



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



**Academia Española de la 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

## ÍNDICE / CONTENTS

### Editoriales / Editorials

- La prevención y la lucha contra la violencia hacia la mujer y la violencia doméstica: necesidad de una estrategia internacional coordinada** 5

Preventing and combating violence against women and domestic violence: the need for a coordinated international strategy

*F. Hurtado-Murillo, F. Navarro-Cremades*

*R. Hernández-Serrano, ME. Girón-Simarro*

*Gil-Guillén, V.*

- Un reino muy lejano bañado por el sol. El lugar donde nació la evolución** 10

A very distant kingdom bathed in sunshine. The place where born the evolution

*M. Jiménez-Albundio*

### Artículos científicos originales / Original scientific articles

- Tener sexo previo a una competencia afecta el desempeño de un deportista: evidencias que rebaten el mito** 13

Having sex prior to competition affects the performance of an athlete: refuting myths

*L. Polanco-Reyes, E Lino-Rojas*

*T. Canto-Cetina, P. Fuentes-González*

- Promoción, prevención e intervención en salud sexual y reproductiva en infancia y adolescencia desde Atención Primaria** 21

Promotion, prevention and intervention in sexual and reproductive health in childhood and adolescence from Primary Care

*F. Hurtado-Murillo, F. Donat-Colomer, J. Colomer-Revuelta*

*E. Pla-Ernst, A. Sánchez-Guerrero, S. Sarabia-Vicente, J. Cantero-Llorca*

**Caso clínico / Clinical case**

**Doble disfunción sexual debida a efectos secundarios farmacológicos:**

**Disfunción eréctil y anorgasmia con eyaculación** 43

Double sexual dysfunction due to drug side effects:

erectile dysfunction and orgasmic dysfunction with ejaculation

*F. Hurtado-Murillo*

**Formación continuada / Continuous training**

**Promoción de la salud en el puerperio** 48

Promotion of sexual health in the puerperium

*Y. González-González, E. Reynes-Grimalt, J. Bustamante-Bellmunt*

**Reseña de libro / Book review** 53

**Agenda / Events** 55

**Normas de publicación / Authors guidelines** 57

**Boletín de suscripción / Subscription form** 87

# DE SEXOLOGÍA

Revista Científica de Sexología

## DIRECTOR

Felipe Hurtado Murillo

## DIRECTORES ASOCIADOS

Carlos San Martín Blanco (Santander)

María Pérez Conchillo (Valencia)

## CONSEJO DE REDACCIÓN

Ana Rosa Jurado López (Málaga)

María Lameiras Fernández (Ourense)

Antonio Casaubón Alcaráz (Granada)

Andrés López de la Llave (Madrid)

## COMITÉ EDITORIAL

Marta Arasanz Roche (Barcelona)

Rosemary Coates (Australia)

José Díaz Morfa (Madrid)

Rubén Hernández Serrano (Venezuela)

Félix López Sánchez (Salamanca)

Cristina Tania Fridman (Argentina)

José Luis Arrondo Arrondo (Navarra)

Eusebio Rubio Auriolos (México)

Carmen Pérez-Llantada Rueda (Madrid)

Antonio Pacheco Palha (Oporto, Portugal)

Manuel Más García (Tenerife)

Teresita Blanco Lanzillotti (Uruguay)

José Bustamante Bellmunt (Alicante)

Beverly Whipple (New Jersey, EE.UU.)

Ignacio Moncada Iribarren (Madrid)

Eli Coleman (Minnesota, EE.UU.)

Rafael García Alvarez (Rep. Dominicana)

José Cáceres Carrasco (Navarra)

Felipe Navarro Cremades (Alicante)

Francisco Donat Colomer (Valencia)

Marcelino Gómez Balaguer (Valencia)

Olatz Gómez Llorens (Valencia)

Antonio Martín Morales (Málaga)

Ángel Luis Montejo González (Salamanca)

Manuel Lucas Matheu (Almería)

Ramón González Correales (Ciudad Real)

Ana Puigvert Martínez (Barcelona)

Gemma Pons Salvador (Valencia)

Antonio Sánchez Ramos (Toledo)

M. José Tijeras Úbeda (Almería)

Froilán Sánchez Sánchez (Valencia)

Inmaculada Bayo (Barcelona)

Rafael Prieto Castro (Córdoba)

Isbelia Segnini (Venezuela)

Carolina Villalba (Uruguay)

Kevan Wyle (UK)

Rosa María Montaña (Valladolid)

Carlos De La Cruz (Madrid)

Silverio Saenz Sesma (Zaragoza)

Natalia Rubio (Madrid)

Koldo Seco (Bilbao)

Concepción San Luis Costas (Madrid)

Francisco Javier Giménez Rio (Granada)

León Roberto Gindin (Argentina)

Jaqueline Brendler (Brasil)

Luz Jaimes (Venezuela)

Dinorah Machin (Uruguay)

María de Los Ángeles Nuñez (Ecuador)

Ligia Vega Gamboa (México)

Cristina González Martínez (España)

## **La prevención y la lucha contra la violencia hacia la mujer y la violencia doméstica: necesidad de una estrategia internacional coordinada**

The preventing and combating violence against women and domestic violence: the need for a coordinated international strategy

Hurtado-Murillo F<sup>1</sup>, Navarro-Cremades F<sup>2</sup>, Hernández-Serrano R<sup>3</sup>, Girón-Simarro ME<sup>4</sup>, Gil-Guillén V<sup>5</sup>

1- Centro de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente San Luis” de Valencia. Departamento Doctor Peset. Agencia Valenciana de Salud. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y Sexología. Presidente de la Asociación de Especialistas en Sexología (AES). Director de la revista [www.desexologia.com](http://www.desexologia.com)

2- PDI-PA, Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante). Médico-psiquiatra. Psicólogo. Jurista

3- Universidad Central de Venezuela, Caracas (Venezuela). Médico-psiquiatra. Sexólogo.

4- Grado en Pedagogía. Máster en Promoción de la Salud Sexual de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

5- PDI-PT, Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante). Médico.

---

### **Correspondencia**

Felipe Hurtado Murillo

Centro de Salud Sexual y Reproductiva. Centro de Salud “Fuente San Luis” de Valencia. Departamento Hospital Doctor Peset. Agencia Valenciana de Salud.

Calle Arabista Ambrosio Huici, 30.

46013 - Valencia

Teléfono: 96.1972816. Correo electrónico: [hurtado\\_fel@gva.es](mailto:hurtado_fel@gva.es)

---

### **INTRODUCCIÓN**

A lo largo de la historia, por cuestiones culturales, la mujer ha estado subordinada al hombre, hechos que han repercutido muy negativamente en la imagen y en la vida de éstas. La violencia ejercida contra las mujeres ha sido, entre otros factores, producto de esa subordinación y se ha mantenido en silencio durante miles de años, debido a que se consideraba un problema privado.

Desde la IV Carta de las Naciones Unidas de 24 de octubre de 1945, se impulsaron movimientos por todo el mundo que pretendían conseguir que los derechos también se consiguieran para las mujeres, las cuales se encontraban en desventaja respecto de los hombres. Posteriormente hubo

tratados, movimientos, conferencias, declaraciones, programas mundiales, etc.; que se interesaron por el tema, pasando así de ser un problema privado a ser un problema social (1).

La violencia contra la mujer se reconoce como una violación de los derechos humanos y como una forma de discriminación, considerando responsables a los estados si no responden de manera adecuada (2).

### **ACLARANDO CONCEPTOS**

Se hace necesario, dada la utilización de diferentes conceptos sobre este tipo de violencia y con la finalidad de no dar lugar a equívocos, aclarar los términos de “violencia doméstica”, “violencia contra la mujer por

razones de género” y “violencia contra la mujer”, ya que se emplean como sinónimos, pero se ha de tener en cuenta lo que verdaderamente representa cada uno de ellos. Por lo tanto, es necesario aclarar lo que significa cada uno.

1. Por violencia doméstica se entenderán todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que se producen en la familia o en el hogar o entre cónyuges o parejas de hecho antiguos o actuales, independientemente de a que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima.

2. Por violencia contra la mujer por razones de género se entenderá toda violencia contra la mujer por el hecho de ser una mujer o que afecte a las mujeres de manera desproporcionada.

3. Por violencia contra la mujer se deberá entender una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y se designarán todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada.

## **CARACTERÍSTICAS DEL CONVENIO DE ESTAMBUL**

El Consejo de Europa está compuesto por 47 estados miembros y su principal objetivo es desarrollar principios comunes democráticos y legales, mediante una serie de instrumentos jurídicos de protección ciudadana.

El día 11 de mayo de 2011, el Plenipotenciario de España firmó *ad referendum* en Estambul el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica. El “Convenio de Estambul” entró en vigor el 1 de agosto de 2014 en España, una vez alcanzado el número mínimo de diez estados miembros que lo han ratificado. Hasta ahora, lo han ratificado Albania, Andorra, Austria, Bosnia y Herzegovina, Dinamarca, España, Italia, Montenegro, Portugal, Serbia y Turquía.

Aunque no supone ninguna reforma jurídica, España se suma a este compromiso político de lucha contra la violencia de género y por la igualdad, que supone el primer instrumento de carácter vinculante en el ámbito europeo en esta materia y el tratado internacional de mayor alcance para hacer frente a esta lacra.

El convenio consta de 81 artículos que pretenden unificar las leyes en materia de violencia de género de todos los Estados miembros, a excepción de El Vaticano, Bielorrusia, Kazajistán y otros no reconocidos como Kosovo, Abjasia, Osetia del Sur, Nagorno-Karabaj o la República Turca del Norte de Chipre y Transnistria.

Entre los fundamentos del convenio están el de prevenir la violencia, proteger a las víctimas y entablar acciones judiciales contra los agresores. Además, incluye sensibilizar y hacer un llamamiento a toda la sociedad, especialmente a los hombres y niños, para que cambien de actitud y rompan con una cultura de tolerancia y negación que perpetúa la desigualdad de género y la violencia que la causa.

El convenio contempla como delito todas las formas de violencia contra la mujer: la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación; la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso, el aborto forzado y la esterilización forzada.

Esto implica que los estados deberán introducir en sus sistemas jurídicos estos delitos, que España ya los incluye en su ordenamiento. El matrimonio forzado se introduce como delito en el proyecto de Ley Orgánica de reforma del Código Penal, que está tramitándose en el Congreso.

El convenio recoge medidas ya consolidadas en España como la formación de los distintos colectivos de profesionales que intervienen en las situaciones de violencia de género, el teléfono 016 y un sistema de información estadística de datos relativos a violencia de género.

## **OBJETIVOS DEL CONVENIO**

El nuevo Convenio del Consejo de Europa para la prevención de la violencia doméstica y hacia la mujer, es el tratado internacional

de mayor alcance para hacer frente a esta grave violación de los derechos humanos. Tiene por objeto establecer una tolerancia cero con respecto a este modo de violencia y representa un avance importante para hacer que Europa y otras partes del mundo sean lugares más seguros.

Prevenir la violencia, proteger a las víctimas y entablar acciones judiciales contra los agresores son los fundamentos de este Convenio. También tiene por objeto crear conciencia y cambiar la mentalidad de las personas, al hacer un llamamiento a todos los miembros de la sociedad, en particular los hombres y niños, para que cambien de actitud.

Sustancialmente, el convenio prevé medidas contra la violencia física y sexual, los matrimonios forzados, la ablación del clítoris y los crímenes de honor, además de hacer hincapié en los elementos de prevención y educación contra el sexismo. Además, se garantiza la protección y la defensa legal gratuita a las víctimas de la violencia de género y pide la institución de centros de apoyo a las víctimas.

Destaca la importancia de una actuación coordinada de todos los organismos y servicios oficiales pertinentes y la sociedad civil, establece la recogida de datos estadísticos y de investigación sobre todas las formas de violencia contra la mujer y promueve la cooperación internacional para erradicarla.

En esencia, es un nuevo llamamiento para que exista una mayor igualdad entre mujeres y hombres, dado que la violencia contra la mujer está profundamente arraigada en la desigualdad de género en la sociedad y se ha perpetuado a través de una cultura de tolerancia y negación.

Ya en su preámbulo reconoce que la violencia contra la mujer es una manifestación de desequilibrio histórico entre la mujer y el hombre que ha llevado a la dominación y a la discriminación de la mujer por el hombre, privando así a la mujer de su plena emancipación. Además, reconoce que la naturaleza estructural de la violencia

contra la mujer está basada en el género, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales cruciales por los que se mantiene a las mujeres en una posición de subordinación con respecto a los hombres. Por consiguiente, las mujeres y las niñas están más expuestas que los hombres a un riesgo elevado de violencia basada en el género, pero aunque la violencia doméstica afecta a las mujeres de forma desproporcionada, los hombres también pueden ser víctimas de esta forma de violencia.

## REFERENCIAS

1. Páez Cuba, L. D. (2011). Génesis y evolución de la violencia de género. Contribuciones a las Ciencias Sociales febrero 2011. Recuperado el 15 de abril de 2014, desde: <http://www.eumed.net/rev/cccss/11/ldpc.htm>.

2. Organización Mundial de la Salud (2013). *Violencia contra la mujer*. Recuperado el 15 de abril de 2014, desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>.

## NORMATIVA REFERENTE A VIOLENCIA CONTRA LA MUJER E IGUALDAD

➤ **Principales instrumentos internacionales, en los ámbitos de Naciones Unidas y Europeo, sobre igualdad y violencia contra las mujeres.**

- **Textos de naciones unidas**

Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, de 7 de noviembre de 1967

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 18 de diciembre de 1979 (CEDAW)

Recomendación general 19, adoptada por el Comité para la eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 11º período de sesiones, 1992.

Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la mujer, de 20 de diciembre de 1993.

Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de

discriminación contra la mujer, de 10 de diciembre de 1999.

Resolución WHA49-25 de la 49 Asamblea Mundial de la Salud sobre prevención de la violencia, de 25 de mayo de 1996

Resolución del Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas 1996/12 sobre eliminación de la violencia contra la mujer, de 23 de julio de 1996.

Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas 1997/44 sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, de 11 de abril de 1997.

Resolución de la Asamblea General 52/99 sobre prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer y la niña, de 12 de diciembre de 1997.

Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas 1998/52 sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, de 17 de abril de 1998.

Resolución de la Comisión de Derechos Humanos sobre la eliminación de la violencia contra la mujer 1999/42, de 26 de abril de 1999.

Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas 1000/45 sobre eliminación de la violencia contra la mujer, de 20 de abril de 1000.

Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas 2001/49 sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, de 24 de abril de 2001.

Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas 2002/52 sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, de 23 de abril de 2002

Resolución de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas 57/179 hacia la eliminación de los delitos de honor cometidos contra la mujer, de 18 de diciembre de 2002.

Resolución de la Asamblea General 58/147 sobre la eliminación de la violencia

contra la mujer en el hogar, de 22 de diciembre de 2003.

Declaración Conjunta de Naciones Unidas sobre la prevención y eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, marzo de 2013.

- **Conferencias internacionales en el marco de la ONU**

Declaración de la Primera Conferencia Mundial sobre la mujer, México 1976.

Segunda Conferencia Mundial sobre la mujer, Copenhague 1980

Tercera Conferencia Mundial sobre la mujer para el examen y evaluación de los logros del decenio de las Naciones Unidas para la mujer: Igualdad, desarrollo y paz. Nairobi 1985.

Declaración y Plan de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing 1995.

Beijing +5 (Nueva York 2000), periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la ONU: "Igualdad entre los géneros, desarrollo y paz en el siglo XXI".

Beijing +10, revisión de la plataforma de acción de Beijing por la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de la ONU, Nueva York 2005 (fragmento)

- **Textos de la unión Europea**

Resolución del Parlamento Europeo sobre una campaña europea sobre tolerancia cero ante la violencia contra las mujeres, de 16 de septiembre de 1997

Decisión número 803/2004/C del Parlamento Europeo por la que se aprueba un programa de acción comunitario (2004-2008) para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo (Programa Daphne II), de 21 de abril de 2004.

Resolución 2004/2220 (INI) del Parlamento Europeo sobre la situación actual de la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones, de 6 de febrero de 2006.

Informe sobre las prioridades y líneas generales del nuevo marco político de la UE para combatir la violencia contra las mujeres (2010/2209 (INI)) del Parlamento Europeo.

Directiva 2011/99/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 13 de diciembre de 2011 sobre la orden europea de protección

Directiva 2012/29/UE del Parlamento europeo y del Consejo por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y por la que se sustituye la Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo

Reglamento (UE) 606/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de Junio de 2013

- **Textos del consejo de Europa**

Convenio sobre Prevención y Lucha contra la Violencia Doméstica y Violencia de Género, de 11 de mayo de 2011, firmado en Estambul, a iniciativa del Consejo de Europa.

- **Normativa Estatal (España)**

Constitución Española, de 27 de diciembre de 1978

Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las víctimas de la Violencia Doméstica.

Ley 30/2003, de 13 de octubre sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabore el Gobierno.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Real Decreto 1686/2000, de 6 de octubre, pro el que se crea el Observatorio de la Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres.

Real Decreto 1452/2005, de 2 de diciembre, por el que se regula la ayuda económica establecida en el artículo 27 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género

Real Decreto 1917/2008, de 21 de noviembre, por el que se aprueba el programa de inserción sociolaboral para mujeres víctimas de violencia de género

Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. Boletín Oficial del Estado nº 137, de 6 de junio de 2014.

## **Un reino muy lejano bañado por el sol. El lugar donde nació la evolución**

A very distant kingdom bathed in sunshine. The place where born the evolution

Jiménez Albundio M

Psicóloga, Sexóloga Clínica especialista en Infertilidad. Colaboradora Editorial

---

### **Correspondencia**

María Jiménez Albundio

Dirección postal: C/ Bous nº 1 – 4, 46113 Moncada, València

Teléfono: 609144041

Correo electrónico: [mariapsicosex@gmail.com](mailto:mariapsicosex@gmail.com)

---

### **Resumen**

En la actualidad, ya no nos resulta raro escuchar la palabra *infertilidad*, y es que el incremento de la misma en nuestros días parece evidente. Aún así, en numerosas ocasiones nos cuesta comprender qué sensaciones conlleva esta situación cuando de repente, de una manera casi mágica, nos creemos castigados por la barita de los problemas para procrear. De forma inesperada, el esquema vital se debe reconfigurar buscando nuevas piezas que encajen en el puzle de nuestra biografía y nos hayamos inmersos en un nuevo mundo de extrañas y novedosas técnicas que nos intentarán ayudar en nuestro cometido. Este artículo intenta explicar en forma de cuento algunas de las sensaciones asociadas a la infertilidad, haciendo una especial mención a los padres de la esperanza, o más denominada fecundación in vitro, y resaltando el gran papel de aquéllas personas que de su aflicción han sabido extraer el verdadero sentido de la vida; *ser felices*.

**Palabras clave:** cuento, infertilidad, reproducción asistida,

Erase que se era que dicen que fue una vez... un reino muy lejano bañado por el sol. Sus habitantes eran gente de bien, dedicados a la agricultura y al ganado en sus extensas y verdes praderas. La vida amanecía cada día con una sonrisa, pero esto no agradaba a todos por igual...

En lo alto de la colina moraba un maléfico brujo, cansado de las sonrisas y juegos de la población. Cada comienzo de semana bajaba a recoger su diezmo a cambio de no verter sobre las personas un perverso conjuro que acabara con la alegría del lugar.

Pero un día, una gran tormenta de hielo asoló las tierras de la aldea, sin que sus residentes pudieran hacer nada por evitarlo.

Los cultivos quedaron marchitos en su totalidad y el temor se apoderó de todos al ver al viejo aparecer a recoger su abundante ración de vegetales.

Tras comprobar que los aldeanos no le proporcionaban el pago, el enojo del embaucador fue tal que pasó semanas pensando como alterar el orden y generar problemas que acabaran por enfrentarles.

Tras mucho divagar dio con la solución; Había estado observando la importancia que la comunidad daba a tener un hijo, el comunicado de un embarazo era motivo de festejo y celebración y tener descendencia uno de los objetivos alrededor de los cuales giraba la vida de las personas.

De esta manera, y sin que ellos lo sospechasen, se dispuso a llevar a cabo su perverso plan consistente en privar a algunos de los habitantes de la opción de reproducirse, pues su objetivo no era acabar con la aldea, sino que los sentimientos de unos y otros chocaran entre sí. Calculado al milímetro eligió al azar a sus víctimas, tanto hombres como mujeres, y esperó a que los frutos de aquel encantamiento comenzaran a brotar.

Y así fue como pasado un tiempo, aquel reino muy lejano bañado por el sol comenzó a ver aparecer sus primeras nubes. Cada vez más parejas que anhelaban tener un hijo veían como su sueño se retrasaba en exceso y enturbiaba de forma clara todas las facetas de sus vidas, incluyendo su relación.

Algunas de las sonrisas de aquél hermoso lugar se fueron apagando, mientras otras seguían brillando con fuerza. Los aldeanos tocados por el brujo se sentían tan avergonzados, devaluados y fracasados que guardaban el gran secreto para sí, mientras un gran oleaje de emociones se adueñaba de ellos. La tristeza y la desesperación se reflejaban en sus rostros y no daban crédito a lo que sucedía a su alrededor, enojándose por ello y experimentando una tremenda envidia por sus risueños vecinos que los cubría de culpabilidad.

