales, se ha elaborado una guía informativa breve para pacientes y parejas (Guía de Salud Sexual y Gestación), con contenidos adaptados a un lenguaje divulgativo, que puede entregarse en formato impreso o digital y que refuerza los mensajes clave trabajados en consulta.

6. DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio confirman, en una muestra de puérperas del HUIL, lo descrito en la literatura internacional: una proporción elevada de mujeres mantiene alteraciones relevantes de su salud sexual seis meses después del parto, sin que ello haya sido objeto de valoración ni de información específica en su seguimiento habitual [7]. Esta situación no es exclusiva de nuestro entorno: el metaanálisis de disfunciones sexuales en mujeres lactantes describe una afectación consistente de la función sexual asociada a la lactancia materna, independientemente del tipo de alimentación infantil [10], hallazgo coherente con el descrito en cohortes que comparan lactancia materna y artificial [11].

La ausencia de un programa estructurado de educación y consejo sexual en Atención Primaria contrasta con la evidencia sobre la eficacia de este tipo de intervenciones. Ensayos controlados aleatorizados muestran que la educación sexual durante el embarazo mejora la actividad sexual, la calidad de vida sexual y reduce la violencia sexual percibida [16], y estudios cuasiexperimentales confirman beneficios similares sobre la vivencia sexual de la pareja gestante [17]. En el posparto, los programas educativos estructurados (como el «Women's Postpartum Sexual Health Program») han demostrado mejorar de forma significativa la función, el bienestar y la satisfacción sexual, además de aumentar la autoconfianza y la autoeficacia sexual de las mujeres [18], en línea con los efectos descritos para intervenciones basadas en educación sexual y autoconfianza sexual posparto [19]. Las terapias no farmacológicas, incluidos los modelos

de asesoramiento tipo PLISSIT y la terapia cognitivo-conductual, también se asocian a una mejora significativa de la función sexual gestacional [20].

La matrona de Atención Primaria constituye, por su accesibilidad, continuidad asistencial y relación de confianza con la mujer y su pareja, la figura profesional idónea para liderar este tipo de programas, siempre que disponga de formación específica en salud sexual y de un circuito claro de derivación a sexología médica para los casos que lo precisen [21]. Esta propuesta se alinea, además, con las recomendaciones internacionales que abogan por un modelo de atención posparto integral y continuado, más allá de la revisión puerperal única a las seis semanas, en el que la salud sexual debería incorporarse como un dominio más de la valoración [22]. La formación de profesionales sanitarios y paraprofesionales en el abordaje de los cambios sexuales perinatales de la pareja ha demostrado ser factible y bien aceptada en experiencias formativas online [23], lo que refuerza la viabilidad de extender esta capacitación a las matronas de nuestra área. Asimismo, estudios cualitativos describen que las propias mujeres identifican la falta de información como una barrera relevante para buscar ayuda ante problemas sexuales posparto [24], lo que subraya la necesidad de una oferta proactiva de información, en lugar de esperar a que sea la paciente quien plantee la consulta.

Como limitaciones de la propuesta cabe señalar que se fundamenta en un estudio unicéntrico, con una muestra de tamaño moderado y sesgos propios de la encuesta autoadministrada (deseabilidad social, sesgo de selección), y que su implementación real requerirá formación específica del personal de matronería, disponibilidad de tiempo en consulta y validación posterior de su impacto mediante estudios de intervención con medidas pre-post de función sexual.

7. CONCLUSIONES

La salud sexual en el puerperio permanece significativamente alterada a los seis meses del parto en una proporción relevante de mujeres, sin que este aspecto reciba habitualmente atención específica en el seguimiento asistencial. La evidencia disponible respalda que la educación y el consejo sexual estructurado, ofrecidos de forma proactiva desde la consulta de matrona de Atención Primaria durante el embarazo y el puerperio, mejoran la función y la satisfacción sexual de la mujer y su pareja. El programa propuesto, organizado en cinco sesiones a lo largo del embarazo y el puerperio, con criterios explícitos de derivación a sexología médica, constituye un modelo aplicable y trasladable a otras áreas de Atención Primaria, cuya eficacia debería confirmarse mediante estudios de intervención posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Franks PJ. Generic tools. J Wound Care. 1996;5(3):143-4.
2. Edwards WM, Coleman E. Defining Sexual Health: A Descriptive Overview. Arch Sex Behav. 2004;33(3):189-95.
3. Vasconcelos P, Carrito M, Quinta-Gomes AL, Patrão AL, Nóbrega C, Costa P, et al. Associations between sexual health and well-being: a systematic review. Bull World Health Organ. 2024;102(12):873-887D.
4. Tiefer L. The Emerging Global Discourse of Sexual Rights. J Sex Marital Ther. 2002;28(5):439-44.
5. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Garcia-Alvarez A, Bully P, Espinosa M. Resumption of sexual activity after childbirth and its related factors in Spanish women, a cross-sectional study. Midwifery. 2025;141:104259.
6. El Fakahany S, El-Kak F. Sexual function in pregnancy and postpartum: breaking the silence. J Sex Med. 2025;22(1):1-3.
7. Wassenaar E, Lont F, Verhoeven C, Henrichs J, Titulaer L, Warmelink J, et al. Sexual health after childbirth in Dutch women: prevalence, associated factors and perceived need for information: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):838.
8. Martínez-Galiano JM, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M. Quality of Life of Women after Giving Birth: Associated Factors Related with the Birth Process. J Clin Med. 2019;8(3):324.
9. Sánchez Sánchez F, Ferrer Casanova C, Ponce Buj B, Sipan Sarrión Y, Jurado AR, San Martín Blanco C, et al. Diseño y validación de la segunda edición del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer, FSM-2. Semergen Rev Esp Med Fam. 2020;46(5):324-30.
10. Smetanina D, Alnuaimi S, Alkaabi A, Alketbi M, Hamam E, Alkindi H, et al. Sexual Dysfunctions in Breastfeeding Females: Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med. 2025;14(3):691.
11. Sun S, Hamilton F, Dieter AA, Budd S, Getaneh F. The effect of breastfeeding on postpartum sexual function: an observational cohort study. Arch Gynecol Obstet. 2024;310(6):3289-96.
12. Arampatzi C, Michou V, Eskitzis P, Andreou K, Athanasiadis L. Factors Associated with Postpartum Sexual Function During the Puerperium Period: A Cross-Sectional Study in Greece. Nurs Rep. 2025;15(3):86.
13. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJM, Sauer K. Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction

