

de sexología



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

Editorial / Editorial

- La Salud del Varón. Un nuevo reto** 5
Men's health. A new challenge
C. San Martín Blanco

Artículos científicos originales / Original scientific articles

- Características de la demanda asistencial de la población inmigrante en salud sexual con perspectiva de género** 9
Characteristics of the demand for sexual health care of the immigrant population from gender point of view.
F. Hurtado Murillo, F. Donat Colomer, RM, Pellicer Faro, A. Royo Martínez, M. Alcaraz Quevedo, J. Cantero Llorca

Original breve / Short original

- ¿Qué intriga a los alumnos de secundaria?** 33
What has got secondary students intrigued?
MC. González Martínez

Casos clínicos / Clinical case

- Disfunción eréctil en el varón, adquirida, situacional y debida a factores psicológicos** 39
One case study of acquired, situational and due to psychological factors erectile dysfunction.
F. Hurtado Murillo

- Tratamiento de un caso de trastorno orgásmico en una paciente con bulimia nerviosa víctima de abusos sexuales en la infancia** 43
Treatment in a case of orgasmic disorder in a patient with bulimia nervosa, victim of sexual abuse in childhood

Reseña de libro / Book review	48
Agenda / Events	49
Normas de publicación / Authors guidelines	50
Boletín de suscripción / Subscription form	80

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.)
Aldara Martos Palomeque (Alicante)	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 Corrales (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)	

La Salud del Varón. Un nuevo reto

Men's health. A new challenge

Carlos San Martín Blanco

Médico. Sexólogo. Psicoterapeuta.

Coordinador del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud, CIPSA

Secretario General de la Academia Española de Sexología y Medicina Sexual

Director Asociado de Desexología.com

Correspondencia

Dr. Carlos San Martín Blanco

C/ Emilio Pino 6; 7º Izq

39002 Santander

e-mail : carlos.cipsa@gmail.com

Fecha de recepción: 20 de marzo de 2011. **Fecha de aceptación:** 17 de abril de 2012

La esperanza de vida del hombre es, por término medio, entre siete y ocho años más corta que la de la mujer, pudiendo llegar, en algunos países, a superar a la del hombre en 12 o 13 años.

Los médicos creen que los hombres son dos veces más propensos que las mujeres a posponer sus visitas al médico y cuando los varones van al médico, el 20% de ellos lo hace más tarde de lo debido.

Sírvanos como ejemplo de ello la disfunción eréctil, una enfermedad reconocida como tal por la OMS, que afecta a más de dos millones de varones en España. Sin embargo, aun siendo muy frecuente, no más del 25% de los afectados consulta al médico.

Difícilmente se encontrará una respuesta convincente que justifique esta actitud, especialmente si se tienen en cuenta estudios recientes que revelan que más del 80% de los hombres y mujeres de entre 40 y 80 años afirman que el sexo es una parte importante de sus vidas y uno de los factores determinantes de la calidad de éstas.

Es tal la dimensión del problema que incluso la OMS muestra una gran preocupación por el escaso interés del varón por su salud, por prevenir la enfermedad y por su salud sexual.

El objetivo final debe ser el conceder más importancia a los síntomas y acudir antes al médico, lo que requerirá que los servicios de salud cuenten con recursos adecuados para atender las necesidades médicas de los hombres de mayor edad.

La salud de la mujer como modelo a seguir

Quizá tengamos mucho que aprender de los éxitos y fracasos de los programas de salud establecidos para los requerimientos médicos de las mujeres.

Mientras que a la mujer su propio cuerpo le recuerda mensualmente su interacción con la vida a través de sus ciclos hormonales, así como durante el embarazo y durante la lactancia, el hombre no tiene nada que le haga ver que su forma de ser y comportarse repercute en su salud.

Quizás ello tenga que ver en esa conciencia superior de la mujer respecto al hombre en todos los aspectos de la salud.

La menarquia y los cambios hormonales que la mujer experimenta regularmente no sólo la acercan a la consulta del ginecólogo desde una edad temprana, sino que empiezan a crear en ella una cultura de salud que la dota de una especial sensibilidad frente a ésta.

La mujer es más sensible, por tanto, a la aparición de alteraciones y a la prevención de enfermedades. En este aspecto, como en otros, la mujer aventaja al hombre.