En las mujeres, la falta de motivación y rendimiento en sus tareas diarias era evidente, pues se sentían vacías al comprobar que una de las facetas más importantes en el papel para el que habían sido educadas no se llevaba a cabo; ser madre.

Para los hombres aquella condición no era más que una humillación, por lo que se refugiaban en sus trabajos evitando el tema e intentando no pensar en aquél golpe del destino.

Por su parte, los demás no comprendían el por qué de la situación y preguntaban con naturalidad el motivo por el que sus compañeros no habían tenido hijos todavía, ajenos a la presión y el dolor que podía provocar la cuestión. Se sentían impotentes al no poder hacer nada que devolviera el júbilo del que siempre habían hecho gala y aunque hacían grandes esfuerzos por entender

aquello que estaba aconteciendo no podían hacerse cargo de ello. Como no podía ser de otro modo, los habitantes fueron distanciándose poco a poco unos de otros; atrás quedaron las grandes fiestas donde todos disfrutaban unidos y las animadas charlas que arropaban largas tardes de domingo.

El hechicero, orgulloso de su acción, un buen día decidió bajar al poblado a regocijarse y burlarse de tal hazaña. Su propósito se había cumplido a la perfección y vestido con su arrogancia bajó a la villa con el objetivo de que todos supieran quien había sido el artífice de tan dañino maleficio.

Al conocer la noticia todos quedaron estupefactos, pues no pensaron jamás que ello pudiera suceder. Tras la decepción, unas voces firmes y enérgicas se alzaron sobre la desolación. Eran *Robert y Patrick*<sup>1</sup>, los curanderos del pueblo, quienes gritaban que no se dieran por vencidos, pues ellos se encargarían de buscar una solución.

*Hierbas, brebajes y agua del manantial, conjuros, hechizos y encantos sin parar y tras mucho maquinarse... ¡eureka! ¡La solución está al llegar!*

Ambos se pusieron manos a la obra para crear un ungüento sin precedentes ante la fascinación de muchos y la incredulidad de otros. Largos fueron los meses de trabajo y las noches sin dormir, pues importante era la misión y trascendental el resultado. ¿Estarían a punto de cambiar la suerte de la aldea?

Prolongada fue la espera pero como todo, ésta también tuvo un final. Un buen día, *Robert se inclinó a mirar uno de los bálsamos que habían estado preparando y vio algo divertido en aquellos curiosos cultivos que lo miraba desde abajo... ¡Fue en aquél preciso momento cuando se dio cuenta de que ambos lo habían logrado!*<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Robert Edwards, pionero de la fecundación in vitro y premio Nobel de Medicina en 2010 y Patrick Steptoe, compañero de investigaciones.

<sup>2</sup> Palabras de Robert Edwards: "Nunca olvidaré el día en que me incliné al microscopio y vi algo divertido en los cultivos. Lo que vi al inclinarme fue un [blastocisto](#) mirándome desde abajo. En ese momento pensé: 'Lo logramos'."

Sin más dilación, convocaron una asamblea donde presentarían el ambicioso cometido ante todos los habitantes del pueblecito. Todos quedaron impresionados ante el trabajo de nuestros dos intrépidos sabios y, aunque los aldeanos más conservadores lo consideraban un desafío a los dioses, la nueva fórmula constituiría todo un hito, pues no solo habían encontrado una fabulosa cura con la que contrarrestar los efectos de la malvada brujería que se cernía sobre ellos, sino que la maravillosa pócima era capaz de hacer engendrar un hijo a personas que antes del sortilegio no tenían la opción de hacerlo.

Pero amigos, como en todas las historias extraordinarias y maravillosas, lo cierto es que algunos lugareños no pudieron disfrutar de las dotes del ungüento, pero habían sido capaces de crear sólidas herramientas con las que hacer frente a la situación; habían tenido

tiempo para reflexionar y cavilar sobre cuestiones que nunca antes se habían planteado, descubrieron que la vida era algo más que tener un hijo, que ésta no giraba en torno a ello y comenzaron a hacer consciente la decisión de tenerlo no dejándose arrastrar por la corriente. Ser mujer ya no era sinónimo de ser madre, sino que comprendieron que ser mujer era mucho más que eso y ser madre, tan solo una opción. El embrujo ya no podía dañarles de manera alguna, pues la esencia de la vida se encontraba en esas grandes fiestas donde todos disfrutaban unidos y las animadas charlas que arropaban largas tardes de domingo.

El brujo quedó atónito pues su maleficio, lejos de dañarles, había servido para fortalecer aún más a aquél reino muy lejano bañado por el sol y avergonzado de su acción, abandonó su morada.

Así fue como de la adversidad, nació no solo esa curiosa pócima, sino algo mucho más valioso llamado *EVOLUCIÓN*.

A Eme.

## **Tener sexo previo a una competencia afecta el desempeño de un deportista: evidencias que rebaten el mito**

Having sex prior to competition affects the performance of an athlete: refuting myths

Polanco Reyes L<sup>1</sup>, Lino Rojas E<sup>1</sup>, Canto Cetina T<sup>1</sup>, Fuentes González P<sup>1</sup>

*1 Médico Cirujano. Universidad Autónoma de Yucatán.*

---

### **Correspondencia**

Lucila Polanco Reyes

C/ 122 n° 280 x 61A y 61B

Fracc. Yucalpetén

97238 Mérida. Yucatán. México

E-mail: [polareyes@live.com.mx](mailto:polareyes@live.com.mx)

**Fecha de recepción:** 12 de marzo de 2014. **Fecha de aceptación:** 17 de agosto de 2014

Fuente de financiamiento: Recursos propios de la institución.

Nota: Los resultados de esta investigación se presentaron en la “Annual Meeting of the Society for the Scientific Study of Sexuality” en la ciudad de Houston, Texas EE. UU.

### **Resumen**

**Antecedentes:** Numerosos estudios a través del tiempo han demostrado que la actividad sexual es un factor determinante en el rendimiento físico del deportista previo a un evento; así, hay algunos que afirman que el sexo antes de una competencia perjudica el rendimiento, otros estudios declaran que ocurre todo lo contrario: lo incrementa, mientras que la mayoría de los resultados asegura que hacer el amor o no antes de la competencia no influye para nada en la misma.

**Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal en la ciudad de Mérida Yucatán México en 15 deportistas activos, varones, sexualmente activos.

La primera fase del estudio se realizó a los atletas sin haber tenido actividad sexual alguna al menos las últimas 12 a 24 horas, y la segunda fase a las 12 a 24 horas posteriores a esta actividad en pareja. En ambas fases se determinaron: Parámetros de Fuerza, Fuerza Máxima, Fuerza explosiva Velocidad de romper la inercia, Velocidad máxima, Potencia Anaeróbica, Resistencia aeróbica, Determinación de Índice de flexibilidad, Velocidad en Plataforma computarizada, Prueba la Reacción visual corta, Reacción Visual larga, Reacción auditiva corta, Reacción auditiva larga y Carrera estacionaria .

**Resultados:** Nuestros resultados reportan que el nivel de desempeño físico realizado al menos 12 horas después de haber tenido sexo, fue mucho mejor en estos atletas que en aquellos con abstinencia sexual las últimas 12 a 24 horas previas a la aplicación de las pruebas del estudio. Los resultados fueron estadísticamente significativos con un nivel de significancia de 0.05, ambos en categorías de fuerza, resistencia física y flexibilidad. Sin embargo, no hubo diferencia en significativa respecto a reacción según tiempo.

**Palabras clave:** actividad sexual, desempeño físico, competencias, atletas

## Summary

**Background:** Numerous studies over time have shown that sexual activity is a determining factor in the physical performance of the athlete prior to an event. Some authors say that sex before competition hurts performance, other studies state that the opposite is what happens: performance improves, while most of the results indicate that making love or not before a competition has no influence on it. It has even been said that the amount of physical effort depends on the coital position and on whether orgasm is obtained or not.

**Methods:** We performed a prospective longitudinal study in Merida, Yucatan, Mexico in 15 male active athletes who were sexually active. The first phase of the research was conducted in subjects without sexual activity for 12 to 24 hours, and the second phase was carried out between 12 and 24 hours of having had sex with a partner under the usual conditions. In both phases the following tests were conducted: Strength measurement, muscular flexibility index, speed on computer platform for the measurements of short and long visual reaction times, short and long hearing reaction times, stationary run (sprint) time and power. A comparison was made between the two stages in order to determine the differences in the results.

**Results:** It was found that physical performance levels achieved at least 12 hours after having sex were much better than those from the baseline test, with sexual abstinence between 12 and 24 hours. These results were statistically significant at the 0.05 level, both in strength and power and flexibility. However, there was no significant difference in reaction time.

**Key words:** sexual activity, physical performance, competition, athletes

## ANTECEDENTES

Muchos deportistas profesionales como boxeadores, futbolistas y tenistas, aseguran que mantener relaciones sexuales antes de una competencia los hace sentir mejor y hasta lo utilizan como una cábala. Pero las opiniones a este respecto están divididas y por ello, muchas delegaciones permiten las concentraciones con las parejas y otras las prohíben de manera definitiva (1). Así pues, existe evidencia científica que contradice el mito de que mantener relaciones sexuales coitales es perjudicial antes de realizar alguna actividad que requiere de un rendimiento físico máximo, así, la mayoría de los estudios realizados para desechar el mito asegura que hacer el amor o no antes de la competición no influye para nada en la misma (2).

En la antigua Grecia al semen se le consideró “la sustancia de la energía divina”, y por lo tanto “derramarla o “perderla” podría ser contraproducente para el equilibrio mental (2). Esa creencia se empezó a denominar como la teoría de la “conservación espermática”, hoy conocida como abstinencia sexual (3).

Un estudio realizado en la Clínica Universitaria de Ginebra experimentó con 16 atletas quienes debían tener relaciones sexuales antes de una prueba deportiva y obtuvo resultados sorprendentes ya que sus resultados fueron que cuando el sexo tenía lugar 10 horas antes de la prueba, no ejercía ninguna influencia (4).

Por otra parte también se ha demostrado que el ejercicio regular, de moderada intensidad, puede mejorar el apetito sexual (5). Whitten y Whiteside estudiaron a dos grupos de nadadores, que entrenaban en promedio 1 hora diaria, de 4 a 5 días a la semana, y que competían en juegos para adultos mayores; se pudo concluir que el comportamiento sexual de los deportistas y de las personas físicamente activas es estable a través del tiempo (e.g., edades de 20 a 60 años), siempre y cuando no exista sobreentrenamiento o alguna otra patología de importancia (6).

Bohlen *et ál* midieron variables fisiológicas y metabólicas bajo 4 condiciones, más bien posiciones coitales y también auto-estimulación del hombre mientras estaba solo; en cada condición, se

midieron las variables dependientes en reposo, luego de una etapa de estimulación y durante el orgasmo.

Los resultados más novedosos fueron en términos del gasto energético. Los mayores gastos ocurrieron cuando el hombre mantuvo relaciones coitales sobre la mujer ( $x = 3$  METS) y viceversa ( $x = 2,5$  METS) (7,8).

El estudio más reciente, acerca del efecto de la actividad sexual en el ejercicio físico fue realizado por Sztajzel (4). En este, se reclutaron 15 atletas de élite, que entrenaban en promedio 2 horas por día, 5 días a la semana, se les midieron los niveles de testosterona, seguido de una prueba de esfuerzo máxima, estando en abstinencia sexual al menos 24 horas y luego de haber tenido relaciones sexuales con penetración y eyaculación; los resultados indican que la actividad sexual previa a un esfuerzo físico máximo no afecta significativamente las variables fisiológicas ni psicológicas medidas (9).

#### **Objetivo general**

Determinar si existe diferencia entre el rendimiento físico del deportista previa y posteriormente a las relaciones sexuales, traducido en cambios en la fuerza, velocidad, flexibilidad y potencia anaeróbicas.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio comparativo, longitudinal, prospectivo y experimental

La primera fase de la investigación se lleva a cabo con el deportista seleccionado que cuenta con un periodo de 12 a 24 hrs, sin haber tenido actividad sexual y la segunda etapa se realizó a las 12 a 24 horas de su última relación sexual.

Se determinaron parámetros de Fuerza, Fuerza Máxima, Fuerza explosiva con un dinamómetro Lafayette, Velocidad de romper la inercia, Velocidad máxima, Potencia Anaeróbica con cicloergómetro SciFit II mediante el test de Wingate, Resistencia aeróbica, Determinación de Índice de flexibilidad dada por la sumatoria de las tres flexibilidades, bipedestación, sentado e hiperextensión, Velocidad en Plataforma computarizada, (protocolo de Michecevi)

prueba la Reacción visual corta, Reacción Visual larga, Reacción auditiva corta, Reacción auditiva larga y Carrera estacionaria .

Una vez concluidas las 2 etapas se hizo un comparativo de las mismas para poder determinar los resultados obtenidos.

Se utilizó como prueba estadística la t de Student para las variables cuantitativas y prueba de  $J_i^2$  para la variable cualitativa con nivel de significancia de 0.05. .

### **RESULTADOS**

Se estudiaron 15 futbolistas de la Ciudad de Mérida, Yucatán, México, en el laboratorio de Ergometría del Departamento de Medicina del Deporte de la Universidad Autónoma de Yucatán ,los cuales se encontraban en un rango de edad entre 18 a 42 años, encontrando una media de  $26 \pm 7.33$ ; 8 eran solteros, 5 casados y 3 vivían en unión libre. (Gráficas 1 y 2)

El tiempo promedio entre la última relación sexual y el término de las pruebas evaluativas fue de  $12 \pm 2$  horas.

Según los datos obtenidos, el desempeño de los deportistas en la segunda etapa de las pruebas físicas fue incluso mejor que en la primera, ya que sus resultados tuvieron una significancia estadística contrastante de  $< 0.05$  tanto en fuerza, potencia y flexibilidad, sin embargo ésta no fue del todo mejor en velocidad de reacción.

En cuanto a la flexibilidad ningún futbolista tuvo retroceso en los resultados comparados con la segunda etapa, siendo los casados y que a su vez juegan como mediocampistas, los que en su mayoría mejoraron su desempeño físico. (Tabla 1)

En la potencia anaeróbica, 13 de los 15 sujetos incluso mejoraron marcas (Tabla 2). En lo que respecta a la velocidad de reacción (auditivas y visuales), dentro del análisis individual de cada uno de los futbolistas estos resultados fueron satisfactorios, siendo los defensas y los solteros los que en su análisis obtuvieron los resultados más bajos en cuanto a rendimiento. (Tabla 3)

## DISCUSIÓN

### Significado y aplicación práctica de los resultados

A diferencia de nuestra investigación otros estudios no encontraron diferencias en cuanto a parámetros medidos tanto fisiológicos como de percepción de mejoría en el rendimiento físico. Aun en estas fechas, inclusive posterior a realizar estas pruebas, nuestros deportistas se mostraban ansiosos al pensar que los resultados serían adversos y no habrían cambios benéficos, sino por el contrario pensaron los resultados serían desfavorables, lo cual demuestra el peso de las creencias a este respecto.

Para este grupo de atletas se observó que el rendimiento físico después de la actividad sexual si tuvo cambios que fueron en su mayoría estadísticamente significativos hacia la mejoría en el desempeño; tanto en fuerza y potencia anaeróbica como en flexibilidad, por lo que, contrario a la recomendación de la abstinencia sexual, resultaría provechosa la actividad previa a eventos deportivos.

Nuestro estudio no solo mostró cambios en el rendimiento, la percepción del esfuerzo posterior a la interacción sexual y los resultados obtenidos, si no que estos cambios fueron en mejoría y significativos, diferente a lo que revelan otros estudios (3), que detectaron cambios en la frecuencia cardíaca en la prueba de esfuerzo posterior a las relaciones sexuales horas antes de la prueba.

### Posibles limitaciones o inconsistencias de la metodología y razones por las que los resultados pueden ser válidos

Consideramos que el hecho de que cuestiones fisiológicas, energéticas y metabólicas se hayan estudiado en el presente estudio, el desempeño del atleta en el terreno de juego podría tal vez ser diferente. Sin embargo no formaron parte de nuestros objetivos específicos.

### Relación con publicaciones científicas similares

De acuerdo a los resultados obtenidos y en comparación con estudios anteriores se demuestra que la interacción sexual previa a un esfuerzo físico no afecta de manera negativa el rendimiento de un atleta y aún cuando hubiera cambios, los estudios tienden

a indicar que estas actividades no afectan su rendimiento grandemente (4, 10-12).

A diferencia de lo que se pensaba y demostró tanto en la mitología como en estudios previos al actual (1), más del 90 % de los sujetos estudiados subrayan que la actividad sexual 12 horas antes de la competencia no afectan su rendimiento de manera negativa (13)

Estos estudios no evaluaron la totalidad de los parámetros que en éste se evaluaban, inclusive los evaluados fueron con resultados no significativos

En conclusión la significancia estadística de ciertos parámetros obtenidos parece demostrar que el mito de que las relaciones sexuales previas a un evento deportivo afectan éstas, quedan descartados en esta investigación.

## REFERENCIAS

- 1.-Sexo y deporte. Publicación electrónica. Revisado en enero 2014. Disponible en: <http://www.puntofape.com/sexo-y-deporte-5696/>
- 2.-Gordon, M. College coaches' attitudes toward pregame sex. *The Journal of Sex Research*, 1988; 24, 256-262.
- 3.-Anshel, M. H. Effects of sexual activity on athletic performance. *The Physician and Sports Medicine*, 1981; 9(8): 65-68.)
- 4.-Sztajzel, J.; Périat, M.; Marti, V.; Krall, P. y Rutishauser, W. Effect of sexual activity on cycle ergometer stress test parameters, on plasmatic testosterone levels and on concentration capacity: A study in high-level male athletes performed in the laboratory. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness* 2000; 40(3): 233-239.).
- 5.-Whitten P, Whiteside EJ. an exercise make you sexier? *Psychology Today* 1989; 23(4):42-43.
- 6.- Sebastiani, Enric M; González A Carlos; Cualidades Físicas, La Flexibilidad, Biblioteca Temática del deporte, INDE Barcelona España 2000 Capitulo 4, Pág. 33
- 7.-DeBusk, R. F. Evaluating the cardiovascular tolerance for sex. *American Journal of Cardiology* 2000;86(2A): 51F-56F

- 8.-McArdle, W. D.; Katch, F. I. y Katch, V. L. Exercise physiology: Energy, nutrition, and human performance 5th Ed.
- 9.-Brody, S. y Preut, R. (2003). Vaginal intercourse frequency and heart rate variability. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2003; 29: 371-380
- 10.-Moncada J.J., Chacón Araya Y. Relaciones sexuales y rendimiento físico: esclareciendo el mito del efecto perjudicial de mantener relaciones sexuales coitales antes de participar en actividades físicas extenuantes.- APUNTES EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES. 2.º trimestre 2006: (58-65). Recuperado el 22 de mayo de 2011 de:  
<http://www.doredin.mec.es/documentos/01520123000348.pdf>
- 11.-Venter RE. Role of sleep in performance and recovery of athletes: A review article. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, 2012;34(1), 167-184.
- 12.-Lathleam T. The role of sexual activity on sleep and performance in competitive athletes.  
Publicación electrónica.(Recuperado en febrero 2014) Disponible en:<http://www.thesportinmind.com/articles/the-role-of-sexual-activity-on-sleep-and-performance-in-competitive-athletes/>
- 13.-Pupi M, Rakovi A, Stankovi D, Koci M, Savanovi V. Sex and endurance performance. *Sport SPA* 2010; Vol.7, Issue 1: 21-25.