in Postpartum Australian Women. J Sex Med. 2015;12(6):1415-26.
14. Tartaglia S, Puri L, Brugnoli F, Quintiliani F, Allegrini C, Gallitelli V, et al. Sexual Function After Vaginal Delivery in Primiparous Women: A Perspective in the First Months Postpartum. Healthcare. 2025;13(5):566.
15. Fitzpatrick ET, Rosen NO, Dawson SJ. What to Expect When You're Expecting: Perinatal Sexual Education Is Linked with Couples' Sexual Well-Being in Pregnancy and the Postpartum. J Sex Res. 2023;60(9):1269-82.
16. Alizadeh S, Riazi H, Majd HA, Ozgoli G. The effect of sexual health education on sexual activity, sexual quality of life, and sexual violence in pregnancy: a prospective randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):334.
17. Heidari M, Amin Shokravi F, Zayeri F, Azin SA, Merghati-Khoei E. Sexual Life During Pregnancy: Effect of an Educational Intervention on the Sexuality of Iranian Couples: A Quasiexperimental Study. J Sex Marital Ther. 2018;44(1):45-55.
18. Zamani M, Moradi M, Esmaily H, Roudsari RL. The effectiveness of "Women's Postpartum Sexual Health Program (WPSHP)" on Iranian women's postpartum sexual health: A randomized clinical trial. Health Care Women Int. 2024;45(9):969-83.
19. Musavi M, Rahimzadeh M, Tabaghdeh MH, Saeieh SE. The effect of sexual education on the postpartum women's sexual self-confidence and self-efficacy: a theory-based intervention. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):64.
20. De Aquino ACQ, Sarmento ACA, Simões ACZ, De Medeiros HD, De Siqueira BB, Nascimento TB, et al. Non-pharmacologic therapies for treating sexual dysfunction during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. Int J Gynecol Obstet. 2025.
21. Graziottin A, Di Simone N, Guarano A. Postpartum care: Clinical considerations for improving genital and sexual health. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2024;296:250-7.
22. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. Obstet Gynecol. 2018;131(5):e140-50.
23. De Pierrepont C, Brassard A, Lessard I, Gingras A, Péloquin K. Testing an Online Training Session on Couples' Perinatal Sexual Changes Among Health Care Professionals and Paraprofessionals. J Midwifery Womens Health. 2021;66(2):218-26.
24. O'Malley D, Smith V, Higgins A. Sexual health issues postpartum—A mixed methods study of women's help-seeking behavior after the birth of their first baby. Midwifery. 2022;104:103196.

Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas de la muestra (n=81)

Variable	Categoría	N (%)
Edad materna	18-25 años	11 (13,9%)
	25-35 años	43 (54,4%)
	>35 años	25 (31,6%)
Paridad	Primípara	55 (70,5%)
	Multípara	23 (29,5%)
Tipo de pareja sexual	Hombre	77 (97,5%)
	Mujer	2 (2,5%)
Tipo de lactancia	Materna	61 (77,2%)
	Artificial	18 (22,8%)
Tipo de parto	Eutócico	39 (53,4%)
	Cesárea	18 (24,7%)
	Instrumental	16 (21,9%)

Tabla 2. Nivel de satisfacción sexual global a los 6 meses posparto

Nivel de satisfacción sexual global (últimas 4 semanas)	N (%)
Bajo o muy bajo	≈24 (30,0%)
Normal	≈43 (54,4%)
Alto o muy alto	≈12 (15,2%)

Tabla 3. Estructura del programa de educación y consejo sexual por sesión

Sesión / momento	Formato	Contenidos clave
Sesión 1 — 1er trimestre	Individual/pareja	Cambios fisiológicos iniciales, mito «el sexo daña al feto», anatomía genital, sexualidad segura y prevención de ITS, comunicación asertiva. Cuestionario WAST.
Sesión 2 — 2º trimestre	Individual/pareja	Cambios en la respuesta sexual, adaptación de prácticas, afrontamiento de temores, comunicación de necesidades y emociones.
Sesión 3 — 3er trimestre	Grupal + individual/pareja	Seguridad de la actividad sexual en bajo riesgo, posturas alternativas, integración en preparación al parto, expectativas sobre el posparto.
Sesión 4 — Puerperio 6 semanas	Individual/pareja	Recuperación genital y dispareunia, reinicio de la actividad sexual, cambio de roles en la pareja, comunicación asertiva y límites.
Sesión 5 — Puerperio 6-12 meses	Individual/pareja	Seguimiento de la función sexual, detección de disfunciones persistentes, signos de alarma y derivación a sexología médica.

Tabla de puntos clave

Tabla de puntos clave
• La salud sexual es una dimensión reconocida de la salud integral, gravemente afectada tras el parto y escasamente evaluada en la práctica clínica habitual.
• En nuestra muestra de 81 puérperas del HUIL, el 30% refiere satisfacción sexual baja o muy baja a los seis meses del parto, con afectación de todas las fases de la respuesta sexual.
• La lactancia materna se asocia a menor excitación y lubricación sexual, sin que se observen diferencias relevantes en función del tipo de parto.
• Menos del 30% de las mujeres recibe información adecuada sobre sexualidad perinatal por parte de profesionales sanitarios.
• La matrona de Atención Primaria, por su accesibilidad y continuidad asistencial, es la figura idónea para liderar un programa de educación sexual perinatal.
• Se propone un modelo estructurado en 5 sesiones (una por trimestre y dos en el puerperio), individuales, grupales y de pareja.
• Debe establecerse un circuito claro de derivación a sexología médica ante disfunción sexual relevante o dificultades de pareja no resueltas con el consejo de primer nivel.
• La implementación del programa requiere formación específica de las matronas y validación posterior mediante estudios de intervención.

GUÍA DE SALUD SEXUAL

Durante el embarazo y el posparto

El embarazo y el posparto son etapas de grandes cambios en su vida, no solo físicos, sino también emocionales y sexuales. Esta guía le ayudará a comprender qué esperar en su vida sexual durante este periodo y cómo mantener una relación íntima saludable con su pareja.

Lo más importante

- Los cambios en su sexualidad durante el embarazo y después del parto son completamente normales.
- Hablar abiertamente con su pareja y su equipo médico es fundamental para vivir esta etapa de forma positiva.

¿Qué cambios puedo esperar durante el embarazo?

Primer trimestre (semanas 1-12)

- Deseo sexual: puede aumentar, disminuir o mantenerse igual — no hay una respuesta "normal", cada mujer es diferente.
- Cambios físicos: mayor sensibilidad en los pechos y mayor flujo sanguíneo genital, lo que puede facilitar la excitación.
- Molestias comunes: náuseas, cansancio, necesidad frecuente de orinar o cambios de humor pueden afectar el interés sexual.

Segundo trimestre (semanas 13-27)

- Mayor bienestar: las molestias del primer trimestre suelen desaparecer.
- Muchas parejas encuentran que este es el mejor momento para la intimidad durante el embarazo.
- La excitación y el orgasmo pueden ser más intensos por el aumento del flujo sanguíneo pélvico.

Tercer trimestre (semanas 28-40)

- Es normal que la actividad sexual disminuya en esta etapa.
- El tamaño del abdomen puede hacer incómodas algunas posturas: pruebe posiciones donde usted esté encima o de lado.
- Puede notar mayor congestión pélvica, incontinencia urinaria leve y cansancio.
- Es normal sentir contracciones uterinas hasta 30 minutos después del orgasmo. Esto NO causa parto prematuro ni daña al bebé.