Esta ventaja que la mujer lleva al hombre en cuestiones de salud bien podría ser utilizada por aquélla para sugerirle a su pareja que abandone la visión lineal y testosterónica del mundo, que le lleva a descuidarse en virtud de una incesante huida hacia delante, y aprenda del mundo del sentido común de la mujer, donde ésta ha logrado darse importancia a sí misma, a cuidarse, a mimarse, sencillamente porque tiene una responsabilidad consigo misma.

Los hombres no acostumbran a ir al urólogo o al andrólogo como las mujeres al ginecólogo.

No están acostumbrados a autoexplorar su cuerpo, como así se ha enseñado a las mujeres.

No se realizan tantas campañas de sensibilización del varón frente a la enfermedad como las que se realizan para la mujer.

Sin embargo, aspectos como una correcta exploración de los genitales puede descubrir un cáncer testicular, anomalías del pene, etc. o el abordaje precoz de problemas como la disfunción eréctil pueden ser determinantes a la hora de prevenir un accidente cardiovascular.

Pero hace tan sólo 25 años existía también muy poca preocupación por la salud de la mujer.

El mundo parecía aceptar que, excepto para temas directamente relacionados con la reproducción, los problemas de salud de la mujer eran básicamente los mismos que los del hombre.

Como resultado del surgimiento de los movimientos de emancipación de la mujer, los trabajos centrados en los aspectos particulares de su sexo florecieron y hoy no existe ninguna duda de las diferencias que requiere el abordaje de la salud de la mujer.

Sin embargo, la salud del varón ha quedado relegada. El mismo énfasis que se ha puesto en los diversos programas preventivos y de concienciación de los problemas de salud de la mujer ha dejado en evidencia el abandono de la salud del varón.

La preocupación por la salud del varón

El hombre presenta una tasa de mortalidad mayor que la mujer en las 15 principales causas de muerte. Los trastornos psicológicos, incluidos los derivados del abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas, son significativamente más elevados en el varón que en la mujer.

Asimismo, al igual que la mujer en la menopausia, el varón presenta crisis en su edad madura, como depresiones asociadas a cambios en su condición, etc.

Esta dejadez que el varón presenta hacia su propio bienestar pudiera bien calificarse de autoagresión, porque no existen excusas para el propio abandono.

Pero quizá los profesionales de la medicina debiéramos preguntarnos si esta autoagresión que supone el no hacer nada por uno mismo no es también responsabilidad nuestra.

La respuesta es indudable: Debemos fomentar las campañas de concienciación sobre la salud del varón y la predisposición del médico a preguntar, a escuchar, a explicar, a introducir en la

anamnesis y en los seguimientos un apartado de hábitos sexuales; en una palabra, a educar en la cultura de cuidado de la salud general y sexual a sus pacientes.

Estamos actualmente en los inicios de una fase de búsqueda de esta complicidad médico-paciente en beneficio de una comunicación sin fisuras entre ambos.

Quizá por ello la preocupación del varón por su propia salud parece estar emergiendo, aunque aún está a décadas de distancia de la mujer. La idea de que el hombre tenga necesidades y preocupaciones específicas en cuanto a su salud, ligadas al sexo, es relativamente nueva.

Los aspectos psicológicos de la salud del varón aún no son aceptados, o incluso comprendidos, por muchos médicos, y menos aún por el propio varón.

En este sentido, uno de los acontecimientos que dieron más relevancia a este vacío que envuelve la salud del varón fue el Primer Congreso Mundial de la Salud del Varón, que tuvo lugar en el año 2001 en Viena y que, desde entonces, se ha venido celebrando cada año.

Su objetivo fue despertar entre los profesionales un mayor interés en el varón por los temas de su salud. En el congreso, se estableció la Sociedad Internacional para la Salud del Varón y la Iniciativa Europea de la Salud del Varón. Ambas sociedades se plantearon como objetivo el desarrollo de políticas específicas centradas en la salud masculina.

Retos pendientes

Nos encontramos ante una paradoja. Reconocemos que la sexualidad y la salud es un aspecto central en nuestras vidas y, sin embargo, uno de los trastornos sexuales más frecuentes, la disfunción eréctil, y que probablemente es el que más incidencia tiene sobre la vida personal, social y familiar del individuo, y al mismo tiempo uno de los más fáciles de diagnosticar y de tratar farmacológicamente, se convierte en uno de los menos diagnosticados y, por tanto, menos tratados.