## ANEXOS

**TABLA 1**

**Índices de flexibilidad antes y después de las relaciones sexuales**

<b>PRUEBAS</b>	<b>MEDIA ANTES DEL SEXO</b>	<b>MEDIA DESPUES DEL SEXO</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>FLEXIBILIDAD EN BIPEDESTACION</b>	<b>5.60</b>	<b>6.40</b>	<b>0.80 *</b>
<b>FLEXIBILIDAD EN SEDESTACION</b>	<b>5.47</b>	<b>6.53</b>	<b>1.06 *</b>
<b>FLEXIBILIDAD EN HIPEREXTENSION</b>	<b>6.00</b>	<b>6.53</b>	<b>0.53</b>

\* Significancia estadística

**TABLA 2**

**Promedio de potencia anaeróbica antes y después de la relación sexual (Watts)**

<b>PRUEBA</b>	<b>MEDIA ANTES DEL SEXO</b>	<b>MEDIA DESPUES DEL SEXO</b>	<b>DIFERENCIA</b>
<b>POTENCIA ANAEROBICA</b>	<b>995.33</b>	<b>1130.27</b>	<b>134.94 *</b>

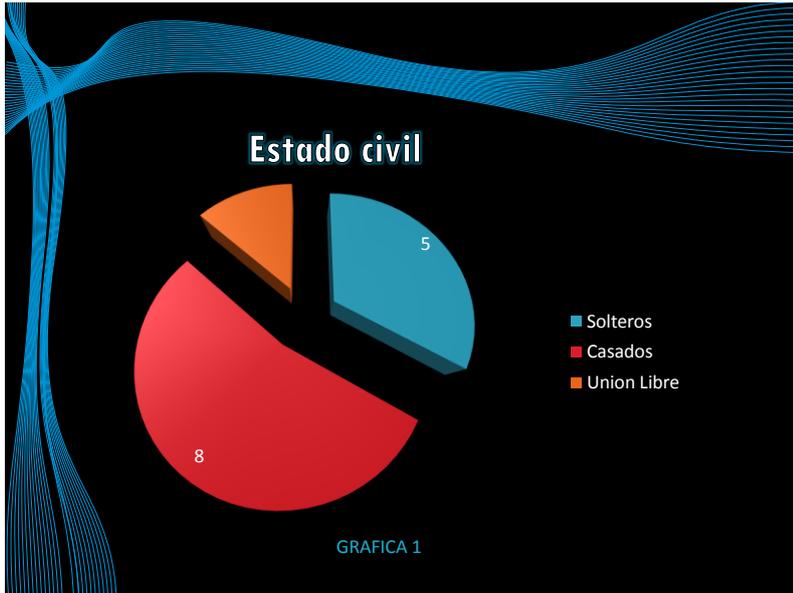
\* SIGNIFICANCIA ESTADISTICA

**TABLA 3**

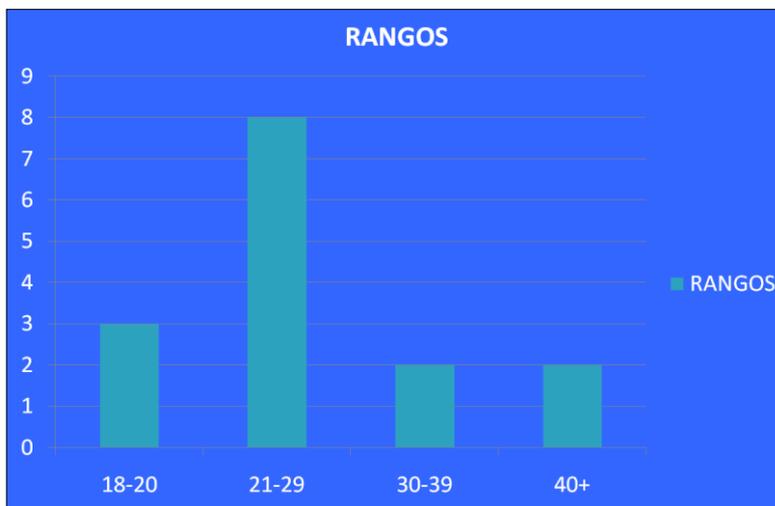
**Cambios de velocidad de reacción (vr) antes y después del contacto sexual (segundos)**

<b>PRUEBA</b>	<b>MEDIA ANTES</b>	<b>MEDIA DESPUES</b>	<b>DIFERENCIA</b>
JOGGING	62.40	66	3.6 *
SPRINT	72.40	75.60	3.2 *
VRVC	0.26060	0.24580	0.01480
VRVL	0.26540	0.24580	0.0196
VRAC	0.25567	0.24740	0.00827
VARL	0.26060	0.25580	0.0048

\* SIGNIFICANCIA ESTADISTICA

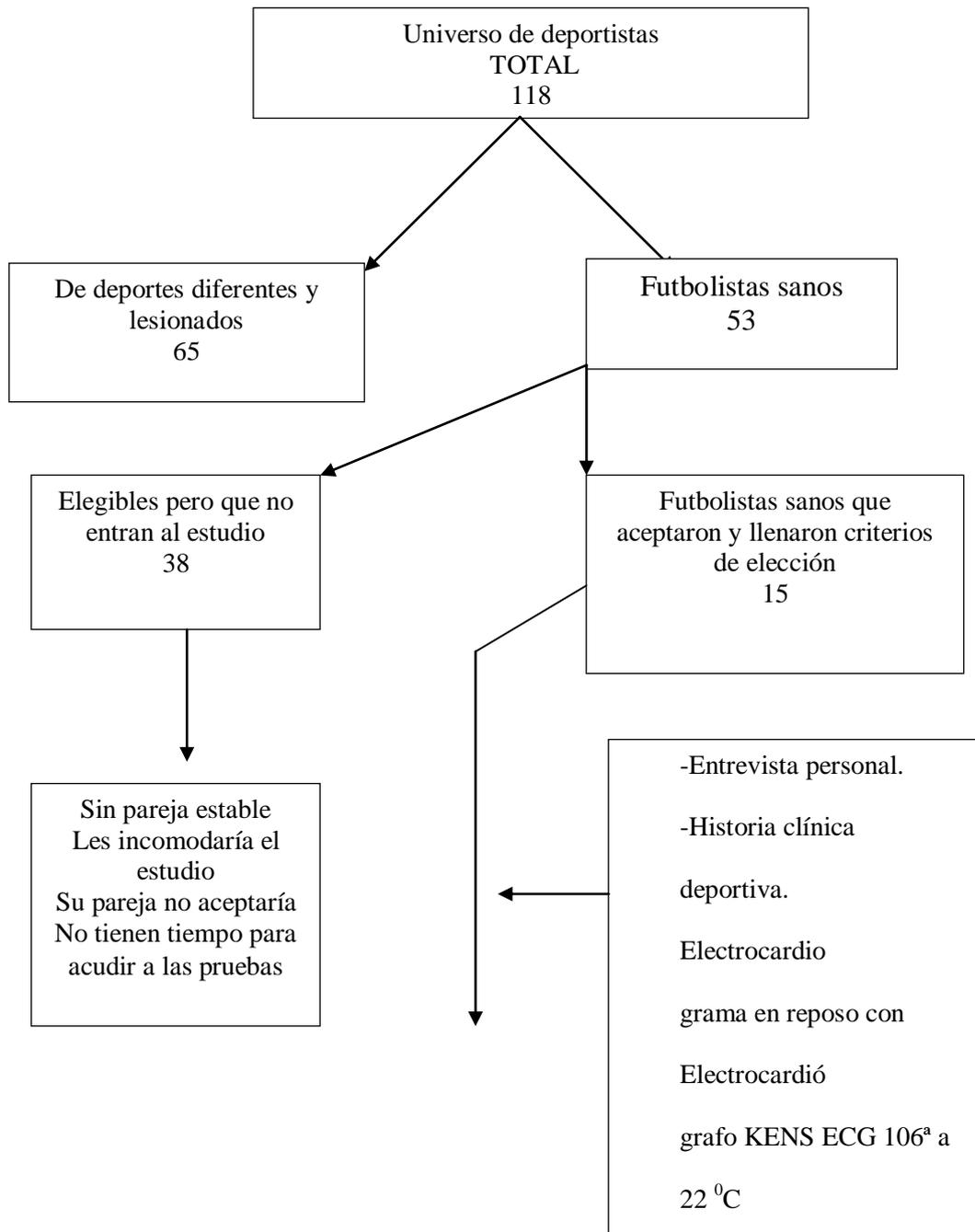


**GRAFICA 1 Estado civil de los participantes**



**GRÁFICA 2. Rango de edades de los atletas participantes (15)**

**MATERIAL Y METODOS**  
**ESQUEMA GLOBAL DEL ESTUDIO**



Estudio prospectivo, longitudinal comparativo realizado en el laboratorio de Ergometría del Departamento de Medicina del Deporte de la Universidad Autónoma de Yucatán, México, en 15 deportistas varones, sexualmente activos. El mito de que las relaciones sexuales previas a un evento deportivo afectan éstas, queda descartado en esta investigación, demostrado con significancia estadística.  $p < 0.05$

## Promoción, prevención e intervención en salud sexual y reproductiva en infancia y adolescencia desde Atención Primaria.

Promotion, prevention and intervention in sexual and reproductive health in childhood and adolescence from Primary Care

Hurtado Murillo F<sup>1</sup>, Donat Colomer F<sup>1</sup>, Colomer Revuelta J<sup>2</sup>, Pla Ernst E<sup>3</sup>, Sánchez Guerrero A<sup>4</sup>, Sarabia Vicente S<sup>2</sup>, Cantero Llorca J<sup>5</sup>.

*1 Centro de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente San Luis” de Valencia. Departamento Doctor Peset. Agencia Valenciana de Salud.*

*2 Centro de Atención Primaria “Fuente San Luis” de Valencia. Consellería de Sanidad.*

*3 Dirección de Salud Pública de Valencia. Consellería de Sanidad.*

*4 Centro de Salud Mental de adultos “Fuente San Luis” de Valencia. Departamento Doctor Peset. Agencia Valenciana de Salud.*

*5 Dirección de Atención Primaria. Departamento Doctor Peset. Agencia Valenciana de Salud.*

Proyecto de Investigación en Programas de salud, prevención y predicción de enfermedad para el año 2008 de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana. Beca 040/2008

Comunicación oral presentada en el XVII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. Punta Cana (República Dominicana). 10-13 de septiembre de 2014.

---

### Correspondencia

Felipe Hurtado Murillo

Centro de Salud Sexual y Reproductiva. Centro de Salud “Fuente San Luis” de Valencia. Departamento Hospital Doctor Peset. Agencia Valenciana de Salud.

Calle Arabista Ambrosio Huici, 30.

46013 - Valencia

Teléfono: 96.1972816. Correo electrónico: [felipehurtadomurillo@gmail.com](mailto:felipehurtadomurillo@gmail.com)

**Fecha de recepción:** 20 de mayo de 2014. **Fecha de aceptación:** 17 de octubre de 2014

---

### Resumen

**Objetivo:** Analizar las actividades de promoción, prevención e intervención en salud sexual y reproductiva en infancia y adolescencia, que realizan los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Valencia y, los factores asociados en la realización. **Diseño:** Estudio multicéntrico observacional transversal. **Emplazamiento:** 41 centros sanitarios públicos de atención primaria, dependientes de cinco Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana (5, 6, 7, 9 y 10). **Participantes:** 499 sujetos (224 médicos/as de familia, 56 pediatras, 189 enfermeras/os y 30 matronas de los 41 centros de atención primaria de salud. **Intervención:** Las variables se han recogido mediante cuestionarios autoaplicados sobre actividades de promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual y reproductiva, uno para médicos/as (Médico/a de Familia y Pediatra) y otro para Enfermería (Enfermera/o, Matrona/o). **Mediciones principales:** El análisis de datos ha comprendido la descripción de las variables y de sus frecuencias en tasas, separado por grupos poblacionales. Además se han realizado análisis estadísticos de contingencias mediante la

prueba Chi cuadrado de Pearson. **Resultados:** La realización de actividades de educación sexual en infancia y adolescencia es muy baja en todos los profesionales sanitarios, siendo enfermería sobre todo las matronas las que destacan y se diferencian significativamente ( $\chi^2= 41,781$ ;  $p=0,000$ ). La comprobación sobre si niñas/os y adolescentes reciben educación sexual en su medio familiar y en el ámbito escolar, se realiza con muy poca frecuencia por los profesionales de la medicina (2,1% al 3,6%). Entre los profesionales de enfermería, son las matronas las que más la realizan (31% al 36% de las mismas) con diferencias significativas ( $\chi^2= 46,393$ ;  $p=0,000$ ). En la realización de recomendar o donar materiales educativos siguen destacando las matronas (36,7%), así como en la realización de actividades de salud comunitaria (73,3%), mostrando de nuevo diferencias significativas ( $\chi^2=23,269$ ;  $p=0,000$ ). La realización de controles sobre el desarrollo sexual (caracteres primarios y secundarios), se realiza minoritariamente, salvo por pediatras que alcanza al 87,5% de los mismos. **Conclusiones:** En la práctica habitual de informar o asesorar a padres y familiares sobre cómo educar y fomentar el dialogo sobre sexualidad y reproducción, enfermería supera a medicina, destacando las matronas. Entre las principales dificultades para la intervención en salud sexual y reproductiva en infancia y adolescencia en todos los profesionales destacan: la falta de tiempo en consulta, la insuficiente formación y no contar con equipo multidisciplinar.

**Palabras clave:** Salud sexual y reproductiva. Infancia. Adolescencia. Educación para la salud. Prevención. Médico de Familia. Pediatra. Enfermera. Matrona.

### Summary

**Objective:** To analyze advocacy activities, prevention and intervention in sexual and reproductive health in childhood and adolescence, performed by primary care health professionals in Valencia and associated factors in the performance. **Design:** Transversal observational multicenter study. **Emplacement:** 41 public health centers in primary care, which depend on five departments of Health of the Valencian Community (5, 6, 7, 9 and 10). **Participants:** 499 subjects (224 family physicians, 56 pediatricians, 189 nurses and 30 midwives of the 41 centers of primary health care. **Intervention:** The variables were collected through self-administered questionnaires on advocacy, prevention, detection and intervention in sexual and reproductive health, one for physicians (Family doctor and pediatrician) and another for Nursing (Nurse and Midwife). **Main measurements:** Data analysis has included the description of the variables and their frequencies in rates, separated by population groups. We have also conducted statistical analyzes of contingencies by Pearson's Chi-square test. **Results:** The activities of sex education in children and adolescents is very low in all health professionals, being especially nursing and midwifery which stand out and are differentiated significantly ( $\chi^2= 41,781$ ;  $p=0,000$ ). Checking whether girls / boys and teens receive sex education in their family and in schools, is performed infrequently by medical professionals (2.1% to 3.6%). Among nurses, midwives are the most the made (31% to 36% of them) with significant differences ( $\chi^2= 46,393$ ;  $p=0,000$ ). In conducting recommend or donate educational materials highlighting midwives follow (36.7%) as well as in conducting community health activities (73.3%), again showing significant differences ( $\chi^2=23,269$ ;  $p=0,000$ ). The checks on sexual development (primary and secondary characters) minority is done except for pediatricians to reach 87.5% of them. **Conclusions:** In the practice of information or advice to parents and families on how to educate and encourage dialogue on sexuality and reproduction, nursing outperforms medicine, highlighting the midwives. Among the main difficulties for intervention in sexual and reproductive health in childhood and adolescence in all professionals include: lack of time in consultation, insufficient training and not having multidisciplinary team.

**Key words:** Sexual and reproductive health. Children. Adolescents. Health education. Prevention. Family Doctor. Pediatrician. Nurse. Midwife.

## INTRODUCCIÓN

Por los datos disponibles, es frecuente en la adolescencia el inicio de la actividad sexual a edad temprana, sin tener ni las actitudes ni los conocimientos adecuados por irrealistas e incompletos, debido a las fuentes de información sexual no científicas que con mayor frecuencia utilizan: amigos/as y medios de comunicación de masas (1,2), ya que, desafortunadamente, los padres y profesores han venido jugando un papel menor en la educación sexual de los/as adolescentes.

La inadecuada educación sexual de los/as adolescentes, junto a la hiperestimulación de conductas sexuales adultas, que unidas a características propias de la edad como la ausencia de experiencia, la impulsividad y el deseo de explorar, conduce a muchos/as a realizar diferentes conductas sexuales de riesgo, sin conciencia de ello y sin los adecuados niveles de protección para la salud (3). Ocasionando consecuencias sanitarias y sociales como los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, las disfunciones sexuales y la violencia sexual y de género, entre otras.

Padres, educadores, agentes socio-sanitarios y políticos intentan determinar la fórmula de educación sexual más efectiva, para la promoción de la salud sexual y la prevención de las conductas sexuales de riesgo en la población infantil y adolescente. Aunque es escaso el número de intervenciones educativas con un diseño de planificación y evaluación adecuados (5), existen evidencias de la efectividad de los programas educativos en el medio escolar, tanto en el incremento de conocimientos como en el aumento de conductas de sexo seguro y de mayores habilidades sociales comunicativas y de negociación (6-8).

La comparación de experiencias entre diferentes países demuestran que la prevención efectiva de las conductas de riesgo sexual en niños/as y adolescentes son el resultado de acciones intersectoriales en las que los medios de comunicación, educación y atención sanitaria tienen un papel complementario (9-11). Habiendo un razonable consenso de la efectividad respecto

a relacionar las intervenciones escolares con los servicios sanitarios y la inclusión de los padres y madres en las actividades de los programas (5).

La mayoría de los grupos de expertos en actividades preventivas como La Canadian Task Force (12), el Institute for Clinical Systems Improvement (13), el grupo español PAPPS, Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, sección de infancia y adolescencia (14) y La American Academy of Family Physicians junto a la Asociación Médica Americana (4), incluyen recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios específicamente relacionadas con la educación sexual, la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescentes incorporadas en los exámenes sistemáticos de salud. Por su parte, La American Academy of Pediatrics (15) establece recomendaciones indicando que los pediatras podrían integrar la educación sexual en las relaciones confidenciales y longitudinales que establecen con los niños y niñas, adolescentes y sus familiares para complementar la información recibida en la familia, el medio escolar o en otros programas comunitarios, debiendo discutir la sexualidad normal y la prevención del abuso sexual sin miedo de alienar a los padres (25).

## MATERIAL Y MÉTODO

### *Sujetos de estudio*

Hemos realizado un estudio multicéntrico observacional transversal en profesionales sanitarios de Centros de Atención Primaria de Salud de Valencia. La muestra final se ha compuesto de 499 sujetos (224 médicos/as de familia, 56 pediatras, 189 enfermeras/os y 30 matronas de los 41 centros de atención primaria de salud).

### *Instrumento de medida*

Todas las variables se han recogido mediante dos cuestionarios autoaplicados, uno para los profesionales de la medicina (pediatras y médicos/as de familia (anexo I), otro para los profesionales de enfermería (enfermera/o y matrona/o (anexo II).

Los cuestionarios han sido anónimos, reflejando los siguientes datos de referencia: Centro de salud, Departamento de salud, especialidad médica (Pediatría o Medicina Familiar y Comunitaria) o especialidad de enfermería (Enfermera/o, Matrona/o) y fecha de cumplimentación.

#### *Procedimiento*

Los cuestionarios son autoaplicados y se hicieron llegar a los/as profesionales sanitarios para su cumplimentación de la siguiente manera: una entrevista con el/la directora/a médico/a y otra con el/la directora/a de enfermería de cada uno de los cinco Departamentos de Salud que han participado en el estudio; los/as directores/as médicos/as por un lado y, los/as directores/as de enfermería por otro, convocaron a los/as coordinadores/as respectivos de todos los Centros de Salud participantes, a una sesión clínica donde el equipo investigador hizo una presentación del proyecto de investigación y dio a cada uno/a de los/as coordinadores/as respectivos/as tantos cuestionarios como personal sanitario tenía en sus Centros de Salud.

Los/as coordinadores/as médicos/as y de enfermería en sus respectivos centros sanitarios repartieron los cuestionarios a los y las profesionales y tras recoger los mismos, los enviaron por correo postal al equipo investigador. Con el fin de recoger el máximo de cuestionarios posibles, se hizo un recordatorio a los tres meses en aquellos Centros Sanitarios que presentaron baja participación, realizando una sesión clínica adicional.

#### *Análisis de datos*

El análisis descriptivo de las variables de los cuestionarios para los profesionales sanitarios, ha sido de tipo cuantitativo y ha comprendido la descripción de las variables y de sus frecuencias, separado por grupos profesionales, transformando las puntuaciones directas en porcentajes. Además se han realizado análisis estadísticos de contingencias, mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson para comparar porcentajes y valorar si las diferencias encontradas en las distintas variables entre

los grupos profesionales, son estadísticamente significativas.

## **RESULTADOS**

### **1.- Actividades de educación sexual ajustada a la etapa evolutiva**

En las tablas 1a y 1b aparecen los resultados referentes a la realización de actividades de educación sexual ajustada a la etapa evolutiva de los/as niños/as y adolescentes como práctica habitual del protocolo de consulta. Se puede observar (tabla 1b) como existen diferencias significativas entre los profesionales de la medicina y de la enfermería ( $\chi^2= 41,781$ ;  $p=0,000$ ), donde, como resultados más importantes, mientras los médicos en un bajo porcentaje indican que lo hacen siempre (5%) y a veces un 46,4%, es llamativo el aumento ante demandas o quejas y signos de sospecha (32,1%), en cambio, enfermería como grupo expresa que lo hace siempre en una mayor tasa (15,4%) de sus profesionales, a veces un 34,6% y baja de forma notoria hasta el 18,6% ante demandas o quejas y signos se sospecha.

Entre los médicos (tabla 1a), pediatras y médicos de familia, son los primeros los que más lo hacen siempre como práctica habitual, pero aun así la tasa es muy baja (8,9% frente a 4%), siendo los médicos de familia los que más lo hacen cuando hay demandas o quejas y signos de sospecha (35,8%), frente al 17,9% de pediatras.

Entre el personal de enfermería (tabla 1a), la tasa de matronas que realiza siempre este tipo de actividad es más del doble que la de las enfermeras (34,5% y 12,4% respectivamente), en cambio, cuando hay una demanda o queja y ante signos de sospecha las enfermeras doblan en tasa a las matronas (20% frente a 10,3%).

### **2. Educación sexual en el medio familiar**

Los datos sobre la comprobación por parte de los y las profesionales sobre si los niños y adolescentes atendidos en consulta (tablas 2a y b), están recibiendo educación sexual en su medio familiar, arrojan diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2= 41,006$ ;  $p=0,000$ ), siendo enfermería la que realiza esta práctica siempre en más ocasiones

(18,6%), en cambio los médicos solamente expresan que lo hacen siempre en un porcentaje muy bajo (2,1%). Analizando las diferencias entre enfermeras y matronas, son éstas últimas las que más la realizan (36,7% frente a 15,7%).