Mitos y realidades sobre el sexo durante el embarazo

Mito	Realidad
MITO: El sexo puede dañar al bebé.	**REALIDAD:** En embarazos sin complicaciones, el sexo es seguro. El bebé está protegido por el líquido amniótico y el útero.
MITO: El sexo puede causar un aborto.	**REALIDAD:** El sexo no causa abortos espontáneos en embarazos saludables.
MITO: El bebé se da cuenta de lo que hacen sus padres.	**REALIDAD:** El bebé no es consciente de la actividad sexual de sus progenitores.
MITO: Las embarazadas no tienen deseo sexual.	**REALIDAD:** El deseo varía mucho entre mujeres: puede aumentar, disminuir o no cambiar.
MITO: El embarazo protege de las infecciones de transmisión sexual.	**REALIDAD:** No es así. Si tiene dudas sobre su pareja, use preservativo.

¿Cuándo no se recomienda el coito vaginal?

Su médico o matrona puede aconsejarle evitar el coito vaginal (pero no necesariamente otras formas de intimidad) si presenta:

- Antecedentes de abortos espontáneos repetidos.
- Amenaza de aborto o sangrado activo sin explicación.
- Amenaza de parto prematuro.
- Placenta previa (placenta en posición baja) o rotura de membranas.
- Enfermedades no controladas, como preeclampsia o diabetes.
- Embarazo ectópico.

Importante

- Incluso si el coito vaginal no está recomendado, puede mantener la intimidad con caricias, besos y contacto físico cercano — algo beneficioso para su relación.

Después del parto: ¿qué esperar?

Primeras 6 semanas

- Su cuerpo necesita tiempo para sanar, especialmente si tuvo desgarros, episiotomía o cesárea.
- Los niveles hormonales bajan bruscamente, lo que puede reducir el deseo sexual.
- Si amamanta, puede notar sequedad vaginal por el descenso de estrógenos y el aumento de prolactina.
- El cansancio por el cuidado del bebé y la falta de sueño también influyen en el interés sexual.

De 6 semanas a 6 meses

- La mayoría de las parejas retoma las relaciones sexuales de forma gradual.
- El dolor durante las relaciones (dispareunia) es frecuente, sobre todo si amamanta: use lubricante en abundancia.
- Es normal que el deseo sexual esté reducido durante varios meses.

A los 6-12 meses

- La mayoría de las parejas recupera una vida sexual similar a la que tenían antes del embarazo.

Consejos prácticos para mantener la intimidad

Durante el embarazo

- Comuníquese con su pareja: hable abiertamente sobre cómo se siente y qué le resulta cómodo.
- Pruebe diferentes posturas, sobre todo en el tercer trimestre.
- Use lubricante si nota sequedad vaginal.
- No se limite al coito: la intimidad incluye besos, caricias, masajes y otras formas de contacto.
- Mantenga el contacto físico cercano aunque no haya relaciones sexuales: fortalece la relación.

Después del parto

- Sea paciente: su cuerpo necesita tiempo para recuperarse.
- Use lubricante de forma generosa, especialmente si amamanta.
- Practique ejercicios del suelo pélvico (Kegel) para fortalecer la musculatura y mejorar la función sexual.
- Comparta las tareas del hogar y el cuidado del bebé con su pareja.
- Busquen pequeños momentos de pareja, sin el rol de padres.
- Si el dolor persiste, consulte a un/a fisioterapeuta especializado/a en suelo pélvico.

Higiene y prevención

- Higiene genital: agua y jabón suave; evite las duchas vaginales.
- Anticoncepción: puede quedarse embarazada aunque esté amamantando. Consulte con su matrona o médico sobre métodos seguros durante la lactancia.
- Prevención de infecciones: si tiene dudas sobre su pareja, use preservativo.

¿Cuándo buscar ayuda?

Consulte con su médico o matrona si:

- Tiene dolor persistente durante las relaciones sexuales pasados 6 meses del parto.
- Experimenta sangrado durante o después de las relaciones sexuales.
- Presenta sequedad vaginal severa que no mejora con lubricante.
- Los cambios en su vida sexual afectan de forma importante a su relación de pareja.
- Nota síntomas de depresión posparto (tristeza persistente, ansiedad, falta de interés por las actividades habituales).

Mensajes clave

Recuerde

• Los cambios en su vida sexual durante el embarazo y el posparto son normales y esperados; cada mujer y cada pareja los vive de forma diferente.
• Comuníquese abiertamente con su pareja sobre sus necesidades y sentimientos.
• Sea flexible y esté dispuesta/o a explorar nuevas formas de intimidad.
• Tenga paciencia con su cuerpo y su proceso de adaptación.
• No dude en pedir ayuda a profesionales de la salud cuando la necesite.

Mantener la intimidad y la conexión con su pareja durante esta etapa de cambios es importante para su bienestar y el de su familia.

Todo *vuelve*

Energía, vitalidad y libido

Descubre que fórmula es para ti

WEB

Himafem BOOST

Para **todas las edades** con baja libido.



C.N.:225666.8

- Impulso del deseo y la satisfacción
- Mejora la experiencia y la exitación
- Aporta energía y vitalidad
- Mejora el bienestar emocional

SABOR SUAVE **A LIMÓN**

Himafem ORIGINAL

Para mujeres **peri/menopaúsicas** con sofocos y baja libido.



C.N.:220237.5

- Reducción progresiva de sofocos
- Aumenta el deseo y la exitación sexual
- Aporta energía y vitalidad
- Apoya el equilibrio hormonal

EQUALITY PHARMA

Equality Pharma Solutions S.L.
Calle Castillo de Aulencia 30,
Villafranca del Castillo, 28692, Spain.
Tel. +34 654 57 80 95
consultas@himafem.com

REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

Chemsex: entre el placer y el riesgo. Una reflexión desde la sexología

Chemsex: Between Pleasure and Risk. A Reflection from Sexology

Alonso Serna B (1), Coronell Coronell C (2), Muñoz Muriel MA (3), Linde Leiva P (4), Pascual Regueiro N (5), Zamora Hernández M (6)

1 Adjunta de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Orcasitas, Madrid, Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Sexología, SEMERGEN.
2 Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Abrera. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN.
3 Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Algeciras - Norte, Algeciras, Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Sexología, SEMERGEN.
4 Adjunta de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Tres Mares, Reinosa, Cantabria. Miembro del Grupo de Trabajo de Sexología, SEMERGEN.
5 Adjunta de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de salud de Almenara, Castellón, Comunidad Valenciana. Miembro del Grupo de Trabajo de Sexología, SEMERGEN.
6 Adjunta de Medicina Familiar y Comunitaria, Consultorio local de Tinajo, Lanzarote, Islas Canarias. Miembro del Grupo de Trabajo de Sexología, SEMERGEN.

INTRODUCCIÓN: MÁS ALLÁ DEL RIESGO

En los últimos años, el chemsex se ha situado en el centro del debate dentro del ámbito de la sexología y la salud pública. De manera general, se entiende por chemsex el uso intencional de sustancias psicoactivas en un contexto sexual con la finalidad de facilitar, prolongar o intensificar las experiencias sexuales (1).