Las razones por la que la DE se sitúa entre los trastornos de salud más obviados por unos y por otros son, fundamentalmente, tres:

Los hombres raramente hablan de ello con su médico, transcurriendo un promedio de cuatro años desde su inicio en forma leve hasta que deciden buscar ayuda profesional.

Los médicos, por su parte, tampoco suelen preguntar sobre la vida sexual de sus pacientes. ¿Es debido al desinterés? ¿O a que la salud sexual es un problema en el que el médico no se siente involucrado?

Ni médicos ni pacientes confieren a la salud sexual un papel relevante en la salud general del individuo, en el concepto de calidad de vida.

No se puede culpar al paciente por no quejarse, entre otras cosas porque su actitud no obedece a su voluntad íntima, sino a la vergüenza de que pueda ponerse en entredicho su supuesto rol viril.

La virilidad es, en sí misma, un valor esencial para muchos hombres, incluso, en algunos casos, por encima de la masculinidad y del propio hecho de ser hombre.

Los motivos hay que buscarlos en la historia y en las culturas, que han persistido en construir este vínculo hasta hacer del pene el símbolo unificador que engloba lo viril, lo masculino, el poder, la competitividad y la agresividad, de forma que el hecho de ser hombre está asociado a todo lo anterior a través de su órgano sexual. Si éste no responde, todo lo demás también se viene abajo. Si el pene pierde su fuerza, el individuo queda disminuido en su principal rol, la virilidad, su esencia de varón. Su identidad como ser viril ha quedado íntimamente en entredicho y no quiere hacerlo evidente.

Se encierra aquí una de las claves por las que el hombre con DE no se queja de ello.

Otras veces el paciente no habla con su médico porque sencillamente acepta el problema, ya sea por creer que forma parte del proceso normal del envejecimiento, o por considerar que se trata de una consecuencia inherente a otras patologías que pueda padecer.

Sin embargo, aunque al paciente se le puede disculpar por no preguntar, el médico no tiene excusas para no hacerlo, especialmente en presencia de factores de riesgo, más aún si el propio médico esquivaba también la pregunta por un problema de pudor propio o ajeno.

No hay excusas para que el pudor se convierta en refugio de un profesional. El paciente con un problema sexual no se atreve a explicitar el problema, pero lo haría si se le diera la oportunidad de hablar.

Características de la demanda asistencial de la población inmigrante en salud sexual con perspectiva de género.

Characteristics of the demand for sexual health care of the immigrant population from gender point of view.

Hurtado Murillo F¹, Donat Colomer F¹, Alcaraz Quevedo M², Pellicer Faro RM¹, Royo Martínez A¹, Cantero Llorca J³.

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

2 Dirección de Salud Pública de Valencia. Consellería de Sanidad.

3 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 035/2008

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

Fecha de recepción: 20 de noviembre de 2011. **Fecha de aceptación:** 17 de enero de 2012

Resumen

Objetivo: Determinar las características de la demanda asistencial en salud sexual y hábitos sexuales de la población inmigrante, evaluando si existen diferencias en relación a la población autóctona y analizándolo desde una perspectiva de género. **Diseño:** Estudio observacional, transversal con componentes analíticos. **Emplazamiento:** Centro de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) del Centro de Salud “Fuente San Luis” de Valencia. Departamento Hospital Doctor Peset de la Comunidad Valenciana. **Participantes:** 829 usuarios que durante el año 2008 solicitaron asistencia en el CSSR, tanto españoles como inmigrantes pertenecientes a diferentes zonas geográficas de origen: América latina, África del Norte (Magreb), África subsahariana, Europa del este, Europa comunitaria, Asia, América del norte, Australia y Oceanía. **Intervención:** Todas las variables se han recogido mediante auditoría de las historias clínicas. **Mediciones principales:** El análisis de datos ha comprendido la descripción de las variables y de sus frecuencias en tasas, separado por sexos y grupos poblacionales. Además se han realizado análisis estadísticos de contingencias. La edad de la muestra y la edad de inicio de relaciones coitales se ha realizado mediante la t de Student. **Resultados:** La población atendida tiene una edad media de 30,53 años. La edad media de la personas inmigrantes es menor que la de las personas españolas (28,28 frente a 32,41). Por sexos, la edad media de las mujeres es, menor que la de los hombres (27,08 frente a