### **3.- Educación sexual en el ámbito escolar**

Complementariamente, los datos analizados tanto sobre si los niños y niñas como los y las adolescentes atendidos en consulta, están recibiendo educación sexual en el ámbito escolar (tablas 3a y b), vuelven a reflejar diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2= 46,393$ ;  $p=0,000$ ) a favor de la enfermería ya que el 23,8% de sus profesionales realiza siempre esta práctica profesional, frente a solamente el 3,6% de las y los médicos/os. Siendo de nuevo las matronas las que como grupo realizan esta práctica profesional en mayor número (31%), enfermeras (22,7%), pediatras (7,3%) y con la menor tasa médicos de familia (2,7%).

### **4.- Información a padres u otros familiares sobre cómo educar y fomentar el dialogo sobre sexualidad**

En las tablas 4a y b, quedan reflejados los datos sobre la realización de información o asesoramiento a padres u otros familiares, sobre cómo educar y fomentar el diálogo sobre sexualidad. El análisis (tabla 6b) indica que entre ambos tipos de profesionales (médicos y enfermeras) las diferencias existentes alcanzan nivel de significación estadística ( $\chi^2= 45,150$ ;  $p=0,000$ ), ya que la enfermería lo realiza siempre en un 18,6% mientras que los médicos solamente en un 7,1%, en cambio éstos últimos duplican a la enfermería en ésta actividad cuando hay demanda y ante signos de sospecha (35,4% frente a 16,8%).

Entre los médicos, pediatras y médicos de familia, hay pocas diferencias tanto entre los que siempre lo realizan como práctica habitual (5,4% y 7,6% respectivamente), como entre los que lo hacen ante demandas y signos de sospecha (35,7% frente a 35,2%). No ocurre lo mismo entre el personal de enfermería, mientras que el 46,7% de las matronas lo realizan siempre, baja hasta el 14,1% la tasa de las enfermeras; mejorando

éstas últimas respecto a las matronas ante demandas o signos de sospecha (18,4% frente a 6,7%) (tabla 4a).

### **5.- Recomendaciones o donación de material educativo sobre sexualidad**

Sobre el hecho de realizar recomendaciones o donar algún tipo de material educativo sobre sexualidad, los datos analizados (tabla 5b) vuelven a mostrar diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales de la enfermería y de la medicina ( $\chi^2= 23,269$ ;  $p=0,000$ ), ya que los primeros lo realizan siempre en el 14% de las ocasiones y, solamente el 2,5% de los segundos, aun así, la tasa de esta actividad es muy baja para ambos grupos. Destacando (tabla 5a) que las matronas suben hasta el 36,7% y se diferencian del resto de profesionales, enfermeras/os (10,3%), pediatras (1,8%) y médicos/as de familia (2,7%).

### **6.- Actividad comunitaria en salud sexual**

Las tablas 6a y b refleja los datos sobre la realización de algún tipo de actividad comunitaria en salud sexual, bien individualmente o como parte de un equipo multidisciplinar. Siguen, los profesionales de la enfermería, mostrándose más activos ya que el 21% de los mismos lo realiza siempre, frente al 4% de los médicos; éstas diferencias observadas alcanzan cotas de significación estadística ( $\chi^2= 26,026$ ;  $p=0,000$ ). Vuelven a destacar las matronas ya que el 73,3% de las mismas realizan actividad comunitaria en salud sexual y reproductiva, bajando hasta el 12% en enfermeras/os, bajando aun más en pediatras (5,4%) y mucho más en médicos/as de familia (3,6%).

### **7.- Controles sobre desarrollo sexual**

En las tablas 7a y 7b se pueden observar los datos sobre la realización de controles en la consulta sobre el desarrollo sexual (aparición de caracteres sexuales secundarios o normalidad genital), los resultados (tabla 7b) indican que se realiza siempre de forma minoritaria, tanto por los profesionales médicos (25,4%), como por los profesionales de la enfermería (19,9%), para esta actividad las diferencias encontradas a favor de los

médicos no alcanzan cotas de significación estadística ( $\chi^2=4,790$ ;  $p=0,091$ ).

En esta actividad profesional (tabla 7a) son los pediatras los que destacan frente al resto, ya que el 87,5% de los mismos la realizan, bajando hasta el 21,9% de las enfermeras, hasta el 9,5% de los médicos de familia y finalmente hasta 7,1% de las matronas.

#### **8.- Dificultades de los y las profesionales**

Finalmente en las tablas 8a y 8b aparecen los resultados sobre las mayores dificultades que ambos tipos de profesionales de atención primaria de salud tienen, ante la necesidad de aplicar medidas de promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual y reproductiva.

Las principales dificultades para ambos grupos son coincidentes, siendo la primera para ambos la “falta de tiempo en consulta” (80,4% para médicos y 53,4% para enfermería), alcanzando en este caso diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2=41,336$ ;  $p=0,000$ ).

En la segunda dificultad, “insuficiente formación”, también coinciden aunque con menor tasa (48,6% para medicina y 41,6% para enfermería), no mostrando diferencias significativas entre los grupos.

La tercera dificultad para médicos/as corresponde con la cuarta para enfermeros/as, “no tener equipo multidisciplinar”, alcanzan cotas cercanas (38,2% para los primeros y 34,2% para los segundos) y tampoco alcanzan diferencias significativas.

Aquí se diferencian las matronas que destacan el no tener equipo multidisciplinar como la segunda mayor dificultad.

La cuarta dificultad para médicos se refiere tanto a “no disponer de medios” como a “falta de demanda o queja” que representa la opinión del 31,4% de los mismos. Para enfermería supone la tercera y sexta dificultad respectivamente con tasas del 37,4% y 26%. Tampoco en este caso las diferencias mostradas son significativas.

En quinto y último lugar, ya que en el resto de dificultades las tasas de acuerdo de opinión no llegan al 20%, está para ambos grupos “la presencia de los padres en la consulta” que para el caso de los/as

médicos/as llega al 29,6% y para las/os enfermeras/os al 27,4%. Tampoco en este caso las diferencias son estadísticamente significativas.

Las diferencias estadísticamente significativas entre grupos aparte de la ya mencionada “falta de tiempo en consulta”, aparecen en “considerar que esa actividad no le corresponde” ( $\chi^2=10,174$ ;  $p=0,001$ ) y “en barreras culturales” ( $\chi^2=3,942$ ;  $p=0,047$ ), siendo las diferencias a favor de la enfermería pero las tasas de dificultad para ambos grupos son inferiores al 20%.

## **DISCUSIÓN**

*Significado, aplicación práctica de resultados y relación con publicaciones científicas similares*

Históricamente, el apoyo a la educación sexual ha sido dinámico desde todos los ámbitos, sanitarios, educativos y políticos, debido a que los/as niños/as y adolescentes reciben información de una gran variedad de fuentes, unas formales o intencionales (sistema educativo y sistema sanitario) y otras no formales (familia, iguales, medios de comunicación) que están plagadas en muchos casos de mitos e ideas erróneas.

Además, como refleja el estudio realizado en niños españoles de entre 9 y 14 años sobre conductas y actitudes sexuales (17), los chicos de 9 años evidencian interés hacia las conductas sexuales: el 8% se han masturbado alguna vez, el 9% ha usado pornografía para excitarse, el 24% ha tenido ya relaciones sexuales y el 38% tiene fantasías sexuales; entre los sexos las chicas comienzan a masturbarse y a tener relaciones sexuales más tarde y muestran una menor prevalencia en el uso de fantasías sexuales y de pornografía. Estos datos muestran la necesidad de implantar programas de educación sexual desde temprana edad en las escuelas, ya que ayudaría además de en aumentar los conocimientos en sexualidad, en la protección frente al abuso sexual, retrasaría el inicio de la actividad sexual a un momento más apropiado y prepararía para las prácticas de sexo seguro en el futuro (18).

Los programas de educación sexual en la escuela han demostrado efectos positivos en

aumentos de conocimientos sexuales y en disminución de conductas de riesgo con diferencias estadísticamente significativas, cuando se han comparado resultados entre grupos de control y grupos experimentales (8, 19). A excepción de los programas basados solamente en la abstinencia sexual ya que contienen información incorrecta, distorsionan los datos sobre el uso del condón, retienen información sobre anticoncepción, excepto las tasas de fracaso y promueven estereotipos de género.

De hecho aunque la abstinencia en la teoría es totalmente efectiva, en la realidad a menudo fracasa en la protección del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes, y como única opción de educación es ética pero científicamente problemática, ya que en evaluaciones independientes sobre diversos programas, revisiones sistemáticas y estudios de cohortes, han demostrado una escasa eficacia y una evidencia de posibles daños, por lo tanto, estos programas violan los derechos humanos de los adolescentes al retener información necesaria para tomar decisiones adecuadas en relaciones sexuales. En contraste, programas amplios de educación sexual, donde la abstinencia era una opción más, sí que han demostrado que ayuda a los adolescentes a retrasar el inicio del coito y reduce las conductas de riesgo sexual (20, 21).

De la misma manera revisiones sobre el impacto de los programas educativos en sexualidad han demostrado en múltiples estudios que han sido efectivos en una amplia variedad de países, culturas y grupos de jóvenes en retrasar el inicio de la sexualidad, en no acelerar o incrementar la conducta sexual, en incrementar el uso del condón o el uso de contraceptivos. Replicación de estos estudios indican que permanecen efectivos cuando son implementados por otros profesionales en diferentes comunidades (22).

Los Centros para el Control de Enfermedades y la Prevención (CDC) de Estados Unidos, han identificado la conducta de riesgo sexual como una de las seis conductas de salud más asociadas con la

mortalidad, morbilidad y problemas sociales entre los jóvenes. Indicando que los patrones de conducta sexual de riesgo, a menudo se establecen antes de la etapa adulta y pueden correlacionar con otras conductas de riesgo tales como la delincuencia o el uso de drogas (16).

Los profesionales sanitarios tienen un privilegiado e importante papel en reducir las conductas sexuales de riesgo de los niños y adolescentes, pero un importante número de profesionales no muestran un rol activo en crear una atmósfera confortable con sus pacientes, para poder discutir sobre sexualidad en la consulta.

La meta de realizar educación sexual con los pacientes tiene los objetivos de que los adolescentes puedan expresar sus sentimientos, poder trabajar la toma de decisiones acerca de las conductas sexuales para evitar o reducir riesgos, facilitar la comprensión de las consecuencias e identificar fuentes de ayuda para promocionar conductas positivas y saludables.

Educadores y profesionales sanitarios proveen de diferentes tipos y niveles de servicios relacionados con la salud sexual, pero la meta es la misma: mejorar y mantener la salud sexual en niños y jóvenes. Ahora bien, no hay que olvidar a los padres puesto que ellos se deben implicar en abordar en casa de manera apropiada la sexualidad, ya que la educación sexual es cosa de todos y cada uno con su rol (23), de hecho hay que estudios que confirman que el dialogo entre padres e hijos sobre sexualidad promueve que luego los hijos con sus parejas tengan mayor comunicación sobre las prácticas sexuales y anticonceptivas, pero eso sí, solamente cuando los padres lo hacen de forma experta, crean un clima confortable y lo hacen de manera abierta (24).

Los médicos de familia deberían de fomentar la discusión preventiva con adolescentes sobre sexualidad y otros hábitos, como el consumo de drogas o el ejercicio físico, aprovechando la oportunidad que da el contexto clínico en la valoración del examen físico, donde además pueden valorar si reciben educación sexual y de qué

tipo en diferentes ambientes (escuela, casa y amigos), siendo más efectiva con la presencia de padres, ya que esto se ha demostrado como un factor facilitador en el aumento de la prevención (26).

**En nuestro estudio** los resultados referentes a la realización de actividades de educación sexual como práctica habitual del protocolo de consulta. Se puede observar como existen diferencias significativas entre los profesionales de la medicina y de la enfermería, mientras los médicos en un bajo porcentaje indican que lo hacen siempre (5%), es llamativo el aumento ante demandas o quejas y signos de sospecha (32,1%), en cambio, enfermería como grupo expresa que lo hace siempre en una mayor tasa (15,4%) de sus profesionales y baja de forma notoria hasta el 18,6% ante demandas o quejas y signos de sospecha.

Entre los médicos, pediatras y médicos de familia, son los primeros los que más las hacen como práctica habitual, pero aun así la tasa es muy baja (8,9% frente a 4%), siendo los médicos de familia los que más las realizan cuando hay demandas o quejas y signos de sospecha (35,8%), frente al 17,9% de pediatras.

Entre el personal de enfermería, la tasa de matronas que realiza siempre este tipo de actividad es más del doble que la de las enfermeras (34,5% y 12,4% respectivamente), en cambio, cuando hay una demanda o queja y ante signos de sospecha las enfermeras doblan en tasa a las matronas (20% frente a 10,3%).

Los datos sobre la comprobación por parte de los profesionales sobre si los niños y adolescentes atendidos en consulta, están recibiendo educación sexual en su medio familiar, indican que el personal de enfermería es quien realiza esta práctica siempre en más ocasiones (18,6%), en cambio los médicos solamente expresan que lo hacen siempre en un porcentaje muy bajo (2,1%). Analizando las diferencias entre enfermeras y matronas, son éstas últimas las que más la realizan (36,7% frente a 15,7%).

Complementariamente, los datos analizados tanto sobre si los niños y niñas como los y las adolescentes atendidos en

consulta, están recibiendo educación sexual en el ámbito escolar, vuelven a reflejar diferencias estadísticamente significativas a favor de la enfermería ya que el 23,8% de sus profesionales realiza siempre esta práctica profesional, frente a solamente el 3,6% de las y los médicos/os. Siendo de nuevo las matronas las que como grupo realizan esta práctica profesional en mayor número (31%).

Los datos sobre la realización de información o asesoramiento a padres u otros familiares, sobre cómo educar y fomentar el diálogo sobre sexualidad, siguen indicando que la enfermería lo realiza siempre en un 18,6% mientras que los médicos solamente en un 7,1%, en cambio éstos últimos duplican a la enfermería en ésta actividad cuando hay demanda y ante signos de sospecha (35,4% frente a 16,8%).

Entre los médicos, pediatras y médicos de familia, hay pocas diferencias tanto entre los que siempre lo realizan como práctica habitual (5,4% y 7,6% respectivamente), como entre los que lo hacen ante demandas y signos de sospecha (35,7% frente a 35,2%). En cambio, no ocurre lo mismo entre el personal de enfermería, mientras que el 46,7% de las matronas lo realizan siempre, baja hasta el 14,1% la tasa de las enfermeras; mejorando éstas últimas respecto a las matronas ante demandas o signos de sospecha (18,4% frente a 6,7%).

Sobre el hecho de realizar recomendaciones o donar algún tipo de material educativo sobre sexualidad, los datos analizados vuelven a mostrar diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales de la enfermería y de la medicina, ya que los primeros lo realizan siempre en el 14% de las ocasiones y, solamente el 2,5% de los segundos, aun así, la tasa de esta actividad es muy baja para ambos grupos. Destacando que las matronas suben hasta el 36,7% y se diferencian del resto de profesionales, enfermeras/os (10,3%), pediatras (1,8%) y médicos/as de familia (2,7%).

Respecto a los materiales educativos es importante afirmar que muchos de ellos tienen informaciones incorrectas o sin suficiente evidencia científica. Este hecho ha

sido demostrado en nuestro país, en un estudio realizado sobre 12 libros de texto utilizados en educación secundaria y que representaban el 80% de los libros utilizados en los colegios (27).

Los autores encontraron que todos los libros tenían información incorrecta en sus contenidos y ciento cincuenta citas facilitaban una percepción incompleta de la sexualidad o de las conductas de riesgo. Por lo tanto, se hace necesaria una revisión de los libros utilizados para la educación sexual de los adolescentes y ofrecer a padres, educadores y jóvenes materiales educativos basados en informaciones con suficiente evidencia científica.

Indicar que junto a los programas educativos y materiales para la educación sexual, se han venido utilizando campañas en los medios de comunicación social como una medida más de prevenir tanto embarazos no deseados como infecciones de transmisión sexual, ahora bien la efectividad de estas campañas son de dudosa eficacia en vista del aumento evidente de embarazos no deseados en adolescentes, incremento en el número de aborto e incremento en las cifras de contagios.

Lo anteriormente expuesto, ha sido descrito tras un estudio realizado en España sobre diversas campañas realizadas en los últimos 15 años y que han sido dirigidas fundamentalmente a adolescentes y que bajo la denominación de “sexo seguro”, han sido basadas solamente en el uso del preservativo (28).

Los resultados epidemiológicos obtenidos sobre la evolución de las consecuencias de las conductas sexuales de los adolescentes (abortos y embarazos no deseados), del Instituto Nacional de la Juventud de España, muestran que entre los jóvenes de 15 a 19 años ha habido un incremento progresivo en el porcentaje de abortos en relación al total de embarazos y el crecimiento experimentado desde el 20% en 1990 hasta el 44% en 2000 y llegando al 46% en 2003. Hechos que han ocasionado un incremento en el total de abortos en adolescentes y que ha alcanzado la tasa del 13,7% en 2005.

Por otro lado, la anticoncepción de emergencia en adolescentes ha pasado de 160.000 prescripciones en 2001 hasta el medio millón de unidades en 2005.

Finalmente, los datos obtenidos del Registro Nacional de Vigilancia Epidemiológica sobre la evolución de las infecciones de transmisión sexual declaradas muestran un incremento del 79% para la sífilis y un 45,8% para la gonorrea.

Los autores concluyen que tanto desde la perspectiva ética y como desde la eficiencia sanitaria, los datos no avalan la validez de las campañas de “sexo seguro”.

En ausencia de una educación sexual efectiva en el hogar o en la escuela, los medios de comunicación de masas pueden ser importantes fuentes de información. Estudios longitudinales sobre la influencia de la televisión en niños y adolescentes en Estados Unidos, indican que más de las tres cuartas partes de los espectáculos televisivos tienen contenidos sexuales, pero menos del 15% de sus contenidos hacen referencia a sexualidad responsable, abstinencia, riesgo de embarazo o de infecciones de transmisión sexual. Estos estudios han encontrado que los adolescentes expuestos durante más tiempo a estos contenidos, es más probable que inicien antes el coito que sus iguales que han tenido menor exposición (29, 30).

La Academia Americana de Pediatría ha sugerido que la representación de la sexualidad en los programas de televisión puede contribuir a la precocidad sexual en adolescentes y que los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual son más comunes entre quienes inician la actividad sexual más precozmente. Datos demostrados mediante análisis multivariable de regresión que concluyen que ver sexualidad en televisión predice y puede acelerar el inicio de la sexualidad en adolescentes y reducir el tiempo de exposición a contenidos sexuales o incrementar referencias a consecuencias negativas de la actividad sexual de riesgo, podría retrasar de forma apreciable el inicio de la actividad sexual coital y no coital. Además los padres pueden ayudar a reducir los efectos negativos de los contenidos

sexuales en televisión, discutiendo con sus hijos sus creencias y las conductas sexuales representadas (31, 32).

Dado que un número importante de adolescentes son sexualmente activos, la salud sexual y reproductiva es una actividad relevante en la atención sanitaria de la adolescencia, pero muchos pediatras a menudo se sienten incómodos para abordar la sexualidad y la contracepción, ya que no han recibido suficiente formación en estas materias, en cambio, son importantes actores en promoción, prevención e intervención en salud sexual y reproductiva (35).

Para los médicos de familia incrementar el número de visitas preventivas de adolescentes para realizar exámenes de desarrollo físico, es una oportunidad para promocionar la salud sexual ya que tienen la oportunidad de abordar la sexualidad en su discusión con los adolescentes. El hecho de que los padres estén presentes durante la visita es valorado como un facilitador de esta estrategia. En cambio, la demanda de competencia profesional es vista por los profesionales como una importante barrera (26).

Las investigaciones previas han indicado que los médicos de familia encuentran impedimentos en el cuidado y atención de los pacientes que han experimentado hechos traumáticos como abusos sexuales en la infancia y en víctimas actuales de abuso y agresiones sexuales tanto niños/as como adultos/as.

En un estudio realizado sobre una muestra de 500 médicos de familia en Alemania (36), encuentran que si bien la mayoría de los médicos han actualizado recientemente su conocimiento en el trato de víctimas de hechos traumáticos, la mayoría siente que necesita un entrenamiento especializado adicional; experimentando las mayores barreras en la atención de niños/as que sufren abusos.

Los profesionales de atención primaria tienen un importante rol en promocionar la salud sexual, pero en lo referente al asesoramiento ante las infecciones de transmisión sexual (ITS) raramente lo realizan y cuando se hace a menudo es de

forma inadecuada. En este sentido se realizó un estudio sobre una muestra de 200 médicos de familia en Bélgica, respondieron el 68% de los mismos al cuestionario planteado y solamente el 44,3% indicó que realizaba alguna forma de asesoramiento en ITS (37).

Informan que cerca de la mitad de los médicos de familia dejaron de asesorar a un paciente asintomático pero con riesgo evidente de ITS y muchos no aconsejaron sobre prácticas de sexo seguro en la primera consulta contraceptiva. Las mayores barreras que encontraron para no abordar este tipo de actuación ante los pacientes fueron: la presencia de la madre del paciente (94,2%) o de la pareja (89,2%), el idioma y los problemas de comprensión (74,2%), la ausencia de demanda (72,4%), la insuficiente formación (69,4%), las diferencias étnicas (68,4%), la falta de tiempo (60,8%), ser el primer contacto con el paciente (60,8%) y el miedo a molestar al paciente (30,6%).