Aunque no es una práctica exclusiva de ningún colectivo, se ha descrito principalmente entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con prevalencias estimadas entre el 11% y el 21% en el último año, alcanzando cifras cercanas al 18-19% en grupos especialmente vulnerables. Entre las sustancias más utilizadas se encuentran la mefedrona, el ácido gammahidroxibutírico/gammabutirolactona (GHB/GBL) y la metanfetamina cristal (2, 3).

Una parte importante de la preocupación social e institucional tiene que ver con los riesgos que pueden acompañar a estas prácticas, asociándose a dinámicas como el sexo grupal, una mayor frecuencia de encuentros sexuales o el uso inconsistente del preservativo, factores que pueden aumentar la probabilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Además, cuando el consumo se mantiene de forma prolongada, pueden aparecer complicaciones médicas, como deshidratación, privación extrema del sueño o sobredosis. A esto se suman posibles consecuencias psicológicas, entre las que destacan síntomas de ansiedad, depresión, dependencia o episodios psicóticos en algunos casos (1, 3).

CORRESPONDENCIA:

Beatriz Alonso Serna
baserna@salud.madrid.org

No obstante, reducir el chemsex únicamente a una cuestión de riesgo supone ofrecer una visión demasiado limitada del fenómeno. A través de los testimonios de muchas personas que participan en estas prácticas aparecen también experiencias relacionadas con el placer, la exploración del erotismo, la búsqueda de intimidad o la posibilidad de generar vínculos y espacios de pertenencia alejados del estigma y la discriminación que todavía afectan a algunos colectivos. En este sentido, el chemsex constituye uno de los fenómenos que mejor refleja la complejidad de la sexualidad contemporánea, al situarse en la intersección entre el placer, el consumo de sustancias, la vulnerabilidad y el riesgo, la salud mental, las relaciones sociales, la expresión sexual y la salud pública (1-3).

Por ello, resulta necesaria una reflexión desde la sexología, disciplina que permite analizar cómo se construyen actualmente el deseo, los cuerpos y las relaciones sexuales sin recurrir a discursos moralizantes ni a la patologización automática de determinadas prácticas. Desde un enfoque biopsicosocial, es fundamental comprender tanto aquellos elementos que pueden generar daño como los factores que hacen que estas experiencias sean atractivas para quienes participan en ellas.

A partir de esta perspectiva surge una cuestión central: ¿cómo podemos abordar el chemsex desde la sexología respetando la autonomía y el derecho al placer de las personas, al mismo tiempo que se ofrecen herramientas eficaces de reducción de daños que no estigmaticen ni señalen a quienes realizan estas prácticas?

¿Qué lleva a las personas a practicar chemsex?

Así pues, resulta necesario abandonar la premisa simplificadora de que las personas "consumen porque quieren". Desde la sexología clínica con enfoque humanista, el uso intencional de sustancias psicoactivas en contextos sexuales constituye un fenómeno multifactorial en el que convergen dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales. Reducirlo a un acto impulsivo o autodestructivo invisibiliza los procesos que lo sustentan y dificulta cualquier intervención basada en la reducción de daños.

El motor más frecuente es la búsqueda de placer y la intensificación de sensaciones sexuales y corporales. Sustancias como la mefedrona, el GHB/GBL o la metanfetamina actúan sobre el

sistema de recompensa cerebral, incrementando la libido, aboliendo la fatiga y amplificando la percepción táctil. Esto propicia encuentros sexuales de larga duración —conocidos como sessions— donde la excitación física alcanza umbrales difícilmente replicables en sobriedad (2,4).

Estrechamente vinculada al placer, la desinhibición farmacológica opera como facilitador de la exploración sexual, reduciendo la autoobservación crítica, la vergüenza y los guiones normativos interiorizados, permitiendo acceder a fantasías, roles y prácticas eróticas que en sobriedad quedan bloqueadas por el miedo al juicio o la culpa. Para personas que han experimentado estigma asociado a su orientación sexual, estos compuestos pueden actuar como un permiso interno que hace posible habitar deseos previamente censurados, sirviendo, asimismo, como un espacio de experimentación identitaria (2, 4, 5).

Más allá de lo individual, el chemsex responde con frecuencia a necesidades relacionales y comunitarias. El sentimiento de pertenencia a un grupo es clave: las sesiones se desarrollan en contextos grupales o a través de redes digitales donde el consumo compartido genera lazos de complicidad y reconocimiento. Para muchas personas, estos espacios representan un refugio frente al aislamiento estructural, la soledad no elegida o el rechazo histórico así como ante el estrés de minoría (4, 5).

Dentro de esta dinámica colectiva emerge otra motivación fundamental: la validación corporal, sexual y afectiva. En un entorno donde el deseo es explícito y recíproco, sentirse deseado y sexualmente competente puede tener un efecto reparador cuando existen fragilidades previas de autoestima o trayectorias de rechazo. Paradójicamente, y pese a la naturaleza a menudo casual de los encuentros, múltiples estudios sugieren que el chemsex también puede vehicular una genuina búsqueda de intimidad y conexión emocional, facilitada por los efectos desinhibidores y empatógenos de algunas sustancias (2, 4, 5).

En conjunto, las motivaciones que sustentan el chemsex son diversas y dinámicas, combinando elementos relacionados con el placer, la exploración sexual, la pertenencia grupal, la validación y la búsqueda de conexión interpersonal.

VULNERABILIDAD Y DETERMINANTES PSICOSOCIALES

Aunque se han producido importantes avances en materia de derechos y aceptación social, muchas personas continúan experimentando situaciones de discriminación, prejuicio o invisibilización relacionadas con su orientación sexual (1, 3). Estas experiencias pueden dificultar el desarrollo de una vivencia positiva de la sexualidad, favoreciendo sentimientos de vergüenza e inseguridad. En este contexto, el chemsex puede convertirse en una estrategia para disminuir inhibiciones, aumentar la confianza y facilitar la conexión sexual y emocional con otras personas (1, 3, 6, 7).

La homofobia interiorizada constituye otro factor de vulnerabilidad relevante, pudiendo afectar a la autoestima, la imagen corporal y las relaciones íntimas, favoreciendo que algunas personas utilicen sustancias para reducir la ansiedad, la culpa o la autocrítica asociadas a la vivencia de su sexualidad (1, 6).

La soledad y el aislamiento social también desempeñan un papel importante. En algunos casos, los espacios asociados al chemsex proporcionan una sensación temporal de pertenencia, aceptación y compañía (1, 6).

Asimismo, las experiencias de rechazo familiar, social o afectivo pueden aumentar la vulnerabilidad y favorecer el uso del chemsex como estrategia de afrontamiento del malestar emocional (1, 6).

La salud mental constituye otro elemento central en la comprensión del fenómeno. La prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima o dificultades emocionales

suele ser superior entre las minorías sexuales debido a factores estructurales y sociales. Desde esta perspectiva, resulta especialmente relevante el concepto de estrés de minorías, que describe el impacto acumulativo de la discriminación, la expectativa de rechazo y la necesidad constante de gestionar la propia identidad en contextos potencialmente hostiles (1, 6, 7). Todo ello pone de manifiesto la necesidad de un enfoque biopsicosocial que trascienda los discursos centrados exclusivamente en el riesgo.