42,43). El 54,5% son personas españolas y le siguen en orden de frecuencia las personas latinoamericanas (35,6%). En la demanda sexológica, hay diferencias significativas según el origen y con mayor tasa para los autóctonos en los dos principales motivos ($\chi^2=49,868$; $\square p=0,000$); el primero para ambos grupos es la disfunción sexual y el segundo la atención a la transexualidad. Según sexos, las diferencias también alcanzan significatividad estadística ($\chi^2=4,219$; $\square p=0,000$), destacando la demanda por disfunción sexual que para los hombres supuso el 75,8% y en las mujeres el 40%, le sigue la demanda en transexualidad que en hombres llega al 12,5% y en las mujeres llega al 36%. La edad media de comienzo de relaciones coitales para el conjunto de la muestra es de 17,92 años, pero atendiendo al origen, el inicio coital se produjo antes en los inmigrantes (17,72 años) que en los españoles (18,13 años). Según sexos, existen diferencias significativas en la edad de inicio coital entre mujeres y hombres ($t=-2,510$; diferencia de medias [0,172 a 1,468] $p=0,014$), son éstos últimos los que inician antes el coito a una edad media de 17,20 años. Los datos relativos a la frecuencia sexual por origen muestran diferencias entre los grupos ($\chi^2=1,104$; $\square p=0,000$), teniendo una frecuencia sexual más alta los inmigrantes; por sexos, son las mujeres las que afirman tener una frecuencia sexual más alta. La manifestación del deseo sexual pone de relieve que hay diferencia significativas entre los grupos según el origen ($\chi^2=32,688$; $\square p=0,000$), con una mayor tasa de inmigrantes que siente deseo con normalidad (64%) que de españoles (60,9%). Hay diferencias por sexos ($\chi^2=43,825$; $\square p=0,000$), los hombres tienen una manifestación del deseo sexual más alta (80,3%) que las mujeres (57,1%). Finalmente, en la satisfacción sexual, las diferencias encontradas entre población inmigrante y española son mínimas y no significativas. En cambio, las diferencias entre sexos sí que se han mostrado significativas ($\chi^2=1,358$; $\square p=0,000$), puesto que las mujeres describen mayores tasas de satisfacción sexual que los hombres (76,2% mujeres y 41,6% hombres). **Conclusiones:** la población atendida es joven en inmigrantes y autóctonos; por sexos, las mujeres más jóvenes que los hombres. El primer motivo de consulta sexológica para los españoles fue el trastorno de la excitación sexual, en cambio para los inmigrantes fue la eyaculación precoz. Los hombres superan a las mujeres en manifestar trastorno de excitación, en cambio, son las mujeres las que superan a los hombres, tanto en el deseo sexual inhibido como en la anorgasmia.

Palabras clave: Salud sexual. Demanda asistencial. Hábitos sexuales. Población inmigrante. Género.