La violencia en las relaciones de pareja causa daños en 2 millones de mujeres y 1300 muertes cada año, sin embargo, a pesar de esta alta frecuencia solamente una pequeña proporción de profesionales de la salud investiga en su consulta sobre la existencia de este tipo de violencia (38).

La mayoría de los médicos de familia atienden a mujeres que presentan lesiones, pero raramente investigan de forma rutinaria la existencia de maltrato en la relación de pareja, sin embargo en un estudio realizado con médicos de atención primaria, más de un tercio de los mismos reconocen que el 10% o más de sus pacientes femeninas han experimentado algún tipo de abuso en su relación de pareja. Concluyen, que hay una necesidad de incrementar el conocimiento de la alta prevalencia de abuso en las mujeres por parte de sus parejas, y, asimismo, sobre los negativos efectos de la victimización, que ayude a los médicos a reconocer su responsabilidad en la importancia de la detección rutinaria del mismo en su consulta y la necesidad de una mayor y continuada formación (39).

Enfermería tiene un rol importante en la detección y asesoramiento de la violencia de género, ya que a menudo son estos

profesionales el primer contacto de la víctima, por lo que se hace necesaria que las/os enfermeras/os integren en su protocolo de actuación, la evaluación rutinaria de su existencia. Un estudio realizado sobre una muestra de 1000 enfermeras para identificar las barreras existentes sobre la identificación y información de la presencia de violencia de género, mostró que la principal barrera era la falta de evidencia para demostrarla, debido a la consideración de que no tenían una adecuada preparación, demostrando una vez más la necesidad en estos profesionales, al igual que ocurre con los médicos, de una guías claras de actuación y una mayor formación (33,40).

En un estudio realizado sobre 292 médicos de familia de entre aproximadamente 800 participantes que asistieron a una conferencia de Medicina Familiar (34). Se les distribuyó un cuestionario sobre el rol de la actividad profesional del médico de familia ante las disfunciones sexuales y el 79% de los profesionales que completaron el cuestionario expresaron que debería ser la atención primaria la principal vía para tratar muchos de los problemas de disfunción sexual, pero una tasa importante de médicos de familia afirmaban también, que los principales impedimentos para realizar estos tratamientos eran la falta de tiempo en consulta (62%) y la falta de formación (47%).

Otro estudio más reciente sobre la disfunción eréctil y las barreras que los médicos de familia encontraban en el manejo de la misma, encuentra que las barreras más significativas entre los profesionales eran la edad (ser joven), el género (ser mujer), el escaso tiempo de consulta y la falta de experiencia (41).

**Los datos de nuestro estudio** avalan las conclusiones de estudios precedentes sobre las barreras más importantes que encuentran los profesionales de atención primaria, médicos/as y enfermeras/os, para abordar en su trabajo rutinario la atención a la demanda en salud sexual y reproductiva, como son la falta de formación y la falta de tiempo en consulta, a pesar de que ellos/as mismos/as plantear tener dentro de su rol profesional

esta actividad de promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual y reproductiva.

Nuestros resultados con respecto a la forma habitual de proceder, ante la detección o demanda de algún tipo de problema en salud sexual, muestran que los profesionales médicos superan a los de enfermería en intervención habitual ya que el 59,2% lo hace siempre y un 5% además deriva a especialista. En cambio, entre la enfermería la tasa de intervención habitual es del 41,6% y el 9,5% deriva además a un especialista.

En esta actividad destacan los médicos de familia ya que el 56,4% lo hacen siempre, los pediatras alcanzan cotas del 45,1%, las matronas el 36,7% y las enfermeras el 31,2%.

Los resultados sobre las mayores dificultades que ambos tipos de profesionales (medicina y enfermería) de atención primaria de salud tienen, ante la necesidad de aplicar medidas de promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual y reproductiva, indican que para ambos grupos son coincidentes, siendo la primera para ambos la “falta de tiempo en consulta” (80,4% para médicos y 53,4% para enfermería) y la segunda, “insuficiente formación”, (48,6% para medicina y 41,6% para enfermería). Estableciéndose diferencias estadísticamente significativas entre profesionales médicos y de enfermería solamente en la falta de tiempo en consulta.

Otras dificultades encontradas en ambos grupos aunque con tasas de respuesta inferiores al 40% han sido: “no tener equipo multidisciplinar”, “no disponer de medios”, “falta de demanda o queja” y “la presencia de los padres en la consulta” Ahora bien, no hay diferencias son estadísticamente significativas entre los grupos de profesionales.

## REFERENCIAS

1. Hurtado F.: Estudio descriptivo por niveles educativos (7º EGB-COU) y sexos, sobre la situación de la educación afectivo-sexual en adolescentes. *C Med Psicosom.* 1997; 42/43: 32-45.
2. Nonoyama M, Tsurugi Y, Shirai Ch, Ishikawa Y, Horiguchi M. Influences of

- sex-related information for STD prevention. *J Adolesc Health* 2005; 36 (5): 442-5.
3. Singh S, Bankole A, Woog V. Evaluating the need education in developing countries: Sexual behavior, knowledge of preventing sexually transmitted infections/HIV and unplanned pregnancy. *Sex Education* 2005; 5 (4): 307-31.
  4. As-Sanie S, Gantt A, Rosenthal MS. Pregnancy prevention in adolescents. *Am Fam Physician* 2004; 70 (8): 1517-24.
  5. Pedlow CT; Carey, M. P. HIV Sexual Risk-Reduction Intervention for Youth: A review and methodological critique of randomized controlled trials. *Behav Modif* 2003; 27, 135-190.
  6. Kirby D.: *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. 2001. Washington, DC, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
  7. Mullen, P. D.; Ramirez, G.; Strouse, D.; Hedges, L. V.; Sogolow, E. Meta-Analysis of the effects of behavioral HIV prevention interventions on the sexual risk behavior of sexually experienced adolescents in controlled studies in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 30 Suppl 1: 94-105.
  8. Song EY, Pruitt BE, McNamara J, Colwell B. A meta-analysis examining effects of school sexuality education programs on adolescents` sexual knowledge, 1960-1997. *J Sch Health* 2000; 70 (10): 413-6.
  9. UNICEF.: *Teenage births in rich nations*. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence. 3, July, 2001.
  10. Aggleton P, Oliver C, Rivers K.: *An international review of the evidence: data from Europe*. 1999. Health Educational Authority. London. Reducing the rate of teenage conceptions.
  11. Boonstra H.: *Teen pregnancy: trends and lessons learned*. The Guttmacher Report on Public Policy 2002; February: 7-10.
  12. Canadian Task force on preventive health care *New Grades for Recommendations From the Canadian Task Force on Preventive Health Care*. *CMAJ* 2003; 169: 207-208.
  13. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). *Preventive services for children and adolescents*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004. [En línea]. [Fecha de acceso 18 diciembre 2004]. Disponible en <http://www.guideline.gov>.
  14. Colomer Revuelta, J.; Grupo PrevInfad. *Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes*. Recomendaciones Previnfad . 2004. [En línea]. [Fecha de acceso 18 diciembre 2004]. Disponible en [http://www.aepap.org/previnfad/rec\\_endit\\_s.htm](http://www.aepap.org/previnfad/rec_endit_s.htm).
  15. American Academy of Pediatrics: Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescence. *Sexuality Education for Children and Adolescents*. *Pediatrics* 2001, 108, 498-502.
  16. Clark JK, Brey RA, Banter AE. Physicians as educators in adolescent sexuality education. *J Sch Health*. 2003;73(10): 389-91.
  17. Ballester Arnal R, Gil Llarío MD. Sexuality in children 9-14 years old. *Psychothema*. 2006; 18(1):25-30.
  18. Haglund K. Recommendations for sexuality education for early adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35(3):369-75.
  19. Sabia JJ. Does sex education affect adolescent sexual behaviors and health? *J Policy Anal Manag*. 2006; 25(4):783-802.
  20. Santelli J, Ott MA, Lyon M, Rogers J, Summers D, Schleifer R. Abstinence and abstinence-only education: a review of U.S. policies and programs. *J Adolesc Health*. 2006; 38(1):72-81.
  21. Ott MA, Santelli JS. Abstinence and abstinence-only education. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007; 19(5):446-52.
  22. Kirby DB, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health*. 2007; 40 (3):206-17.

23. McElderry DH, Omar HA. Sex education in the schools: what role does it play? *Int J Adolesc Med Health*. 2003; 15(1):3-9.
24. Whitaker DJ, Miller KS, May DC, Levin ML. Teenage partners' communication about sexual risk and condom use: the importance of parent teenager discussions. *Fam Plann Perspect*. 1999, 31(3):117-21.
25. Thomas D, Flaherty E, Binns H. Parent expectations and comfort with discussion of normal childhood sexuality and sexual abuse prevention during office visits. *Ambul Pediatr*. 2004; 4(3):232-6.
26. Oscós-Sánchez MA, White D, Bajorek E, Dahlman M, Albright T, Treviño et al. SAFE TEENS: facilitators of and barriers to adolescent preventive care discussions. *Fam Med* 2008; 40(2):125-31.
27. De Irala J, Urdiain IG, López del Burgo D. Analysis of content about sexuality and human reproduction in school textbooks in Spain. *Public Health*. 2008; 122(10):1093-103.
28. Rascón JJ, Sandoica EA. Ethics and efficacy in sexual health campaigns. *Cuad Bioet*. 2008; 19(65):81-93.
29. Brown JD, Strasburger VC. From Calvin Klein to Paris Hilton and MySpace: adolescents, sex, and the media. *Adolesc Med State Art Rev*. 2007; 18 (3):484-507.
30. Ashby SL, Acari CM, Edmonson MR. Television viewing and risk of sexual initiation by Young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006; 160(4):375-80.
31. Collins RL, Elliot MN, Berry SH, Kanouse DE, Kunkel D, Hunter et al. Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. *Pediatrics*. 2004; 114(3):280-9.
32. Chiandra A, Martino SC, Collins RL, Elliot MN, Berry SH, Kanouse et al. Does watching sex on televisión predict teen pregnancy? Findings from a national longitudinal survey of youth. *Pediatrics*. 2008; 122(5):1047-54.
33. Smith JS, Rainey SL, Smith KR, Alamares C, Grogg D. Barriers to the mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals. *J Trauma Nurs*. 2008; 15(1):9-11.
34. Press Y, Menahem S, Shvartzman P. Sexual dysfunction-what is the primary physicians role?. *Harefuah*. 2003; 142(10):662-5.
35. Alvin P, Neu-Janicki AM, Jacquin P, Salinier C. Adolescents and contraception. What should the pediatrician know? *Arch Pediatr*, 2002; 9(2):187-95.
36. Van den Akker M, Mol SS, Metsemakers JF, Dinant GJ, Knottnerus JA. Barriers in the care of patients who have experienced a traumatic event: the perspective of general practice. *Fam Pract*. 2001; 18(2):214-6.
37. Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royen P, et al. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. *Fam Pract*. 2003; 20(1):11-5.
38. Jaffee KD, Epling JW, Grant W, Ghandour RM, Callendar E. Physician-identified barriers to intimate partner violence screening. *J Womens Health*. 2005; 14(8):713-20.
39. Chamberlain L, Perham-Hester KA. The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women Health*. 2002; 35(2-3):55-69.
40. Felblinger DM, Gates D. Domestic violence screening and treatment in the workplace. *AAOHN J*. 2008; 56(4):143-50.
41. Low WY, Ng CJ, Tan NC, Choo WY y Tan HM. Management of erectile dysfunction: barriers faced by general practitioners. *Asian J Androl*. 2004; 6(2):99-104.

## TABLAS

**Tabla 1a.** Realización de actividades de educación sexual ajustada a la etapa evolutiva del/la niño/a, adolescente, como práctica habitual del protocolo de consulta.

Respsta	Medicina		Médico de Familia		Pediatra		Enfermería		Enfermera		Matrona	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1	14	5,0	9	4,0	5	8,9	33	15,4	23	12,4	10	34,5
2	130	46,4	99	44,2	31	55,4	74	34,6	63	34,1	11	37,9
3	46	16,4	36	16,1	10	17,9	67	31,3	62	33,5	5	17,2
4	58	20,7	51	22,8	7	12,5	24	11,2	22	11,9	2	6,9
5	26	9,3	25	11,2	1	1,8	14	6,5	14	7,6	0	0,0
6	6	2,1	4	1,8	2	3,6	2	0,9	1	0,5	1	3,4

Respuestas: 1 Siempre.- 2 A veces.- 3 Nunca.- 4 Solo ante demandas o quejas.- 5 Solo ante signos de sospecha.- 6 Ante demandas o quejas y signos de sospecha.

**Tabla 1b.** Realización de actividades de educación sexual ajustada a la etapa evolutiva del/la niño/a, adolescente, como práctica habitual del protocolo de consulta (comparación de diferencias).

Respuesta	Medicina		Enfermería		$\chi^2$	p
	N	(%)	N	(%)	41,781	0,000
1	14	5,0	33	15,4		
2	130	46,4	74	34,6		
3	46	16,4	67	31,3		
4	58	20,7	24	11,2		
5	26	9,3	14	6,5		
6	6	2,1	2	0,9		

Respuestas: 1 Siempre.- 2 A veces.- 3 Nunca.- 4 Solo ante demandas o quejas.- 5 Solo ante signos de sospecha.- 6 Ante demandas o quejas y signos de sospecha.

**Tabla 2a.** Comprobación sobre si los/as niños/as y adolescentes atendidos en consulta están recibiendo educación sexual en su medio familiar.

Respta	Medicina		Médico de Familia		Pediatra		Enfermería		Enfermera		Matrona	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1	6	2,1	4	1,8	2	3,6	40	18,6	29	15,7	11	36,7
2	147	52,5	112	50,0	35	62,5	84	39,1	75	40,5	9	30,0
3	127	45,4	108	48,2	19	33,9	91	42,3	81	43,8	10	33,3

Respuestas: 1 Siempre.- 2 A veces.- 3 Nunca.

**Tabla 2b.** Comprobación sobre si los/as niños/as y adolescentes atendidos en consulta están recibiendo educación sexual en su medio familiar (comparación de diferencias).

Respuesta	Medicina		Enfermería		$\chi^2$	p
	N	(%)	N	(%)	41,006	0,000
1	6	2,1	40	18,6		
2	147	52,5	84	39,1		
3	127	45,4	91	42,3		

Respuestas: 1 Siempre.- 2 A veces.- 3 Nunca.

**Tabla 3a.** Comprobación sobre si los/as niños/as y adolescentes atendidos en consulta están recibiendo educación sexual en el ámbito escolar.

Respta	Medicina		Médico de Familia		Pediatra		Enfermería		Enfermera		Matrona	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1	10	3,6	6	2,7	4	7,3	51	23,8	42	22,7	9	31,0
2	136	48,7	107	47,8	29	52,7	70	32,7	61	33,0	9	31,0
3	133	47,7	111	49,6	22	40,0	93	43,5	82	44,3	11	37,9

Respuestas: 1 Siempre.- 2 A veces.- 3 Nunca.

**Tabla 3b.** Comprobación sobre si los/as niños/as y adolescentes atendidos en consulta están recibiendo educación sexual en el ámbito escolar (comparación de diferencias).

Respuesta	Medicina		Enfermería		$\chi^2$	p
	N	(%)	N	(%)	46,393	0,000
1	10	3,6	51	23,8		
2	136	48,7	70	32,7		
3	133	47,7	93	43,5		

Respuestas: 1 Siempre.- 2 A veces.- 3 Nunca.

**Tabla 4a.** Realización de información o asesoramiento a padres u otros familiares sobre cómo educar y fomentar el diálogo sobre sexualidad.

Respta	Medicina		Médico de Familia		Pediatra		Enfermería		Enfermera		Matrona	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1	20	7,1	17	7,6	3	5,4	40	18,6	26	14,1	14	46,7
2	109	38,9	82	36,6	27	48,2	69	32,1	61	33,0	8	26,7
3	52	18,6	46	20,5	6	10,7	70	32,6	64	34,6	6	20,0
4	70	25,0	57	25,4	13	23,2	26	12,1	24	13,0	2	6,7
5	21	7,5	15	6,7	6	10,7	9	4,2	9	4,9	0	0,0
6	8	2,9	7	3,1	1	1,8	1	0,5	1	0,5	0	0,0

Respuestas: 1 Siempre.- 2 A veces.- 3 Nunca.- 4 Solo ante demandas o quejas.- 5 Solo ante signos de sospecha.- 6 Ante demandas o quejas y signos de sospecha.

**Tabla 4b.** Realización de información o asesoramiento a padres u otros familiares sobre cómo educar y fomentar el diálogo sobre sexualidad (comparación de diferencias).

Respuesta	Medicina		Enfermería		$\chi^2$	p
	N	(%)	N	(%)	45,150	0,000
1	20	7,1	40	18,6		
2	109	38,9	69	32,1		
3	52	18,6	70	32,6		
4	70	25,0	26	12,1		
5	21	7,5	9	4,2		
6	8	2,9	1	0,5		

Respuestas: 1 Siempre.- 2 A veces.- 3 Nunca.- 4 Solo ante demandas o quejas.- 5 Solo ante signos de sospecha.- 6 Ante demandas o quejas y signos de sospecha.

**Tabla 5a.** Realización de recomendaciones o donación de algún tipo de material educativo sobre sexualidad.

Respta	Medicina		Médico de Familia		Pediatra		Enfermería		Enfermera		Matrona	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1	7	2,5	6	2,7	1	1,8	30	14,0	19	10,3	11	36,7
2	102	36,4	77	34,4	25	44,6	73	34,0	59	31,9	14	46,7
3	171	61,1	141	62,9	30	53,6	112	52,1	107	57,8	5	16,7

Respuestas: 1 Siempre.- 2 A veces.- 3 Nunca.

**Tabla 5b.** Realización de recomendaciones o donación de algún tipo de material educativo sobre sexualidad (comparación de diferencias).

Respuesta	Medicina		Enfermería		$\chi^2$	p
	N	(%)	N	(%)		
1	7	2,5	30	14,0	23,269	0,000
2	102	36,4	73	34,0		
3	171	61,1	112	52,1		

Respuestas: 1 Siempre.- 2 A veces.- 3 Nunca.

**Tabla 6a.** Realización de algún tipo de actividad en salud sexual comunitaria bien individualmente o como parte de un equipo multidisciplinar.

Respta	Medicina		Médico de Familia		Pediatra		Enfermería		Enfermera		Matrona	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1	11	4,0	8	3,6	3	5,4	43	21,0	21	12,0	22	73,3
2	266	96,0	213	95,1	53	94,6	162	79,0	154	88,0	8	26,7

Respuestas: 1 Si.- 2 No.

**Tabla 6b.** Realización de algún tipo de actividad en salud sexual comunitaria bien individualmente o como parte de un equipo multidisciplinar (comparación de diferencias).

Respuesta	Medicina		Enfermería		$\chi^2$	p
	N	(%)	N	(%)		
1	11	4,0	43	21,0	26,026	0,000
2	266	96,0	162	79,0		

Respuestas: 1 Si.- 2 No.

**Tabla 7a.** Del mismo modo que se realizan controles sobre el desarrollo evolutivo general (peso, talla, dentición....). Realización de controles sobre el desarrollo sexual (aparición de caracteres sexuales secundarios, normalidad genital....).

Respta	Medicina		Médico de Familia		Pediatra		Enfermería		Enfermera		Matrona	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1	70	25,4	21	9,5	49	87,5	41	19,9	39	21,9	2	7,1
2	107	38,8	100	45,5	7	12,5	73	35,4	59	33,1	14	50,0
3	99	35,9	99	45,0	0	0,0	92	44,7	80	44,9	12	42,9

Respuestas: 1 Siempre.- 2 A veces.- 3 Nunca.

**Tabla 7b.** Del mismo modo que se realizan controles sobre el desarrollo evolutivo general (peso, talla, dentición....). Realización de controles sobre el desarrollo sexual (aparición de caracteres sexuales secundarios, normalidad genital....) Comparación de diferencias.

Respuesta	Medicina		Enfermería		$\chi^2$	p
	N	(%)	N	(%)		
1	70	25,4	41	19,9	4,790	0,091
2	107	38,8	73	35,4		
3	99	35,9	92	44,7		

Respuestas: 1 Siempre.- 2 A veces.- 3 Nunca.

**Tabla 8a.** ¿Cuáles son las mayores dificultades que los profesionales de medicina y enfermería de atención primaria tienen, ante la necesidad de aplicar medidas de promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual y reproductiva?

Respta	Medicina		Médico de Familia		Pediatra		Enfermería		Enfermera		Matrona	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1	136	48,6	108	48,2	28	50,0	91	41,6	83	43,9	8	26,7
2	83	29,6	61	27,2	22	39,3	60	27,4	57	30,2	3	10
3	23	8,2	19	8,5	4	7,1	23	10,5	20	10,6	3	10
4	107	38,2	83	37,1	24	42,9	75	34,2	60	31,7	15	50
5	8	2,9	8	3,6	0	0,0	21	9,6	21	11,1	0	0,0
6	1	0,4	1	0,4	0	0,0	5	2,3	5	2,6	0	0,0
7	1	0,4	1	0,4	0	0,0	1	0,5	1	0,5	0	0,0
8	225	80,4	184	82,1	41	73,2	117	53,4	100	52,9	17	56,7
9	40	14,3	35	15,6	5	8,9	40	18,3	38	20,1	2	6,7
10	88	31,4	74	33,0	14	25,0	57	26,0	48	25,4	9	30,0
11	88	31,4	67	29,9	21	37,5	82	37,4	73	38,6	9	30,0
12	26	9,3	19	8,5	7	12,5	33	15,1	28	14,8	5	16,7

Respuestas: 1 Insuficiente formación.- 2 Presencia de padres.- 3 Vergüenza.- .4 No tener equipo multidisciplinar.- 5 Considerar que no le corresponde.- 6 Considerar que no es necesario a esa edad.- 7 Por ser de sexo contrario al niño/a, adolescente.- 8 Falta de tiempo en consulta.- 9 Temor a invadir intimidad.- 10 Falta de demanda o queja.- 11 No disponer de medios.- 12 Por barreras culturales.