REDUCCIÓN DE DAÑOS: UNA RESPUESTA DESDE LA SALUD SEXUAL

La evidencia científica disponible respalda las estrategias de reducción de daños como uno de los enfoques más eficaces para disminuir las consecuencias sanitarias y sociales asociadas al chemsex, sin que ello implique normalizar o promover estas prácticas. Desde esta perspectiva, las instituciones y los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental mediante la promoción de una educación sexual integral, basada en la evidencia, que integre no solo la prevención de riesgos, sino también el abordaje del placer, la satisfacción y el bienestar sexual como dimensiones inherentes de la salud sexual. En este sentido, la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 incorporó entre sus líneas de actuación el fortalecimiento de los programas de prevención universal, selectiva e indicada, incluyendo el cribado de la infección por el VIH y otras ITS en HSH con prácticas de chemsex de alto riesgo. Estas actuaciones constituyen herramientas clave tanto para la prevención individual como para la protección de la salud pública (8,9).

Entre las intervenciones de reducción de daños, el cribado periódico de las ITS ocupa un lugar especialmente relevante. El diagnóstico y tratamiento precoces de personas asintomáticas permiten prevenir complicaciones a corto y largo plazo, interrumpir la cadena de transmisión y facilitar el estudio de contactos. Además, estos encuentros asistenciales representan una oportunidad para reforzar la educación sexual, revisar otras medidas preventivas y resolver dudas relacionadas con la salud sexual, favoreciendo un abordaje integral y centrado en la persona.

La periodicidad del cribado debe individualizarse en función del perfil de riesgo de cada persona, considerando aspectos como las prácticas sexuales, el número de parejas, el tipo y la vía de administración de las sustancias consumidas, así como los antecedentes de ITS o infección por el VIH (9). De forma general, se recomienda realizar un cribado anual en HSH, incrementando su frecuencia —habitualmente cada 3 a 6 meses— en personas con mayor riesgo de exposición. Este seguimiento periódico facilita la detección precoz del VIH y otras ITS, mientras que el cribado del virus de la hepatitis C (VHC) debe adaptarse al perfil de riesgo individual (8,9).

Entre las estrategias preventivas disponibles destacan la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis posexposición (PEP) frente al VIH, que deben complementarse con otras medidas como el uso del preservativo, la vacunación cuando esté indicada y la educación sexual individualizada.

Desde Atención Primaria resulta imprescindible un abordaje integral y centrado en la persona, que tenga en cuenta la orientación sexual, la identidad de género, el contexto sociocultural, el estado vacunal, los tratamientos concomitantes y las necesidades específicas de cada individuo. Para ello, es esencial garantizar espacios asistenciales seguros, confidenciales y libres de estigma, fortalecer la coordinación con salud mental, unidades de adicciones, recursos comunitarios y servicios especializados en ITS, e incorporar formación específica sobre chemsex y diversidad sexual en los programas dirigidos a profesionales sanitarios.

Solo desde una atención coordinada, libre de prejuicios y basada en la evidencia será posible desarrollar intervenciones que integren la promoción de la salud, la reducción de riesgos y el respeto por la autonomía, el placer y el bienestar sexual de las personas que practican chemsex.

CONTROVERSIAS: ENTRE LA AUTONOMÍA Y LA PROTECCIÓN

Aunque las estrategias de reducción de daños han demostrado ser útiles para disminuir algunas de las consecuencias negativas asociadas al chemsex, su implementación no está exenta de controversias. El debate actual se sitúa en la necesidad de encontrar un equilibrio

entre el respeto a la autonomía sexual de las personas y el reconocimiento de los riesgos que determinadas prácticas pueden conllevar para la salud física, mental y social (10).

Uno de los aspectos más preocupantes es el desarrollo de dependencia a las sustancias utilizadas durante las sesiones de chemsex, dado el elevado potencial adictivo y el riesgo de generar patrones de consumo compulsivo difíciles de controlar. En algunos casos, la experiencia sexual acaba quedando estrechamente vinculada al uso de sustancias, de modo que el placer, la excitación e incluso la propia vivencia de la sexualidad pueden llegar a percibirse como difíciles de experimentar en ausencia de estas. Este fenómeno, descrito por algunos autores como "sexualización del consumo" o "dependencia sexualizada", puede contribuir a la cronificación del problema y dificultar los procesos de recuperación (10).

A ello se suma el impacto sobre la salud mental. Diversos estudios han descrito una mayor prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad, ideación suicida, trastornos del sueño y problemas relacionados con el estado de ánimo entre algunas personas que practican chemsex de manera frecuente. En el caso de la metanfetamina, se han documentado episodios psicóticos, alteraciones perceptivas y cuadros de paranoia, especialmente tras consumos intensivos o prolongados. No obstante, la relación entre chemsex y salud mental es compleja y bidireccional, dificultando establecer relaciones causales simples y poniendo de manifiesto la necesidad de valorar cada situación desde un enfoque biopsicosocial, evitando asumir que todos los problemas de salud mental son consecuencia exclusiva del consumo o, por el contrario, que el consumo constituye únicamente una estrategia de afrontamiento de malestares previos (11).

Los riesgos físicos constituyen otro elemento central del debate. Las largas sesiones sexuales, frecuentemente acompañadas de privación de sueño, deshidratación y consumo repetido de sustancias, aumentan el riesgo de complicaciones médicas agudas. Entre ellas destacan las intoxicaciones, las sobredosis, los eventos cardiovasculares agudos, las convulsiones o las interacciones farmacológicas potencialmente graves. Asimismo, aunque la expansión de la PrEP ha supuesto un importante avance en la prevención del VIH, algunos estudios han señalado que no ha ido acompañada de un descenso paralelo en la incidencia de otras ITS, especialmente en contextos de elevada exposición sexual.

Otra de las principales controversias gira en torno al riesgo de banalizar los daños asociados al chemsex cuando el discurso se centra exclusivamente en el placer, la autonomía individual o la libre expresión de la sexualidad (10,12).

Del mismo modo, plantear el fenómeno exclusivamente desde la prohibición o la abstinencia tampoco parece ofrecer respuestas satisfactorias. La evidencia disponible muestra que los enfoques exclusivamente abstencionistas suelen tener una eficacia limitada y pueden aumentar la estigmatización de las personas usuarias (12).

La verdadera cuestión no es si la reducción de daños resulta útil —la evidencia respalda su eficacia para disminuir parte de las consecuencias negativas asociadas al chemsex—, sino si, por sí sola, es suficiente para responder a la complejidad biopsicosocial del fenómeno.

Diversos autores sostienen que estas estrategias deben complementarse con intervenciones psicológicas, sexológicas y comunitarias que permitan explorar las motivaciones, las necesidades afectivas y los factores psicosociales que subyacen a estas prácticas (10).

En este contexto, uno de los principales retos consiste en desarrollar modelos asistenciales capaces de combinar la prevención de riesgos con la promoción de la salud sexual y la comprensión del placer, el deseo y los vínculos afectivos. Desde una perspectiva sexológica, ignorar cualquiera de estas dimensiones conduce a interpretaciones parciales del fenómeno y limita la capacidad de ofrecer respuestas eficaces, respetuosas y verdaderamente centradas en las necesidades de quienes realizan esta práctica (10).

CONCLUSIONES Y POSICIONAMIENTO: UNA MIRADA INTEGRADORA DESDE LA SEXOLOGÍA

El chemsex no puede interpretarse únicamente desde la óptica del riesgo ni exclusivamente desde la búsqueda de placer. Su complejidad exige una mirada integradora, capaz de comprender tanto los riesgos como los significados personales, relacionales y sociales que estas prácticas adquieren para quienes las viven.

Como autoras, defendemos que el principal error sería plantear este debate en posiciones extremas. Por un lado, una visión exclusivamente prohibicionista o moralizante corre el riesgo de reforzar el estigma, dificultar el acceso a los servicios sanitarios y aumentar el aislamiento, mientras que ignorar los riesgos físicos, psicológicos y sociales asociados supondría minimizar problemas que pueden tener consecuencias relevantes para la salud y el bienestar de las personas (2, 8-11).

La sexología aporta una perspectiva especialmente valiosa porque incorpora la dimensión del placer, el deseo, la intimidad y la experiencia subjetiva de las personas, aspectos esenciales para comprender el fenómeno y diseñar intervenciones ajustadas a sus necesidades (8-11).

La respuesta desde la salud pública no debería limitarse a la prevención de infecciones o al tratamiento de las adicciones, sino que ha de facilitar el acceso a estrategias de reducción de daños, atención psicológica, recursos especializados y programas preventivos capaces de

disminuir tanto las consecuencias del consumo como el estigma asociado a la diversidad sexual y al propio chemsex (8-11).

El principal desafío no consiste únicamente en reducir los daños asociados, sino en comprender qué revela este fenómeno sobre las formas contemporáneas de vivir la sexualidad, el placer, los vínculos y la búsqueda de bienestar. Solo mediante una aproximación integradora, humanista y basada en la evidencia será posible desarrollar respuestas que respeten la autonomía, la diversidad y la dignidad de las personas, al tiempo que protejan su salud y promuevan una vivencia sexual libre, satisfactoria y segura. En última instancia, quizá el mayor reto para la sexología contemporánea no sea explicar por qué algunas personas practican chemsex, sino contribuir a construir contextos personales y sociales en los que el placer, la intimidad y el bienestar puedan experimentarse sin que el consumo de sustancias se convierta en un requisito para ello (1,2,4,6,7-11).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gertzen M, Karcher S, Schwarz J, Rosenberger C, Strasburger M, Rabenstein A, et al. "I can't get no satisfaction": psychosocial aspects and awareness of negative impacts in chemsex users: results from an anonymous online survey. Brain Sci. 2024;14(5):465. doi:10.3390/brainsci14050465.
2. Mundy E, Carter A, Nadarzynski T, Whiteley C, de Visser RD, Llewellyn CD. The complex social, cultural and psychological drivers of the "chemsex" experiences of men who have sex with men: a systematic review and conceptual thematic synthesis of qualitative studies. Front Public Health. 2025;13:1571742. doi:10.3389/fpubh.2025.1571742.
3. Alonso Serna B, Muñoz Muriel MA, Tejedor Valenzuela PS, Araújo Márquez L. Qué debe saber un médico de familia sobre chemsex. FMF. 2026;27:4-10.
4. Lunchenkov N, Cherchenko N, Altynbekov K, Terlikbayeva A, Primbetova S, Gryazev D, et al. "A way to liberate myself": a qualitative study of perceived benefits and risks of chemsex among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Almaty, Kazakhstan. Drug Alcohol Depend. 2024;264:112464.doi:10.1016/j.drugalcdep.2024.112464.
5. Coronado-Muñoz M, García-Cabrera E, Quintero-Flórez A, Román E, Vilches-Arenas Á. Sexualized drug use and chemsex among men who have sex with men in Europe: a systematic review and meta-analysis. J Clin Med. 2024;13(6):1812. doi:10.3390/jcm13061812.
6. Weatherburn P, Hickson F, Reid D, Torres-Rueda S, Bourne A. Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs (chemsex) among gay men in South London. Sex Transm Infect. 2017;93(3):203-206. doi:10.1136/sextrans-2016-052695.
7. Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. Drugs Alcohol Today. 2019;19(1):3-10. doi:10.1108/DAT-10-2018-0058.
8. Curto Ramos J, Moreno-Gámez L, Lahera G, et al. Guía rápida de abordaje del chemsex para profesionales sanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Plan Nacional sobre el Sida; 2024.
9. Ministerio de Sanidad. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Abordaje del fenómeno del chemsex. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020.
10. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours, health outcomes and harm reduction: a review. Sex Health. 2019;16(6):507-517. doi:10.1071/SH19025.
11. European AIDS Clinical Society (EACS). Guidance on Chemsex and Harm Reduction. Version 12.0. Brussels: EACS; 2023.
12. Edmundson C, Heinsbroek E, Glass R, Hope V, Mohammed H, White M, et al. Sexualised drug use in men who have sex with men: associations with sexually transmitted infections and mental health outcomes. BMC Public Health. 2018;18:808. doi:10.1186/s12889-018-5774-5.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista DeSexología considerará para su publicación aquellos trabajos que contribuyan al conocimiento, la investigación y la reflexión en el ámbito de la sexología, desde perspectivas clínicas, educativas, sociales, culturales e históricas.
La revista se adhiere a los principios éticos y de buenas prácticas editoriales recomendados por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), adaptados al carácter interdisciplinar y específico de la sexología.
Los trabajos enviados deberán ser originales y no estar en proceso de evaluación simultánea en otras revistas.

Proceso de envío
Los manuscritos deberán enviarse exclusivamente por vía electrónica, en formato PDF, a la dirección de correo oficial de la revista:

desexologia@gmail.com

No se aceptarán envíos en formato impreso ni mediante soportes físicos.
Todos los trabajos deberán ir acompañados de una carta de presentación y ajustarse a las normas de publicación correspondientes a la sección a la que se propongan.

Proceso editorial
Una vez recibido el manuscrito, la revista confirmará su recepción e iniciará el proceso editorial.
Todos los trabajos serán sometidos a un proceso de revisión por pares y evaluación editorial.
La dirección de la revista podrá proponer modificaciones orientadas a mejorar la calidad, claridad o adecuación del manuscrito a la línea editorial de la revista.
Cuando se soliciten cambios, las personas autoras deberán remitir la versión revisada en el plazo indicado en la comunicación editorial.

NORMAS ESPECÍFICAS POR TIPO DE ARTÍCULO

Editoriales y reflexiones en sexología
Los artículos incluidos en esta sección expresan opiniones, análisis y reflexiones de interés en sexología, orientados a estimular el debate y a presentar nuevas perspectivas sobre un tema.
Los trabajos podrán ser por encargo del Consejo de Redacción, si bien se valorarán propuestas no solicitadas.
Número máximo de personas autoras: 6.
Estructura del manuscrito:
– Carta de presentación
– Primera página
– Texto del artículo (extensión orientativa: hasta 5 páginas)
– Tablas y figuras (máximo 2, si procede)

Se recomienda que el texto se estructure de la siguiente manera: planteamiento del problema, posicionamiento de la persona autora, argumentos a favor, argumentos en contra y conclusiones.
El número máximo de referencias bibliográficas será de 12.