**Tabla 8b.** ¿Cuáles son las mayores dificultades que los profesionales de medicina y enfermería de atención primaria tienen, ante la necesidad de aplicar medidas de promoción, prevención, detección y actuación en salud sexual y reproductiva? Comparación de diferencias.

Respuesta	Medicina		Enfermería		$\chi^2$	p
	N	(%)	N	(%)		
1	136	48,6	91	41,6	3,905	0,142
2	83	29,6	60	27,4	0,998	0,607
3	23	8,2	23	10,5	0,769	0,381
4	107	38,2	75	34,2	1,041	0,308
5	8	2,9	21	9,6	10,174	0,001
6	1	0,4	5	2,3	3,837	0,050
7	1	0,4	1	0,5	0,030	0,863
8	225	80,4	117	53,4	41,336	0,000
9	40	14,3	40	18,3	0,876	0,349
10	88	31,4	57	26,0	2,397	0,122
11	88	31,4	82	37,4	2,284	0,131
12	26	9,3	33	15,1	3,942	0,047

Respuestas: 1 Insuficiente formación.- 2 Presencia de padres.- 3 Vergüenza.- .4 No tener equipo multidisciplinar.- 5 Considerar que no le corresponde.- 6 Considerar que no es necesario a esa edad.- 7 Por ser de sexo contrario al niño/a, adolescente.- 8 Falta de tiempo en consulta.- 9 Temor a invadir intimidad.- 10 Falta de demanda o queja.- 11 No disponer de medios.- 12 Por barreras culturales.

**ANEXO I. CUESTIONARIO DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y  
ACTUACION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN NIÑEZ Y ADOLESCENCIA  
(Ámbito sanitario médico)**

Centro de Salud: \_\_\_\_\_ Departamento de salud n° \_\_\_\_\_

Especialidad médica: Pediatría ( ) Medicina de Familia ( )

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Como práctica habitual de tu protocolo de consulta ¿Realizas actividades de educación sexual ajustada a la etapa evolutiva del/la niño/a, adolescente?

1. Siempre ( ) 2. A veces ( ) 3. Nunca ( )

4. Solo ante demandas o quejas ( ) 5. Solo antes signos de sospecha ( )

2. ¿Compruebas si los/as niños/as, adolescentes que atiendes están recibiendo educación sexual en su medio familiar?

1. Siempre ( ) 2. A veces ( ) 3. Nunca ( )

3. ¿Compruebas si los/as niños/as, adolescentes que atiendes están recibiendo educación sexual en el ámbito escolar?

1. Siempre ( ) 2. A veces ( ) 3. Nunca ( )

4. ¿Informas o asesoras a padres u otros familiares sobre como educar y fomentar el diálogo sobre sexualidad?

1. Siempre ( ) 2. A veces ( ) 3. Nunca ( )

4. Solo ante demandas o quejas ( ) 5. Solo antes signos de sospecha ( )

5. ¿Recomiendas o das algún tipo de material educativo sobre sexualidad?

1. Siempre ( ) 2. A veces ( ) 3. Nunca ( )

6. ¿Realizas algún tipo de actividad en salud sexual comunitaria bien individualmente o como parte de un equipo multidisciplinar?

SI ( ) Si es si, especifica donde, con quien/es y que realizas \_\_\_\_\_

NO ( )

7. Del mismo modo que realizas controles sobre el desarrollo evolutivo general (peso, talla, dentición...) ¿Realizas controles sobre el desarrollo sexual (aparición de caracteres sexuales secundarios, normalidad genital...)?

1. Siempre ( ) 2. A veces ( ) 3. Nunca ( )

8. ¿Realizas actividades de prevención de abusos sexuales en niñez y adolescencia?

1. Siempre ( ) 2. A veces ( ) 3. Nunca ( )

4. Solo ante demandas o quejas ( ) 5. Solo antes signos de sospecha ( )

9. ¿Realizas actividades de prevención de embarazos no deseados en adolescentes?

1. Siempre ( ) 2. A veces ( ) 3. Nunca ( )

4. Solo ante demandas o quejas ( ) 5. Solo antes signos de sospecha ( )

10. ¿Das o prescribes métodos anticonceptivos hormonales en adolescentes?

1. SI ( ) 2. NO ( )

1. Derivo al Centro de Salud Sexual y Reproductiva ( )

2. Otro ( ) Especifica \_\_\_\_\_

11. Ante un coito no protegido frente a embarazo. ¿Prescribes la anticoncepción de emergencia?

1. SI ( ) 2. NO ( )

3. Derivo al Centro de Salud Sexual y Reproductiva ( )

4. Otro ( ) Especifica \_\_\_\_\_

12. ¿Realizas actividades de prevención de infecciones de transmisión sexual en adolescentes?

1. Siempre ( ) 2. A veces ( ) 3. Nunca ( )

4. Solo ante demandas o quejas ( ) 5. Solo antes signos de sospecha ( )

13. ¿Realizas actividades de prevención de violencia de género en adolescentes?

1. Siempre ( ) 2. A veces ( ) 3. Nunca ( )

4. Solo ante demandas o quejas ( ) 5. Solo antes signos de sospecha ( )

14. ¿Realizas actividades de prevención de disfunciones sexuales y parafilias en adolescentes?

1. Siempre ( ) 2. A veces ( ) 3. Nunca ( )

4. Solo ante demandas o quejas ( ) 5. Solo antes signos de sospecha ( )

15. Ante la detección o demanda de algún tipo de problema en salud sexual ¿Cuál es tu forma habitual de proceder?

Suelo intervenir ( )

Derivo al especialista ( )

16. ¿Cuáles son las mayores dificultades que encuentras ante el abordaje de aplicar medidas de promoción, prevención, detección y actuación en lo que a la salud sexual y reproductiva se refiere? Marca todas aquellas que consideres.

Insuficiente formación ( )

Falta de tiempo en consulta ( )

Presencia de padres ( )

Temor a invadir intimidad ( )

Vergüenza a abordar la sexualidad ( )

Falta de demanda o queja ( )

No disponer de equipo multidisciplinar ( )

No disponer de medios ( )

Por considerar que no me corresponde ( )

Por barreras culturales ( )

Por considerar que no es necesaria esa edad ( )

Por ser el/la niño/a, adolescente del sexo contrario al mío ( )

**ANEXO II. CUESTIONARIO DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y  
ACTUACION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN NIÑEZ Y ADOLESCENCIA  
(Ámbito sanitario enfermería)**

Centro de Salud: \_\_\_\_\_ Departamento de salud n° \_\_\_\_\_

Especialidad enfermería: Enfermera/o ( )                      Matrona/o ( )

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Como práctica habitual de tu protocolo de consulta ¿Realizas actividades de educación sexual ajustada a la etapa evolutiva del/la niño/a, adolescente?

1. Siempre ( )    2. A veces ( )    3. Nunca ( )

4. Solo ante demandas o quejas ( )    5. Solo antes signos de sospecha ( )

2. ¿Compruebas si los/as niños/as, adolescentes que atiendes están recibiendo educación sexual en su medio familiar?

1. Siempre ( )    2. A veces ( )    3. Nunca ( )

3. ¿Compruebas si los/as niños/as, adolescentes que atiendes están recibiendo educación sexual en el ámbito escolar?

1. Siempre ( )    2. A veces ( )    3. Nunca ( )

4. ¿Informas o asesoras a padres u otros familiares sobre como educar y fomentar el diálogo sobre sexualidad?

1. Siempre ( )    2. A veces ( )    3. Nunca ( )

4. Solo ante demandas o quejas ( )    5. Solo antes signos de sospecha ( )

5. ¿Recomiendas o das algún tipo de material educativo sobre sexualidad?

1. Siempre ( )    2. A veces ( )    3. Nunca ( )

6. ¿Realizas algún tipo de actividad en salud sexual comunitaria bien individualmente o como parte de un equipo multidisciplinar?

SI ( ) Si es si, especifica donde, con quien/es y que realizas \_\_\_\_\_

NO ( )

7. Del mismo modo que realizas controles sobre el desarrollo evolutivo general (peso, talla, dentición...) ¿Realizas controles sobre el desarrollo sexual (aparición de caracteres sexuales secundarios, normalidad genital...)?

1. Siempre ( )    2. A veces ( )    3. Nunca ( )

8. ¿Realizas actividades de prevención de abusos sexuales en niñez y adolescencia?

1. Siempre ( )    2. A veces ( )    3. Nunca ( )

4. Solo ante demandas o quejas ( )    5. Solo antes signos de sospecha ( )

¿Realizas actividades de prevención de embarazos no deseados en adolescentes?

1. Siempre ( )    2. A veces ( )    3. Nunca ( )  
4. Solo ante demandas o quejas ( )    5. Solo antes signos de sospecha ( )

9. ¿Realizas actividades de prevención de infecciones de transmisión sexual en adolescentes?

1. Siempre ( )    2. A veces ( )    3. Nunca ( )  
4. Solo ante demandas o quejas ( )    5. Solo antes signos de sospecha ( )

10. ¿Realizas actividades de prevención de violencia de género en adolescentes?

1. Siempre ( )    2. A veces ( )    3. Nunca ( )  
4. Solo ante demandas o quejas ( )    5. Solo antes signos de sospecha ( )

11. ¿Realizas actividades de prevención de disfunciones sexuales y parafilias en adolescentes?

1. Siempre ( )    2. A veces ( )    3. Nunca ( )  
4. Solo ante demandas o quejas ( )    5. Solo antes signos de sospecha ( )

12. Ante la detección o demanda de algún tipo de problema en salud sexual ¿Cuál es tu forma habitual de proceder?

Suelo intervenir ( )

Derivo al especialista ( )

13. ¿Cuáles son las mayores dificultades que encuentras ante el abordaje de aplicar medidas de promoción, prevención, detección y actuación en lo que a la salud sexual y reproductiva se refiere? Marca todas aquellas que consideres.

Insuficiente formación ( )

Falta de tiempo en consulta ( )

Presencia de padres ( )

Temor a invadir intimidad ( )

Vergüenza a abordar la sexualidad ( )

Falta de demanda o queja ( )

No disponer de equipo multidisciplinar ( )

No disponer de medios ( )

Por considerar que no me corresponde ( )

Por barreras culturales ( )

Por considerar que no es necesaria esa edad ( )

Por ser el/la niño/a, adolescente del sexo contrario al mío ( )

## **Doble disfunción sexual debida a efectos secundarios farmacológicos: disfunción eréctil y anorgasmia con eyaculación.**

Double sexual dysfunction due to drug side effects: erectile dysfunction and orgasmic dysfunction with ejaculation

Hurtado Murillo F

Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica y Sexología. Unidad de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente San Luis” de Valencia. Agencia Valenciana de Salud.

---

### **Correspondencia:**

Felipe Hurtado Murillo

Unidad de Salud Sexual y Reproductiva . Centro de Salud “Fuente San Luis”

Calle Arabista Ambrosio Huici, 30. 46013-Valencia

E-mail: [felipehurtadomurillo@gmail.com](mailto:felipehurtadomurillo@gmail.com)

**Fecha de recepción:** 2 de septiembre de 2014 **Fecha de aceptación:** 8 de octubre de 2014

---

### **Resumen**

Describimos el caso clínico de un hombre de 62 años de edad que fue remitido por manifestar una doble disfunción sexual: trastorno de la erección y anorgasmia pero con preservación de la eyaculación. El caso presentado es un ejemplo de la alta frecuencia con que aparecen disfunciones sexuales asociadas a efectos secundarios farmacológicos, sobre todo, en hombres de edad avanzada y polimedicados bien para enfermedades cardiovasculares, bien con síndromes metabólicos o bien tratados por síntomas del tracto urinario bajo asociados a hipertrofia benigna de próstata. La solución satisfactoria de los trastornos sexuales, a su vez, contribuye a aumentar la adherencia terapéutica de la patología orgánica de base al posibilitar el mantenimiento de su vida sexual.

**Palabras clave:** disfunción eréctil, anorgasmia, iatrogenia, adherencia terapéutica.

### **Summary**

We describe a case of a 62-year-old who was sent by manifest double sexual dysfunction: erectile disorder and orgasmic dysfunction but with preservation of ejaculation. The case presented is an example of the high frequency of occurrence of sexual dysfunction associated with drug side effects, especially in elderly men and polymedicated well for cardiovascular disease or with metabolic syndrome or treated for symptoms of lower urinary tract associated to benign prostatic hypertrophy. Successful resolution of sexual disorders, turn, helps to increase adherence to drug treatment of organic disease by enabling the maintenance of your sex life

**Key words:** erectile dysfunction, orgasmic dysfunction, iatrogenic, therapeutic adherence

## **INTRODUCCIÓN**

Presentamos el caso de un paciente que presentaba de forma persistente desde hacía un año, una doble disfunción sexual:

trastorno de la erección y anorgasmia pero tenía preservada la función eyaculatoria.

## CASO CLÍNICO

### Anamnesis

Hombre de 62 años de edad, separado, sin pareja en la actualidad y enfermero de profesión, acude a la consulta de sexología derivado por su médico de Atención Primaria manifestando, que desde un año tiene problemas en su respuesta sexual, que progresivamente han empeorado y que le impiden tener relaciones sexuales satisfactorias. Comenta que primero comenzó a notar dificultad para conseguir y mantener una erección de calidad para poder realizar el coito, aunque podía llegar a eyacular si realizaba una actividad sexual de poca duración. Poco a poco fue empeorando y le empezó a costar mucho más conseguir la erección, cuando la conseguía era de menor rigidez y le costaba mucho conseguir llegar a eyacular. Llegando en la actualidad a expulsar el semen sin apenas rigidez, saliendo el semen sin presión como babeando y sin notar palpitaciones orgásmicas.

Informa que hace unos dos años, en una ocasión mientras realizaba su actividad sexual notó un chasquido en la base del pene que le produjo mucho dolor. Solicitó consulta especializada a urología y tras el examen que le realizaron con ecografía y análisis bioquímico no encontraron ninguna alteración orgánica. El dolor remitió con analgésicos y no ha vuelto a repetirse.

Expresa tener un deseo sexual normal, pero teme iniciar una actividad sexual en pareja porque se siente inseguro de poder responder con una erección de calidad suficiente, durante un tiempo de juego sexual que satisfaga a la potencial pareja y conseguir realizar el coito con garantías de poder mantenerlo. A esto se suma el incremento de estímulo y de esfuerzo que necesita para conseguir eyacular, a lo que se añade la ausencia de placer orgásmico.

### Antecedentes de salud

Tiene hipertensión arterial diagnosticada desde hace cinco años. Hace tres años en los

controles analíticos aparecieron alteraciones en el colesterol y en los triglicéridos (dislipidemia). Desde hace un año y medio empezó a notar que necesitaba orinar con más frecuencia, que el chorro urinario había disminuido y que además no conseguía cortar bien la expulsión cuando acababa de orinar. Por todos estos síntomas y tras realizar un estudio de la próstata con tacto rectal, ecografía y análisis bioquímico del antígeno prostático (PSA) le diagnosticaron hipertrofia benigna de próstata.

Para sus patologías orgánicas toma a diario varias medicaciones desde que le hicieron los diagnósticos. Para la hipertensión arterial toma dos tipos de antihipertensivos: Losartan (antagonista de la angiotensina II) y Bisoprolol (betabloqueante selectivo). Para la dislipidemia toma Simvastatina (inhibidor de la HMG-CoA reductasa, agente modificador de los lípidos). Para los síntomas urinarios producidos por la hipertrofia benigna de próstata toma Silodosina (antagonista de los receptores alfa-adrenérgicos).

Desde que toma la medicación la tensión arterial la tiene en la actualidad dentro de límites de normalidad (130/80). En los últimos análisis de control realizados hace tres meses el apartado de los lípidos tenía ligeras alteraciones: Colesterol total 245 mg/dL, Colesterol LDL 172 mg/dL, el resto estaba dentro de la normalidad: Colesterol HDL 46 mg/dL, Colesterol VLDL 26 mg/dL, Triglicéridos 132 mg/dL. En lo que respecta a la función urinaria, ha notado mejoría clínica.

Tiene obesidad y no hace ejercicio. No fuma desde hace cinco años, bebe vino en las comidas y no consume ninguna otra sustancia adictiva. Nunca ha sido intervenido quirúrgicamente y no tiene alergias conocidas.

### Evaluación diagnóstica

Tras la entrevista inicial se realizó un análisis funcional de la respuesta sexual que el paciente manifestaba. Por la edad, la forma de aparición insidiosa, gradual, permanente, constante y de evolución progresiva negativa de sus dos disfunciones sexuales, junto con la ausencia de erecciones nocturnas y

matutinas, además de la relación de causalidad temporal asociada al consumo de los diversos fármacos para el tratamiento orgánico de sus patologías de base. Se puede afirmar que ambas disfunciones sexuales son de origen orgánico por efectos secundarios farmacológicos sobre todo, aunque es conocido que los eventos cardiovasculares como la hipertensión arterial que se caracteriza por producir alteraciones estructurales y funcionales de las arterias puede ser por sí misma suficiente para ocasionar la disfunción eréctil (1). Del mismo modo está descrito en la literatura que a menudo la dislipidemia va asociada con disfunción eréctil (2).

Respecto a los efectos iatrogénicos de ciertos fármacos sobre las apariciones de disfunciones sexuales, está bien documentado en la literatura científica basada en la evidencia que las sustancias antihipertensivas disminuyen la presión intracavernosa del pene ya de por sí dificultada por la propia enfermedad vascular y además actúan bloqueando los mecanismos de neurotransmisión a nivel del sistema nervioso autónomo. Sobre todo los betabloqueantes son capaces de ocasionar la disfunción eréctil al bloquear la liberación de la renina y disminuir el poder contráctil del corazón. Por su parte, los antagonistas de los receptores alfa-adrenérgicos son capaces de producir alteraciones en la eyaculación al inhibir la contracción de las glándulas sexuales accesorias y del suelo muscular del periné (3-5).

Antes de iniciar el protocolo terapéutico y con el fin de valorar la intensidad de ambas disfunciones sexuales, se le administró el Índice Internacional de la Función Eréctil (IIEF) (6). El IIEF es un test simple y rápido de administrar que tiene buena sensibilidad y especificidad. Consta de 15 preguntas que evalúan 5 campos relativos a la función sexual del hombre: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción del acto sexual y satisfacción global.

El paciente mostró en la valoración de intensidad de la disfunción eréctil un grado severo: puntuación de 6 sobre un máximo de 30. En la función orgásmica mostró un grado

severo: puntuación de 1 sobre un máximo de 5. En la satisfacción del acto sexual manifestó un grado severo: puntuación 2 sobre 10.

### **Intervención terapéutica**

Teniendo en cuenta tanto las causas orgánicas evidenciadas como los factores psicológicos añadidos por el temor anticipatorio de fracaso, la vigilancia obsesiva de su respuesta sexual y la conducta evitativa tanto por sus miedos como por no disponer en este momento de su vida de una relación de pareja. La planificación de la terapia sexual consistió primero en educar al paciente informando de las causas iniciadoras de origen orgánico y de las causas mantenedoras añadidas de tipo psicológico.

Se le planteó como necesario modificar su estilo de vida, eliminando el sedentarismo y haciendo a diario algo de ejercicio moderado, eliminación del alcohol diario y la realización de una dieta tanto para que sirviera para reducir peso como para el mejor control de sus dislipidemia. Así se pactó con el paciente y aceptó el compromiso.

Por otro lado, dado que los tratamientos farmacológicos para sus patologías de base eran necesarios y los efectos adversos farmacológicos iban a seguir manteniéndose, trabajamos en terapia sexual la adherencia farmacológica y el cumplimiento terapéutico motivando su necesidad para no empeorar sus trastornos y planteando una terapia sexual combinada con fármacos facilitadores de la erección de demostrada eficacia (inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5) y compatibles con las medicaciones que ya tomaba. Pero planteamos la posibilidad de eliminar uno de los dos fármacos antihipertensivos que utilizaba, concretamente el betabloqueante selectivo que es el más suele afectar a la función eréctil y comprobar que tras su eliminación, solamente con el otro antihipertensivo mantenía la tensión arterial dentro del rango de normalidad. Se mantuvo la Simvastatina y también se modificó el fármaco utilizado para tratar los síntomas urinarios debido a la hipertrofia benigna de próstata; dejó de usar el antagonista de los receptores alfa-adrenérgicos y empezó a utilizar Serenoa Repens.

Finalmente, mediante focalización sensorial genital en masturbación para generar confianza, se le pautó una frecuencia semanal con uso de aceites corporales y estímulos intensos en glande, además se le indicó que se obligara mediante estímulo-pausa a perder y recuperar la erección antes de eyacular.