Artículos originales
En esta sección se publicarán trabajos originales de investigación relacionados con distintos aspectos de la sexualidad humana.
Número máximo recomendado de personas autoras: 6.
Estructura del manuscrito:
– Carta de presentación
– Primera página
– Resumen
– Texto del artículo

– Puntos básicos y esquema general del estudio
– Tablas y figuras (máximo 6, si procede)
– Material complementario (opcional)

Los artículos originales deberán seguir la estructura IMRyD (Introducción, Metodología, Resultados y Discusión).

Originales breves
En esta sección se publicarán informes breves de estudios de investigación que, por sus características (muestras reducidas, resultados muy concretos o estudios descriptivos), no sean adecuados para su publicación como artículos originales completos.
Número máximo de personas autoras: 6.
Estructura del manuscrito:
– Carta de presentación
– Primera página
– Texto del artículo (extensión orientativa: hasta 4 páginas)
– Tablas y figuras (máximo 2, si procede)

El texto se estructurará en los siguientes apartados:
– Objetivo
– Diseño
– Emplazamiento
– Participantes
– Intervenciones (si procede)
– Mediciones principales
– Resultados
– Discusión y conclusiones

El número máximo de referencias bibliográficas será de 6.

Comentarios a originales
En esta sección se publicarán comentarios encargados por el Consejo de Redacción sobre artículos originales seleccionados por su especial relevancia o interés en sexología.
Estos comentarios contextualizarán el estudio en el conocimiento actual, destacarán sus aportaciones y podrán señalar nuevas líneas de investigación o cuestiones abiertas.
Extensión orientativa: hasta 3 páginas.
Número máximo de referencias bibliográficas: 6.
Podrá incluirse una tabla o figura, si procede.
Proyectos de investigación
En esta sección se incluirán descripciones de diseños y protocolos de estudios de investigación en fase de realización, que supongan una aportación relevante o novedosa para la sexología.
No se aceptarán proyectos de interés exclusivamente local o que no aporten un valor añadido claro.
Número máximo de personas autoras: 6.
Estructura del manuscrito:
– Carta de presentación
– Primera página
– Resumen
– Texto del artículo (extensión orientativa: hasta 8 páginas)
– Tablas y figuras (máximo 4, si procede)

El texto se estructurará en los siguientes apartados:
– Introducción
– Objetivos
– Método
– Discusión

El número máximo de referencias bibliográficas será de 20.

Resumen
Se adjuntará un resumen en castellano y en inglés, con una extensión máxima de 250 palabras, que deberá poder comprenderse de forma autónoma.
El resumen se estructurará en los siguientes apartados:
– Objetivo
– Diseño
– Emplazamiento
– Participantes
– Intervenciones (si procede)
– Mediciones principales
– Resultados
– Conclusiones
– Palabras clave (entre 3 y 6)

Texto del artículo
La extensión orientativa del texto será de hasta 8 páginas.
El contenido se organizará del siguiente modo:
– Introducción
– Metodología
– Resultados
– Discusión

Se recomienda una redacción clara, precisa y en estilo impersonal.

Bibliografía
Se recomienda un máximo de 30 referencias bibliográficas.
Puntos básicos y esquema general del estudio
Los artículos originales deberán incluir:
– una tabla con los puntos básicos del estudio (qué se sabía previamente y qué aporta el trabajo)
– una figura con el esquema general del estudio

Artículos de revisión
En esta sección se publicarán trabajos de revisión de la literatura reciente sobre temas relevantes en sexología.
Los artículos podrán ser por encargo, si bien el Consejo de Redacción valorará propuestas no solicitadas.
Número máximo de personas autoras: 4.
Estructura del manuscrito:
– Carta de presentación
– Primera página
– Texto del artículo (extensión orientativa: hasta 12 páginas)

El artículo se iniciará con una breve introducción y se estructurará en apartados temáticos que integren el análisis y comentario crítico de la literatura revisada.

Casos clínicos
En esta sección se publicarán uno o varios casos clínicos de especial interés en sexología, que supongan una aportación relevante desde el punto de vista clínico, educativo o investigador.
Número máximo de personas autoras: 6.
Estructura del manuscrito:
– Carta de presentación
– Primera página

– Texto del artículo (extensión orientativa: hasta 4 páginas)
– Tablas y figuras (máximo 1, si procede)

El texto se estructurará en los siguientes apartados:
– Introducción
– Descripción del caso o casos
– Discusión y conclusiones

El número máximo de referencias bibliográficas será de 6.

Artículos especiales
En esta sección se incluirán trabajos de especial interés en sexología que, por su contenido o enfoque, no encajen estrictamente en las categorías anteriores. Podrán adoptar distintas denominaciones según su temática, como formación continuada, informes técnicos, consensos, protocolos u otros documentos de interés profesional.
Los artículos podrán ser por encargo del Consejo de Redacción, si bien se valorarán propuestas no solicitadas.
Número máximo de personas autoras: 6.
Estructura del manuscrito:
– Carta de presentación
– Primera página
– Texto del artículo (extensión orientativa: entre 8 y 10 páginas)
– Tablas y figuras (máximo 6, si procede)

El número máximo de referencias bibliográficas será de 24.
Se recomienda incluir una tabla de puntos clave que resuma los aspectos principales tratados en el artículo.

Trabajos procedentes de congresos, jornadas y reuniones científicas
Desexología podrá valorar para su publicación trabajos presentados previamente en congresos, jornadas, reuniones científicas u otros encuentros relacionados con la sexología y disciplinas afines.
La presentación previa del trabajo en un congreso, así como la obtención de un premio o reconocimiento, no supondrá su aceptación automática para publicación. Los trabajos deberán adaptarse a las normas editoriales de Desexología y estarán sujetos al proceso habitual de valoración de la revista.

Casos clínicos y pósteres
Los casos clínicos y los trabajos presentados en formato póster tendrán una extensión máxima de 350 palabras.
Para el resto de aspectos relativos a presentación, autoría, referencias bibliográficas, aspectos éticos y envío de originales se aplicarán las normas generales de publicación de Desexología.
Comunicaciones, ponencias, mesas y otras contribuciones
Los trabajos procedentes de comunicaciones orales, ponencias, mesas redondas, conferencias, charlas u otras contribuciones científicas tendrán una extensión máxima de 2.000 palabras.
El texto deberá estar adaptado para su publicación en la revista y presentar de forma clara el contenido, objetivos y principales aportaciones o conclusiones del trabajo.
Para todos los demás aspectos se aplicarán igualmente las normas generales de publicación de Desexología.
Fecha límite de entrega
La fecha límite para la recepción de estos trabajos será el 1 de diciembre. (Para este año 2026)
Los trabajos que no hayan sido recibidos dentro del plazo establecido no podrán ser incluidos en la publicación correspondiente.
Los manuscritos que no respeten los límites de extensión establecidos podrán ser devueltos a las personas autoras para su adaptación antes de proceder a su valoración.