Tras cuatro semanas de consolidación de la mejoría de su respuesta sexual en masturbación solitaria mediante la terapia sexual combinada a dosis altas de Vardenafilo (20 miligramos). Dado que mantenía buena relación con su exmujer y ella aceptaba poder mantener relaciones sexuales, tuvimos una sesión terapéutica conjunta para explicarle los objetivos y su colaboración con el fin de eliminar la evitación sexual en pareja y perder el miedo anticipatorio al fracaso. Aceptaron tener una relación sexual semanal con juego sexual previo a coito sin prisas, obligándose a perder y a recuperar la erección en varias ocasiones y eligiendo una posición de coito con piernas cerradas de ella para que aumentara la presión y fricción en el pene.

### **Evolución**

A los dos meses fueron de nuevo entrevistados en la consulta y refirieron mantener la pauta prescrita de sesiones sexuales. La respuesta erectiva se había recuperado, la sensación orgásmica también y mostraba satisfacción en la respuesta sexual. Asimismo, mantenía el compromiso de realizar el ejercicio físico yendo a un gimnasio tres veces en semana, no tomaba alcohol en comidas salvo el fin de semana y estaba realizando una dieta controlada por un dietista. De hecho había conseguido reducir cinco kilos de peso.

La tensión arterial se mantenía dentro de los límites de normalidad y la función urinaria también estaba mejorada. Le había solicitado su médico de familia un nuevo control analítico y estaba pendiente de resultados.

Le planteamos que probara a reducir la dosis de Vardenafilo a la mitad y si el resultado seguía siendo satisfactorio que mantuviera dicha dosis, en caso contrario que continuara con la dosis inicial.

Citamos de nuevo a los seis meses y en la entrevista vino acompañado de la exmujer, expresó el paciente y así lo confirmó su mujer que la respuesta sexual se mantenía de forma satisfactoria pero con dosis de 20 miligramos de Vadenafilo. Había recuperado la confianza y ya no estaba pendiente de la erección. Mantenía los cambios en el estilo de vida y había perdido 14 kilogramos de peso.

Como control del cambio en su respuesta sexual administramos de nuevo el IIEF y los resultados fueron los siguientes: en la función eréctil obtuvo una puntuación de 27 sobre 30. En la función orgásmica obtuvo la puntuación máxima de 5 y en la satisfacción sexual general y en pareja una puntuación de 9 sobre 10.

Por consiguiente y con el acuerdo del paciente se procedió a dar el alta y se le motivó a seguir manteniendo los nuevos hábitos adquiridos, los controles analíticos y las pautas farmacológicas de sus problemas orgánicos.

### **DISCUSION**

La disfunción eréctil es un problema de salud de alta prevalencia entre los hombres mayores de 40 años y se comporta como un síntoma centinela de otras enfermedades subyacentes importantes como los trastornos cardiovasculares. Por otro lado, la dislipidemia es una de las patologías orgánicas que suele estar presente en hombres con disfunción eréctil y también se considera un factor de riesgo cardiovascular. Asimismo, no es infrecuente que los hombres con manifestación de disfunción eréctil y edad avanzada, manifiesten síntomas del tracto urinario bajo debidas a la existencia de una hipertofia benigna de la próstata.

Estas alteraciones orgánicas por sí mismas pueden ser capaces de provocar alteraciones endoteliales en la vasculización de las arterias que irrigan el pene, pero si añadimos que tienen que tomar fármacos que interfieren con el correcto funcionamiento sexual, aunque, también es conocido, que no ocurre igual en todas las personas quizás debido a alguna forma diferencial de vulnerabilidad individual fisiológica o farmacológica (7). Se dan suficientes

condiciones orgánicas para ocasionar la aparición y la persistencia de disfunciones sexuales. Posteriormente se van a añadir factores de tipo psicológico que empeoran los problemas sexuales y que van a condicionar la disminución o incluso, la evitación de tener relaciones sexuales, aumentando la frustración personal y de la pareja si la hubiere y empeorando la calidad de vida de la persona.

Este es el caso que nos ocupa, interesa por un lado resolver sus trastornos sexuales pero sin dejar de lado, por la importancia que tiene, manejar el cumplimiento terapéutico de sus trastornos orgánicos, porque en un número importante de casos cuando aparecen alteraciones sexuales por el uso de fármacos, hay personas que dejan de utilizarlos o los utilizan inadecuadamente para poder mantener su vida sexual, poniendo en peligro su salud. Es muy importante resolver de forma satisfactoria las disfunciones sexuales para mejorar la calidad de vida y a su vez, mejorar la adherencia terapéutica en el uso de los fármacos que necesitan para el tratamiento de sus patologías orgánicas (8).

En la actualidad y desde que en 1998, tras el descubrimiento del sildenafil como sustancia facilitadora de la erección, se vienen utilizando diferentes fármacos pertenecientes a la familia de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 de forma eficaz junto a la terapia sexual. Habiendo transformado el tratamiento de la disfunción eréctil por su efectividad y buena tolerancia. Además, informar y educar al paciente sobre sus procesos de enfermedad, las repercusiones sobre la sexualidad y los efectos farmacológicos, permite aumentar su adherencia terapéutica, evitando el abandono que se podría producir y dar soluciones satisfactorias mediante una terapia sexual encaminada a eliminar los factores psicológicos negativos añadidos y buscando

manrerer una aceptable calidad de vida sexual y personal.

En este paciente concreto el resultado de la intervención, con la ayuda prestada por su exmujer, ha hecho posible aunar ambos objetivos: mantener el tratamiento adecuado de sus patologías orgánicas y volver a tener una vida sexual satisfactoria.

## REFERENCIAS

1. Kelm M, Preik M, Hafner DJ, Straver BE. Evidence for a multifactorial process involved in the impaired flow response to nitric oxide in hypertensive patients with endothelial dysfunction. *Hypertension* 1996; 27(3): 346-53.
2. Miner MM, Barnes A, Janning S. Efficacy of phosphodiesterase type 5 inhibitor treatment in men with erectile dysfunction and dyslipemia: a post hoc analysis of the vardenafil statin study. *J Sex Med.* 2010; 7(5): 1937-47.
3. Hurtado F, Escrivá P, Catalán A, Mir J. Vademecun sexual: Fármacos y disfunción sexual. *C Med Psicosom.* 2002; 62/63: 51-82.
4. Giuliano F, Droupy S. Sexual side effects of pharmacological treatments. *Prog Urol.* 2013; 23(9): 804-10.
5. Keene LC, Davies PH. Drug-related erectile dysfunction. *Adverse Drug React Toxicol Rev.* 1999; 18(1):5-24.
6. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49(6): 822-30.
7. Hurtado F. Sexualidad: funcionamiento normal. Trastornos y tratamientos. Valencia: Promolibro, 1997.
8. Scranton RE, Goldstein I, Stecher VJ. Erectile dysfunction diagnosis and treatment as a means to improve medication adherence and optimize comorbidity management. *J Sex Med.* 2013; 10(2): 551-61.

## **Promoción de la salud sexual en el puerperio**

### Promotion of sexual health in the puerperium

González González Y<sup>1</sup>, Reynes Grimalt E<sup>2</sup>, Bustamante Bellmunt J<sup>3</sup>

*1 Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca. Enfermera, Matrona y Sexóloga.*

*2 Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca. Enfermera, Matrona y Sexóloga.*

*3 Centro de Psicología, Sexología y Pareja: José Bustamante en Elche (Alicante).*

---

#### **Correspondencia:**

Yolanda González González

C/Hortensies, 35. Palmanyola, Mallorca, Illes Balears.

CP 07193

---

**Fecha de recepción:** 2 de junio de 2014 **Fecha de aceptación:** 10 de octubre de 2014

---

#### **Resumen**

El puerperio se convierte en muchos casos en un momento crítico para la pareja. Los cambios físicos, emocionales y psicosociales que vive la mujer sumados a la nueva dinámica en la relación ponen a prueba la solidez de la pareja. Con el programa Padres y Pareja pretendemos aumentar el nivel de información y dotar a la pareja de herramientas para manejar de forma más eficaz este proceso de adaptación, no solo para que la relación sexual y de pareja no se vea dañada, sino también para convertirla en una oportunidad para fortalecerla.

**Palabras clave:** salud sexual, puerperio. The physical, emotional and psychosocial changes that women living together with the new dynamics in the relationship can try the robustness of the couple. With the Parent and Couple program we intend to increase the level of information and providing the tools to partner more effectively to manage this process of adaptation, not only to sexuality and relationship is not damaged, but also to turn it into an opportunity to strengthen it.

#### **Summary**

In many cases, the puerperium becomes a critical moment for the couple.

**Key words:** sexual health, puerperium.

#### **INTRODUCCIÓN**

El puerperio es un momento crítico para la vida de la mujer y de la pareja. Se producen una serie de cambios (físicos, emocionales, psicológicos, sociales, etc) que afectan a la dinámica de la pareja, a la percepción sobre las cosas que tiene la mujer que acaba de tener un bebé y en los roles de la pareja. Es un período de cambio y de adaptación, dónde muchos de los problemas que van surgiendo se podrían solucionar si se dispusiese de más información y apoyo, sobre todo en cuanto a sexualidad y afectividad se refiere.

La aparición de conflictos personales y de pareja son frecuentes por la aparición de sentimientos y emociones nuevas, y la dificultad para afrontarlas puede ser debida a una educación para la salud pobre.

El problema aumenta al considerar la sexualidad únicamente genital, centrada en el coito, de hecho, en la revisión bibliográfica realizada se aprecia que todos los estudios descriptivos, todos, se enfocan a la actividad coital, y se obvian datos sobre sentimientos sexuales y actividades no coitales.

Durante el puerperio el deseo sexual y la

actividad coital disminuyen, aunque esta se suele iniciar a las 5-7 semanas posparto. A los 4 meses después del parto el 90% de las parejas han reiniciado el coito. A los 13 meses posparto, el 22% de las mujeres sufre problemas sexuales, por tanto vemos que el término puerperio es bastante amplio en el tiempo. Los consejos aportados por los profesionales, se limitan al coito y suelen ser para restringirlos, no se tiene en cuenta el concepto global de la sexualidad.

Si nos fijamos en la idea de que la calidad de las relaciones matrimoniales y la estabilidad 3 años después del parto está directamente relacionada con la ternura y las relaciones sexuales cuatro meses posparto, nos podemos hacer a la idea de cuan importante es la sexualidad de este periodo, y de lo que influye la sexualidad en nuestra vida.

Con la creación y aplicación del programa PADRES Y PAREJA, buscamos principalmente prevenir, paliar y/o resolver los problemas asociados a la reestructuración de la vida afectivo-sexual de las parejas tras el nacimiento de su primer hijo. Aumentando el nivel de información que llegue a la población sobre este tema, y en consecuencia, se reducirá la angustia, las parejas serán dotadas de herramientas para manejar este tipo de situaciones. Pensamos que se reforzaran las conductas saludables y los comportamientos asertivos ante el cambio que implica la llegada de un nuevo ser.

Padres y pareja, busca desde el propio título el no dejar que la balanza, por más fuerza que ejerza la inercia, se decante del lado de ser "PADRES" olvidando la importancia que tiene el seguir siendo "PAREJA".

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Proporcionar habilidades y estrategias para abordar la nueva situación, así como aportar información acerca de los cambios físicos, psicoemocionales y sociales que puedan surgir en la puérpera y en su entorno cercano.

### **Objetivos específicos**

#### **1. Dar información a la mujer y su**

**pareja en relación a las modificaciones generales que pueden experimentar su cuerpo, para que estas sean asumidas con normalidad.**

El hecho de informar sobre la posible excitación sexual que la madre puede experimentar en la lactancia y transformarla en un acto que vincula al bebé y la madre y no en algo sucio, explicar que el orgasmo sexual en pareja puede producir secreción de leche materna y demás cambios, ayudará a vivir con normalidad situaciones que podrían generar malestar.

#### **2. Informar sobre estrategias de reencuentro sexual.**

El uso de lubricantes, el reconocimiento genital visual y táctil son algunas de las técnicas que ayudan a disminuir la angustia en las parejas

**3. Aportar estrategias a la mujer para dedicar a su autocuidado un tiempo diario, aunque sea mínimo, fomentando su autoestima.**

**4. Animar a la pareja a implicarse en las tareas relacionadas con el bebé.**

Si la pareja atiende a las visitas y cuida del bebé, permite que la madre encuentre momentos de relajación y descanso.

**5. Concienciar a la pareja de la importancia de crear un espacio propio e íntimo para dedicárselo a ellos mismos.** Al animar a la pareja a hacer partícipe a su grupo de apoyo (abuelos, tíos, amigos...) en el cuidado del bebé durante espacios pequeños de tiempo, favorece las relaciones afectivas entre el bebé y la familia, al tiempo que permite el espacio de la pareja.

**6. Reajustar la idea mítica de la maternidad/paternidad como situación idílica, llena de felicidad y exenta de sentimientos negativos.**

Una buena comunicación entre la pareja en la que se verbalicen inseguridades, problemas, temores, dudas... puede atenuar la tristeza puerperal y estructurar el rol paterno. Es importante que el varón esté receptivo a las necesidades de la mujer para proporcionarle seguridad y estabilidad emocional. En el contexto familiar, las vías de comunicación deben estar lo más abiertas posibles.

## **7. Fomentar el acercamiento corporal más allá del deseo.**

La relación afectiva de los padres no sólo favorece su relación de pareja, sino también funciona como modelo de aprendizaje afectivo de los hijos.

## **8. Desmitificar la importancia de las relaciones coitales.**

## **9. Detectar problemas sexuales y derivar al profesional adecuado en el caso de que no se resuelvan.**

### **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO**

#### **Esquema de intervención**

1. Primera visita Posparto (7-10 días tras el parto).

2. Segunda Visita Posparto y presentación del programa (6ª Semana).

Tras esta evaluación rutinaria, se considera oportuno introducir la información relativa al programa PyP (Padres y Pareja).

Es decir, a las dos visitas incluidas en el protocolo de actuación con las madres puerperas a cargo de la matrona, se incluirá la posibilidad de que de forma voluntaria accedan a los talleres.

El programa se compone de una sesión incluida en la educación posparto y unos talleres a realizar por las parejas interesadas.

La sesión sobre sexualidad se realiza en base a una presentación de diapositivas. Al finalizarla se informa de la existencia de unos talleres enfocados a intentar mejorar la vida sexual después de la llegada de un hijo. Se explica el número de talleres, duración y temática.

En todos los talleres se presenta el contenido del mismo, sus objetivos y al finalizar cada uno de ellos siempre se dejara un espacio abierto para la reflexión. Incluso se admiten propuestas de temas a tratar.

3. Taller 1. LISTAS. LAS COSAS BONITAS DE LA VIDA.

4. Taller 2. COMUNICACIÓN. ¿O YO NO ME EXPLICO? ¿O TU NO ME ENTIENDES.

5. Taller 3. ROLE PLAYING. LA REALIDAD SIEMPRE SUPERA A LA FICCIÓN.

6. Taller 4. MASAJES. NOS TOCAMOS.

## **EVALUACIÓN**

La evaluación de los talleres se llevará a cabo mediante la administración de un test antes de los talleres y un retest posterior a los mismos. De esta manera tendremos una información fiable de los conocimientos y actitudes adquiridos por las parejas a lo largo de los talleres.

Además de ello, en el re-test se añadirán dos preguntas para recoger la valoración de los participantes en los talleres, así como su predisposición a seguir participando en talleres similares.

### **TABLA DE PUNTOS BÁSICOS**

1. Padres y pareja, busca desde el propio título el no dejar que la balanza, por más fuerza que ejerza la inercia, se decante del lado de ser "PADRES" olvidando la importancia que tiene el seguir siendo "PAREJA".

2. Importa menos que nunca el orgasmo, lo importante es el encuentro amoroso y humano.

3. Durante el puerperio la sexualidad debe ser sutil, lenta, sensible, llena de caricias y abrazos. Buscar tiempo de calidad para la pareja y compartir momentos ayudará en la vida sexual de la pareja.

4. Para los hombres, el sexo conduce a la intimidad. Para las mujeres, la intimidad lleva al sexo."

5. Una buena relación afectivo-emocional entre los padres es el mejor regalo que se le puede hacer a un hijo

6. La comunicación sin reproches es básica para crear un clima de resolución de conflictos.

### **REFERENCIAS**

1. Borda MR, Winfrey W, McKaig C. Return to sexual activity and modern family planning use in the extended postpartum period: an analysis of findings from seventeen countries. Afr J Reprod Health. 2010 Dec; 13 ( 4 Spec n°.): 72-9

2. Handa VL. Sexual function and childbirth. *Semin Perinatol.* 2006 Oct; 30 ( 5): 253-6
3. Hipp LE, Kane Low L, van Anders SM. Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *J sex Med.* 2012 Sep; 9(9): 2330-41
4. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum Sexual function. *Obstet Gynecol.* 2012 Mar; 119 (3): 647-55
5. Olsson A, Robertson E, Björklund A, Nissen E. Fatherhood in focus, sexual activity can wait: new fathers' experience about sexual life after childbirth. *Scand J Caring Sci.* 2010 Dec; 24 ( 4): 716-25
6. Olsson A, Robertson E, Falk K, Nissen E. Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. *Midwifery.* 2011 Apr; 27 ( 2): 195-202
7. Ratfish G, Dikencik BK, Kizilkaya Beji N, Comert N, Tekirdag Al, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Adv Nurs.* 2010 Dec; 66 (12): 2640-9
8. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, Cromi A, Ghezzi F, Bolis P. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med.* 2010 Aug; 7 (8): 2782-90
9. Woolhouse H, McDonald E, Brown S. Women's experience of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2012 Dec; 33(4): 185-90.
10. Alonso Alvaro A, Dueñas Manso C, de la Gándara Martín J, Orbara González-Galdeano I, Santamaría Izquierdo MJ. *Sexualidad y embarazo.* Madrid. Cauce editorial: 1996
11. Asociación Mundial de la Salud, Declaración de los derechos sexuales.
12. Gálvez Clemen -Suárez MI. Parto y puerperio. Instituto andaluz de la mujer.
13. Martín de Maria S. Sexualidad en el puerperio. *Matronas profesión*
14. Molero Rodríguez F. La sexualidad en el embarazo y puerperio.
15. Rejane Salim N, Matos Araújo N, Rosa Gualda DM. Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas. *Rev.Latino-Am. Enfermagem* 18(4). Jul.agos.2010.
16. de Béjar S. *Tu sexo es aún mas tuyo.* Editorial Planeta, 2007
17. de Béjar S. *Deseo.* Editorial Planeta, 2011.
18. Bustamante Bellmunt J. ¿En qué piensan los hombres?. Editorial Paidós ibérica, 2012.
19. Gutman L. *La maternidad y el encuentro con la propia sombra.* Ed. RBA libros, 2008.

## TABLAS Y FIGURAS

A continuación se han seleccionado algunas de las diapositivas que se presentan en el taller “Ahora somos uno más”

1.



2.

Ser padres no significa dejar de ser amantes...



Tener un hijo es algo maravilloso, pero eso no puede hacer que se relaje la pareja, y sólo quede tiempo y cariño para el niño.

J. Bustamante

3

Frases de mujeres puérperas

- “Él piensa que si me penetra más fuerte, siento más placer”
- “Yo no tengo ganas todavía, pero el es hombre y si no lo tiene aquí lo buscará fuera”
- “Echo de menos mimos, caricias, besos...”
- “No me puedo concentrar si el niño esta en la habitación”
- “Tengo miedo de que se me salten los puntos”
- “Me siento gorda, fea, mi cuerpo ha cambiado, ¿cómo le voy a gustar así? Él sigue igual”
- “Estoy agotada. Cuando llego a la cama sólo quiero dormir”

4.

Frases de hombres “puérperos”

- “No entiendo que le pasa a mi mujer”
- “Tengo miedo a no ser un buen cabeza de familia. No sé si podré hacerlo”
- “Tengo miedo a hacerle daño”
- “Discutimos por todo, no estamos de acuerdo en nada”
- “Me siento apartado”
- “Me rehuye”

5.

¿Qué haces tú por tu placer?

Nuestra sexualidad es responsabilidad nuestra. Solo adoptando una postura activa y velando por nuestras necesidades, podremos vivirla de forma placentera y liberadora. Depende de tí desterrar el miedo, la vergüenza, la culpa y la insatisfacción.



“El buen sexo no es algo que te suceda, sino algo que haces que te suceda”

## **TÍTULO**

Abusos sexuales y otras formas de maltrato sexual: intervenciones educativas y terapéuticas.

## **AUTOR**

Félix López Sánchez

## **EDITORIAL**

Editorial Síntesis. Madrid. 2014

Las diferentes culturas y sociedades han tardado siglos en reconocer diferentes formas de maltrato a los menores de edad. Los padres eran considerados propietarios de los hijos, así como el esposo de la esposa.

Solo bien entrado el siglo XX, algunos profesionales, primero, e instituciones internacionales, después, empezaron a definir, detectar y denunciar diferentes tipos de maltrato, creando el concepto “protección de la infancia” y “tutela” de los Estados, los cuales podrían y debían vigilar y sancionar a los padres cuando sus formas de trato provocaban lesiones o daños graves a los hijos. Los hijos abandonados y huérfanos, así como los maltratados por acción u omisión por la familia pasaron a ser protegidos y tutelados por los Estados, porque los menores empezaron a ser considerados sujetos de derechos que debían atender la familia y las administraciones públicas.

La decisión de separar a los hijos de las familias maltratadoras exigió formular en el código penal y en las prácticas profesionales el concepto formal de maltrato, sus diferentes formas y subtipos. Primero fue reconocido el maltrato físico, después el emocional y finalmente la negligencia en los cuidados que requiere la infancia. En los años ochenta, las investigaciones anglosajonas sobre la prevalencia de abusos sexuales y sus efectos enriquecieron la clasificación con un nuevo concepto de maltrato: los abusos sexuales. Todos estos pasos han sido grandes progresos que han cambiado el tratamiento social de la infancia.

Pero estamos ya en el siglo XXI y resulta inaceptable que por razones soxofóbicas, ancladas en una consideración de la sexualidad muy negativa y en prácticas educativas represivas, sigan sin considerarse otras formas de maltrato sexual no menos graves que los propios abusos. Este olvido tiene explicaciones históricas, como todos los olvidos, por cierto, pero es incongruente conceptualmente (¿porqué en el campo de la sexualidad solo se tiene en cuenta un tipo concreto de maltrato?) e inaceptable en el mundo actual en el que finalmente hemos fundamentado una nueva visión de la sexualidad, la salud y el bienestar personal y social.

Mucho debemos a las investigaciones anglosajonas, pero su superioridad en este campo, no debiera impedirnos pensar y caer en la cuenta que esta clasificación es inadecuada y que debe enriquecerse incluyendo en el código penal y en las prácticas profesionales otras formas de maltrato sexual olvidadas. Esto es precisamente lo que hacemos en este libro, en el que además, se defiende un enfoque distinto para todos los casos de maltrato, fundamentado en una teoría de las necesidades infantiles que venimos formulando desde hace años. Se trata, en definitiva, de que manteniendo el enfoque penal tradicional del maltrato, nos preguntemos qué podemos hacer para “bien tratar” a los niños y niñas, satisfaciendo sus necesidades fisiológicas, mentales, afectivas y de participación en la vida familiar, escolar y social.

He hecho esta propuesta en varios congresos, discusiones de tesis y reuniones internacionales, así como en propuestas por escrito a diferentes instituciones. La respuesta ha sido siempre positiva, oscilando entre afirmaciones de expertos como “la verdad es que tienes todo la razón, no lo habíamos pensado”, a apoyos entusiastas. ¿A

qué estamos esperando? ¿Por qué esa pereza o resistencias a pensar con autonomía, y esa dependencia de un mundo científico anglosajón tan maravilloso en tantos aspectos, pero heredero de un concepto judeocristiano sobre la sexualidad?

Atrévete a pensar decían los ilustrados y Kant, eso es lo que recomiendo al lector.

**AGENDA**

**Eventos / Events 2014/2015**

Noviembre 2014

14-16

XII Congreso Español de Sexología y VI Encuentro Iberoamericano de profesionales de Sexología  
Cordoba (España)

[www.fess.org.es](http://www.fess.org.es)

Noviembre 2014

20-22

III Congreso Brasileño de Educación Sexual UNESP - UEL - UDESC / V Simposio sobre  
Sexualidad y Educación Sexual "Paraná  
SÃO PAULO - SANTA CATARINA (Brasil)

<http://labeledusex.wix.com/congresso2014>

Febrero 2015

5-7

17<sup>th</sup> Congress of the European Society for Sexual Medicine (ESSM)  
Copenhagen (Dinamarca)

<http://www.essm-congress.org/>

Marzo 2015

12-14

European Professional Association for Transgender Health (EPATH)  
First bi-annual conference

Ghent (Bélgica)

[www.epath.eu](http://www.epath.eu)

Marzo 2015

14-15

Symposium "The New Sexual Medicine, Integrating Pharmacotherapy, Sexual Therapy and  
Surgery"

International Society for Sexual Medicine (ISSM), the World Association for Sexual Health  
(WAS) and Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual (SLAMS)

Panamá city, Panamá

<http://www.panama2015.org>

Marzo 2015

20-21

8º Congreso de la Sociedad Andaluza de Contracepción  
Sevilla (España)

<http://sac2015.sac-contracepcion.es/>

Marzo 2015

28-31

23<sup>rd</sup> European Congress of Psychiatry  
Viena (Austria)

<http://w3.kenes-group.com/mailshot/congress/EPA2015/ms0.html>

Julio 2015  
7-9  
14<sup>th</sup> European Congress of Psychology  
Milán (Italia)  
[www.ecp2015.it/](http://www.ecp2015.it/)

Julio 2015  
25 – 28  
22º Congreso de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS)  
Singapur  
[www.worldsexology.org](http://www.worldsexology.org)

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

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

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

### **NORMAS GENERALES**

- Carta de presentación
- Primera página

### **NORMAS ESPECIFICAS POR SECCIONES**

-EDITORIALES

-ORIGINALES

- Estudios originales
- Comentarios a originales
- Originales breves
- Casos clínicos
- Proyectos de investigación

-REVISIONES

-DERECHOS SEXUALES

-ARTÍCULOS ESPECIALES (con distinta denominación según contenido) :

- FORMACIÓN CONTINUADA: Artículo único o series.
- INFORMES DE CONSENSOS
- INFORMES TÉCNICOS
- PROTOCOLOS
- etc.

-REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

-CARTAS AL DIRECTOR

-SERVICIO BIBLIOGRÁFICO (SPA)

-BOLETÍN INFORMATIVO (SPA)

- Noticias nacionales e internacionales

- Agenda
- Comentarios de libros, fármacos, instrumentos....
- Información de sociedades científicas

### **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

- Tablas y Figuras
- Bibliografía
- Listado de comprobación

### **NORMAS GENERALES**

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

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

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

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

**Los envíos impresos se acompañarán de una copia en soporte informático (disquete ó CD).**

Debe utilizarse un procesador de textos de uso habitual y en la forma más sencilla posible, evitando formatos automáticos como encabezados y pies de página. En la etiqueta del disquete ó el CD deberá figurar el título del trabajo, apellido del primer autor y el procesador de textos utilizado.

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

## **CARTA DE PRESENTACIÓN**

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

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

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

## **PRIMERA PÁGINA**

La primera página del texto debe incluir:

-Título del artículo en castellano e inglés.

-Autores: Se indicarán los dos apellidos y el nombre de todos los autores, en el orden en que deseen aparecer en el artículo. **Su número variará según la sección de la revista** a la que se dirija. En los grupos de trabajo o autores corporativos el listado completo de los participantes aparecerá a pie de página o, si su número es elevado, al final del artículo. Siempre figurarán como autores principales los responsables directos de la elaboración del manuscrito.

-Centro de trabajo de todos los autores, indicando la localidad.

-Titulación académica de los autores (opcional)

-Persona encargada de mantener la correspondencia relacionada con el trabajo, indicando una dirección postal y electrónica para la misma.

-Palabras clave (mínimo: 3; máximo: 6). Derivadas del Medical Subject Headings (MeSH) de la National Library of Medicine. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi).

-Fuente de financiación del trabajo y/o potenciales conflictos de intereses, si los hubiere.

-Si procede, información de interés como, por ejemplo, si el trabajo ha sido presentado con anterioridad en jornadas, congresos, si ha recibido algún premio, etc.

## **NORMAS ESPECÍFICAS POR SECCIONES**

### **EDITORIALES**

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

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

## **ORIGINALES**

### **ESTUDIOS ORIGINALES**

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

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

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

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

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

### **Resumen**

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

Debe incluir el **título del trabajo**.

El resumen deberá ser comprendido sin necesidad de leer total o parcialmente el artículo. Debe ser redactado de modo preciso desarrollando los puntos esenciales del artículo y no podrá incluir

información que no aparezca en el texto. No excederá las **250 palabras**, estructurándose en los apartados:

**-Objetivo:** identificación clara del propósito principal el estudio.

**-Diseño:** Descripción del diseño básico del estudio (ensayo clínico aleatorio, estudio de casos y controles, ...) y sus características básicas si son relevantes (doble ciego, multicéntrico,...). Si no se corresponde con un diseño claro, deben indicarse sus características principales (transversal o longitudinal, prospectivo o retrospectivo, observacional o de intervención, controlado o no controlado,...).

**-Emplazamiento:** Lugar de realización del estudio y marco o nivel de atención sanitaria (atención primaria, hospitalaria, comunitaria, consulta privada...).

**-Participantes:** Características de los pacientes, criterios de selección, número de sujetos incluidos, número de no respuestas y abandonos producidos.

**-Intervenciones** (en estudios de intervención): Características principales, pauta de administración y duración de las intervenciones realizadas tanto en el o los grupos de estudio como en el o los de comparación.

**-Mediciones principales:** Principales variables del estudio, especialmente la variable de respuesta utilizada y el método de evaluación de la misma.

**-Resultados:** Principales resultados cuantitativos, indicando el tipo de medida utilizada, y su intervalo de confianza. Si es conveniente, incluir el nivel de significación estadística.

**-Conclusiones:** Principales conclusiones que se derivan de los resultados del estudio, incluyendo su aplicación práctica.

**-Palabras clave:** Mínimo: 3; máximo: 6.

### **Texto**

Se recomienda la redacción en impersonal.

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

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

#### **-Introducción**

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

#### **-Material y métodos.**

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

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

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

#### **-Resultados**

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

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

#### **-Discusión**

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

#### **-Agradecimientos**

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

#### **-Bibliografía**

Se recomienda un **máximo de 30 referencias** bibliográficas.

#### **Puntos básicos y esquema general del estudio**

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

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

### **Material informático adicional**

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

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

### **COMENTARIOS A ORIGINALES**

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

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

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

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

### **ORIGINALES BREVES**

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

El texto se estructurará en los **apartados**:

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

El **número máximo de referencias bibliográficas** es 6.

### **CASOS CLÍNICOS**

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación (ver normas generales)
- Primera página (ver normas generales)
- Texto (máximo: 4 hojas DIN-A4 a doble espacio)

-Tabla y/o figuras (máximo: 1). (ver información complementaria) .

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

La estructura del texto será la siguiente:

**-Introducción**

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

**-Discusión y conclusiones.**

**El número máximo de referencias bibliográficas es 6.**

## **PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

-Carta de presentación (ver normas generales)

-Primera página (ver normas generales)

-Texto (máximo: 8 hojas DIN-A4 a doble espacio)

-Resumen

-Tablas y figuras (máximo: 4). (ver información complementaria).

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

El texto debe estructurarse en los siguientes apartados:

### **Introducción**

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

### **Objetivos**

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

### **Método**

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

### **Discusión**

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

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

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

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

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

## **REVISIONES**

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

- Título** descriptivo del artículo en una frase
- Referencia** del artículo siguiendo las normas de Vancouver
- Resumen** del artículo: entre 100 y 150 palabras, estructurado en los siguiente epígrafes: Objetivo, Método, Resultados y Conclusiones
- Comentario**: de extensión recomendada entre 100 y 150 palabras. Se permite incluir un **máximo de 3 referencias** bibliográficas.

Además, en cada apartado se indicará si el **aspecto específico** comentado corresponde a etiología, diagnóstico, pronóstico, terapia, prevención, etc.

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

### **DERECHOS SEXUALES**

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

### **ARTICULOS ESPECIALES**

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

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

(con distinta denominación según contenido) :

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

### **REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA**

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación

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

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

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

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

### **CARTAS AL DIRECTOR**

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

### **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

#### **-TABLAS Y FIGURAS**

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

Las tablas deben ser sencillas y no duplicarán información del texto. Constarán de un título breve que explique su contenido. Su estructura debe ser simple presentando la información en una secuencia lógica, con orden habitualmente de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo. Las filas

y columnas deben ir precedidas de un encabezamiento corto o abreviado, que identifique el material que contiene. Si la tabla ocupase más de una página, los encabezamientos deben repetirse en cada una de ellas. Debe mantenerse coherencia en la puntuación o abreviaturas de las palabras, o en las unidades de medida o decimales de los datos numéricos. Es recomendable presentar solamente los dígitos significativos. Si se utilizan abreviaturas o símbolos, si no son autoexplicativos, deben explicarse con notas a pie de tabla. Si se incluyen datos que no proceden del estudio, debe señalarse con una nota que identifique la fuente a pie de tabla. Cuando se presenta más de una tabla, el formato será similar para facilitar su comprensión. Todas las tablas se mencionarán en el texto, y los datos que se presentan concordarán con los que se citan.

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

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

### **-FOTOGRAFIAS**

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

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

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

### **-BIBLIOGRAFIA**

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

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

Se evitará, en lo posible, la inclusión como referencias bibliográficas de libros de texto y actas de reuniones. No es aconsejable el uso de frases imprecisas como referencias bibliográficas no

pudiendo emplearse como tales “observaciones no publicadas” ni “comunicación personal”, pero sí pueden citarse entre paréntesis dentro del texto.

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

### **Revista**

#### 1) Artículo ordinario .

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

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

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

#### 2) Autor corporativo

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

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

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

#### 4) Suplemento de un volumen

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

#### 5) Suplemento de un número

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

#### 6) Número sin volumen

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

#### 7) Indicación del tipo de artículo

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

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

#### 8) Trabajo en prensa

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

### **Libros y otras monografías**

#### 9) Autores personales

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

#### 10) Editores o recopiladores como autores

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

#### 11) Capítulo de un libro

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

#### 12) Actas de reuniones

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

### **Material electrónico**

#### 13) CD-ROM

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

#### 14) Artículos de revistas en Internet

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

#### 15) Monografías en Internet

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

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

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

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

### **GENERAL GUIDELINES**

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

### **SPECIFIC GUIDELINES PER SECTION**

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

### **SUPPLEMENTAL INFORMATION**

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

### **GENERAL RULES**

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

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

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

**Printed manuscripts must be accompanied by a copy on magnetic support (diskette or CD).**

A commonly known word processor must be used, the format must be as simple as possible, avoiding automatic formats such as headings or foot marks. The diskette or CD must be labeled with the work title, first author's last name, and word processor used.

Manuscripts must have the following structure:

-Introductory letter.

-Title page.

-Core of the work according to the section guidelines.

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

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

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

### **INTRODUCTORY LETTER**

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

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

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

### **TITLE PAGE**

The title page must include:

- Title of the article in Spanish and English.
  - Authors: surname and name of all authors must appear in the order desired for publication. **The authors' number may vary according to the section** the article is to be published in. In case of Study Groups or Corporative Authors, the complete list of authors will appear as a footnote. In case of a high number, all authors names will appear at the end of the article.
- The authors directly responsible for elaborating the manuscript will always appear as main authors.
- Highest academic degree of authors (optional).
  - Name of the institution associated with all authors (or institution where the study was conducted), and city.
  - Contact person.
  - Financial source of the study and/or potential conflict of interests.
  - Further information of interest such previous presentation at scientific meetings, congresses, awards obtained, etc., if considered relevant.

### **Abstract**

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

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

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

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

## **SPECIFIC GUIDELINES FOR SECTIONS**

### **EDITORIALS**

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

**Maximum number of authors:** 2.

The structure of the study shall be as follows:

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

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

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

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

**Maximum reference number:** 12.

## **ORIGINALS**

### **ORIGINAL STUDIES**

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

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

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

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

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

### **Abstract**

An abstract in Spanish and English must be included.

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

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

- **Study objective:** the main objective of the study must be clearly identified.
- **Design:** basic description of the study design (randomized clinical trial, study of cohorts and controls, etc.) and basic characteristics if relevant (double-blind, multicenter, etc.). If no clear design is available, the main characteristics must be included (transverse, longitudinal, prospective, retrospective, observational, interventional, controlled, not controlled, etc.).

- **Site:** location where the study was conducted and type of health care delivery (primary health care, hospital care, community medicine, private practice)
- **Participants:** patient characteristics, selection and inclusion criteria, subject number, number of non-responders, number of withdrawals, etc.).
- **Interventions** (in interventional studies): main features, drug administration protocols, length of interventions on study and control groups.
- **Main measurements:** main study variables, especially response variables and evaluation methods.
- **Results:** main quantitative outcomes, indicating the type of measurement used, and confidence intervals. If convenient, include degree of statistical significance.
- **Conclusions:** main conclusions derived from the study outcomes, including practical applications.
- **Key words:** minimum: 3; maximum: 6.

### Text

Impersonal style recommended.

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

Times New Roman type 12 cpi.

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

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

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

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

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

**Subheadings** may be used to aid in the presentation. **Tables and figures** are strongly recommended, without repeating the data shown in the main text. Main results must include corresponding **confidence intervals**, and types of **measurements** and **statistical tools** utilized, if

applicable must be indicated. If the value of statistical significance is below 0.20, the exact value should be stated.

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

- **Discussion:** the following **subheadings** are recommended: 1) Results significance and practical application; 2) Considerations relating to any limitations and/or inconsistencies regarding Methods, and reasons why the results obtained are valid; 3) Relationships with other scientific publications and an explanation of any discrepancies or agreements; 4) Indications and guidelines for further research. Conclusions should not be added. Discussion must not turn into a review of the subject, and the concepts stated in the introduction must not be repeated. The results of the study must not be repeated.

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

- **References:** must **not exceed 30 bibliographic** references.

#### **Basic points and overall scheme of the study**

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

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

#### **Additional computer material**

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

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

## **COMMENTARIES TO ORIGINAL WORKS**

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

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

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

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

## **SHORT ORIGINALS**

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

**Maximum number of authors: 6.**

The manuscript shall have the following structure:

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

Each section must start on a new page.

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

Results and Conclusions.

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

- Objective
- Design
- Site
- Participants
- Interventions (if applicable)
- Main measurements

- Results
- Discussion and conclusions

**Maximum number of references: 6.**

### **CLINICAL CASES**

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

**Maximum author number: 6.**

The manuscript structure will be as follows:

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

Each section must start on a new page.

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

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

**Maximum number of references: 6.**

### **RESEARCH PROJECTS**

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

**Maximum author number: 6.**

Manuscripts must have the following structure:

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

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

The text must contain the following sections:

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

**Maximum reference number:** 20.

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

### **UPDATES ON SEXOLOGY**

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

The Editorial Board may publish special articles not obtained on demand. Specific correspondence with authors may not be established.

The text must contain an abstract not exceeding 250 words structures with the following subheadings: Objective, Design, Site, Participants, Interventions (if applicable), Main measurements, Discussion.

**Maximum number of authors:** 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

**Maximum reference number:** 50.

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

### **PUBLICATIONS REVIEWS**

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

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

**Maximum number of authors: 6.**

Manuscripts must have the following structure:

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

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

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

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

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

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

### **REFLECTIONS ON SEXOLOGY**

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

The maximum number of authors is 3.

The manuscript must have the following structure:

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

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

In order to facilitate understanding, the manuscript should adhere to the following **structure**: introduction of the topic, author's position, arguments in favor, arguments against and conclusions.

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

**Maximum reference number:** 12.

### **SEXUAL RIGHTS**

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

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

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

### **LETTERS TO THE EDITOR**

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

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

**Maximum number of authors:** 4.

The manuscript must have the following structure:

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

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

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

## **SUPPLEMENTAL INFORMATION**

### **Tables and figures**

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

Tables must be simple and must not duplicate information contained in the main text. Must have a brief title explaining its contents. Must have a simple structure, and the information must follow a logical format, ordered from left to right and from top to bottom. Lines and columns must have short or abbreviated headings, identifying its contents. If the table were to hold more than one page, headings must be repeated on each new page.

Punctuation, abbreviations, units and decimalls on numeric data must remain coherent throughout. Only significant digits must be written. If abbreviations or symbols are not self understood, they must be explained as a footnote. If data not evolved from the study is included, its source must be reflected as a footnote.

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

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

**Figures** must be used only if there is no other format to clearly explain the information obtained.

Data appearing elsewhere must not be presented in this format.

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

### **Photographs**

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

Picture size will be 9 x 12 cm, and each picture must be **numbered on the back** by an adhesive label, indicating number and author name. The back of the picture should not be written on.

Individual pictures shall be sent in one envelope. **Photograph footnotes** must be typed on a **separate sheet**. Subjects appearing in photographs must not be recognized, otherwise **written consent** granting use of the pictures must be sent.

### **References**

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

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

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

The following are examples of reference formats:

### **Journal**

#### 1) Regular article.

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

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

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

#### 2) Corporative author.

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

#### 3) Author's name not indicated.

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

#### 4) Supplement to a volume.

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

#### 5) Supplement to an issue.

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

#### 6) Issue without volume.

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

#### 7) Indication of article type.

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

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

8) Work currently under print.

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

### **Books and other monographs**

9) Personal authors.

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

10) Editors or compilers as authors.

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

11) Book chapter.

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

12) Meeting proceedings.

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

### **Electronic material**

13) CD-ROM.

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

14) Internet journal articles.

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

15) Internet monographs.

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

### **Ethical aspects**

- The journal “**De Sexología**” does not accept previously published material.

- Authors are responsible for obtaining required permissions to partially reproduce (texts, tables, figures, etc.) of other publications, as well as to quote their source. Such permission will be asked of both authors and editorial company that published the material.
- The opinions expressed in the articles published are exclusively of the authors of the publication. *Sexología Integral* holds an independent opinion.
- The journal may exert the right to introduce modifications on a given article.

# BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

**TARIFA DE SUSCRIPCIÓN ANUAL:**           **Gratis**

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