PUBLICATION GUIDELINES

DeSexología Magazine will consider for publication those works that contribute to knowledge, research and reflection in the field of sexology, from clinical, educational, social, cultural and historical perspectives.

The journal adheres to the ethical principles and good editorial practices recommended by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), adapted to the interdisciplinary and specific nature of sexology.

The papers sent must be original and not be in the process of simultaneous evaluation in other journals.

Shipping process

Manuscripts must be sent exclusively electronically, in PDF format, to the official mailing address of the magazine:

Desexologia@gmail.com

Shipments in printed format or through physical media will not be accepted.

All works must be accompanied by a cover letter and comply with the publication rules corresponding to the section to which they are proposed.

Editorial process

Once the manuscript is received, the magazine will confirm its receipt and begin the editorial process.

All works will be subjected to a peer review and editorial evaluation process.

The management of the journal may propose modifications aimed at improving the quality, clarity or adequacy of the manuscript to the editorial line of the journal.

When changes are requested, the authors must send the revised version within the period indicated in the editorial communication.

SPECIFIC RULES BY TYPE OF ARTICLE

Editorials and reflections on sexology

The articles included in this section express opinions, analysis and reflections of interest in sexology, aimed at stimulating debate and presenting new perspectives on a topic.

The work may be commissioned by the Editorial Board, although unsolicited proposals will be evaluated.

Maximum number of authors: 6.

Structure of the manuscript:

– Cover letter

– First page

– Article text (indicative extension: up to 5 pages)

– Tables and figures (maximum 2, if applicable)

It is recommended that the text be structured as follows: approach to the problem, positioning of the author, arguments in favor, arguments against and conclusions.

The maximum number of bibliographic references will be 12.

Original articles

Original research papers related to different aspects of human sexuality will be published in this section.

Maximum recommended number of authors: 6.

Structure of the manuscript:

– Cover letter

– First page

– Summary

– Text of the article

– Basic points and general outline of the study

– Tables and figures (maximum 6, if applicable)

– Complementary material (optional)

The original articles must follow the IMRyD structure (Introduction, Methodology, Results and Discussion).

Brief originals

This section will publish brief reports of research studies that, due to their characteristics (small smamples, very specific results or descriptive studies), are not suitable for publication as complete original articles.

Maximum number of authors: 6.

Structure of the manuscript:

– Cover letter

– First page

– Article text (indicative extension: up to 4 pages)

– Tables and figures (maximum 2, if applicable)

The text will be structured in the following sections:

– Objective

– Design

– Location

– Participants

– Interventions (if applicable)

– Main measurements

– Results

– Discussion and conclusions

The maximum number of bibliographic references will be 6.

Comments to originals

This section will publish comments commissioned by the Editorial Board on original articles selected for their special relevance or interest in sexology.

These comments will contextualize the study in current knowledge, highlight their contributions and may indicate new lines of research or open questions.

Indicative extension: up to 3 pages.

Maximum number of bibliographic references: 6.

A table or figure may be included, if applicable.

Research projects

This section will include descriptions of designs and protocols of research studies in the realization phase, which represent a relevant or novel contribution for sexology.

Projects of exclusively local interest or that do not provide clear added value will not be accepted.

Maximum number of authors: 6.

Structure of the manuscript:

– Cover letter

– First page

– Summary

– Article text (indicative extension: up to 8 pages)

– Tables and figures (maximum 4, if applicable)

The text will be structured in the following sections:

– Introduction

– Objectives

– Method

– Discussion

The maximum number of bibliographic references will be 20.

Summary

A summary in Spanish and English will be attached, with a maximum length of 250 words, which must be understood autonomously.

The summary will be structured in the following sections:

– Objective

– Design

– Location

– Participants

– Interventions (if applicable)

– Main measurements

– Results

– Conclusions

– Keywords (between 3 and 6)

Article text

The indicative length of the text will be up to 8 pages.

The content will be organized as follows:

– Introduction

– Methodology

– Results

– Discussion

A clear, precise and impersonal style wording is recommended.

Bibliography

A maximum of 30 bibliographic references is recommended.

Basic points and general outline of the study

The original items must include:

– a table with the basic points of the study (what was previously known and what the work brings)

– a figure with the general scheme of the study

Review articles

This section will publish reviews of recent literature on relevant topics in sexology.

The articles may be commissioned, although the Editorial Board will evaluate unsolicited proposals.

Maximum number of authors: 4.

Structure of the manuscript:

– Cover letter

– First page

– Text of the article (indicative extension: up to 12 pages)

The article will begin with a brief introduction and will be structured in thematic sections that integrate the analysis and critical commentary of the revised literature.

Clinical cases

In this section, one or more clinical cases of special interest in sexology will be published, which represent a relevant contribution from a clinical, educational or research point of view.

Maximum number of authors: 6.

Structure of the manuscript:

– Cover letter

– First page

– Article text (indicative extension: up to 4 pages)

– Tables and figures (maximum 1, if applicable)

The text will be structured in the following sections:

– Introduction

– Description of the case or cases

– Discussion and conclusions

The maximum number of bibliographic references will be 6.

Special articles

This section will include works of special interest in sexology that, due to their content or approach, do not strictly fit into the previous categories. They may adopt different names according to their theme, such as continuing education, technical reports, consensus, protocols or other documents of professional interest.

The articles may be commissioned by the Editorial Board, although unsolicited proposals will be evaluated.

Maximum number of authors: 6.

Structure of the manuscript:

– Cover letter

– First page

– Text of the article (indicative extension: between 8 and 10 pages)

– Tables and figures (maximum 6, if applicable)

The maximum number of bibliographic references will be 24.

It is recommended to include a table of key points that summarizes the main aspects covered in the article.

Work from congresses, conferences and scientific meetings

Desexología may evaluate for publication works previously presented in congresses, conferences, scientific meetings or other meetings related to sexology and related disciplines.

The prior presentation of the work in a congress, as well as the obtaining of an award or recognition, will not imply its automatic acceptance for publication. The works must be adapted to the editorial rules of Desexology and will be subject to the usual evaluation process of the journal.

Clinical cases and posters

Clinical cases and works presented in poster format will have a maximum length of 350 words.

For the rest of the aspects related to presentation, authorship, bibliographic references, ethical aspects and sending of originals, the general rules of publication of Desexology will apply.

Communications, presentations, tables and other contributions

Work from oral communications, presentations, round tables, conferences, talks or other scientific contributions shall have a maximum length of 2,000 words.

The text must be adapted for publication in the journal and clearly present the content, objectives and main contributions or conclusions of the work.

For all other aspects, the general rules of publication of Desexology will also apply.

Delivery deadline

The deadline for the receipt of these works will be December 1. (For this year 2026)

Works that have not been received within the established period may not be included in the corresponding publication.

Manuscripts that do not respect the established extension limits may be returned to the authors for adaptation before proceeding with their evaluation.

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

TARIFA DE SUSCRIPCIÓN ANUAL: Gratuito

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