Summary

Objective: To determine the characteristics of the demand for care in sexual health and sexual habits of the immigrant population, assessing whether there are differences in relation to the autochthonous population and analyzing from a gender perspective. **Design:** Observational study, cross-sectional analytical components. Location: Center for Sexual and Reproductive Health (CSSR) of the Health Center "Fuente San Luis" in Valencia. Hospital Doctor Peset Department of Valencia (Spain). **Participants:** 829 users in 2008 requested assistance in the CSSR, both Spanish and immigrants from different geographical areas of origin: Latin America, North Africa (Maghreb), Africa, Eastern Europe, European Community, Asia, North America, Australia and Oceania. **Intervention:** All variables were collected by audit from the medical histories. **Principal measurements:** Data analysis has included the description of the variables and their frequencies in rates, separated by sex and population groups. We have also conducted statistical analysis of contingencies. The age of the sample group and the age at first intercourse was performed using Student's t test. **Results:** The population attended to has an average age of 30.53 years. The average age of immigrants is lower than that of the Spanish people (28.28 versus 32.41). According to gender, the average age of women is lower than that of men (27.08 versus 32.43). 54.5% are Spanish and followed in order of frequency by Latin American people (35.6%). In sexological demand, there are significant differences according to origin and with a higher rate for indigenous in the two main reasons ($\chi^2=49.868;p=0.000$), the first for both groups is sexual dysfunction and the second the attention of transsexuality. According to gender, the differences also reached statistical significance ($\chi^2=4.219;p=0.000$), highlighting the demand for sexual dysfunction for men accounted for 75.8% and women 40%, followed by demand in transsexualism in men reaches 12.5% and in females reaches 36%. The average age for starting sexual relationships (coital) for the whole sample group is 17.92 years, but it depends on the origin, as it occurred earlier in immigrants (17.72 years) than in Spanish people (18.13 years). There are significant differences in age of first intercourse between females and males ($t = -2.510$; mean difference [0.172 to 1.468] $p = 0.014$), the latter started earlier at a mean age of 17, 20 years. Data on sexual frequency by origin show differences between groups ($\chi^2=1.104;p=0.000$), having a higher sexual frequency in immigrants; being women who claim to have a higher sexual frequency. Sexual desire manifestation is difference between groups by origin ($\chi^2=32.688;p=0.000$), being higher for immigrants (64%) than for Spanish people (60, 9%). There are differences by gender ($\chi^2=43.825;p=0.000$), being higher for men (80.3%) than for women (57.1%). Finally, differences for sexual satisfaction between immigrant and Spanish population are minimal and not significant. However, gender differences are significant ($\chi^2=1.358;p=0.000$), since women described higher rates of sexual satisfaction than men (76.2% female and 41.6% men). **Conclusions:** The attended population is young, immigrants and non immigrants, by gender, women are younger than men. The main reason for sexological consultation for Spanish people was the sexual arousal disorder, while for immigrants was premature ejaculation. Men outnumber women in manifesting arousal disorder, however, it is the women who outnumber men in both the inhibited sexual desire and in orgasmic dysfunction.

Key words: Sexual health. Demand for care. Sexual habits. Immigrant population. Gender.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 30 años se ha ido incrementado progresivamente el flujo de inmigrantes extranjeros en España, pasando de ser 165.289 en 1975 a 2.804.303 en 2006 (1), cifras indicativas de que aproximadamente el 8% de la población que vivía en España, a dicha fecha, fuera de origen inmigrante (2).

En la Comunidad Valenciana, la población inmigrante supuso un 16,8% del total a fecha del 1/1/2008 (3), habiendo pasado de 156.207 extranjeros/as en el año 2000 a 847.340 en 2008. Distribuyéndose de la siguiente manera: el 9,0% de la Europa comunitaria, el 4,07% de América latina, el 2,07% de África y el 1,05% de la Europa no comunitaria.

Ahora bien, la distribución territorial de la población extranjera no es homogénea. Mientras que en Alicante el 23,6% de la población es extranjera y acumula prácticamente dos tercios (56%) de todos los residentes extranjeros, por ser territorio de acogida, de la inmensa mayoría (85%) de todos los ciudadanos europeos con pasaporte de la Unión Europea que residen en la Comunidad Valenciana.

En la provincia de Castellón, el 17,8% de la población total es extranjera, representando el 11,4% de toda la población extranjera de nuestra Comunidad y, acumula especialmente ciudadanos procedentes del Magreb y de la Europa no comunitaria. En la provincia de Valencia el 11,6% de la población total es extranjera, que representa el 33% de todos los inmigrantes de la Comunidad Valenciana, predominando los inmigrantes procedentes de Sudamérica, América Central y del resto de África.

Respecto a la **migración y su relación con el género**, en la última década se ha incrementado también el número de mujeres que migra a nuestro país, fenómeno asociado a la feminización de la pobreza (4). Las mujeres inmigrantes tienen como principales problemas en el lugar de destino: los económicos y laborales, la inestabilidad jurídica, las dificultades de adaptación (lingüística, costumbres....), sobrecargas de trabajo y de cuidados familiares asociados a los roles femeninos.

Las desigualdades de género con respecto a la salud han sido documentadas en varios aspectos: en la mayor incidencia de determinadas enfermedades en las mujeres, como producto de roles y condiciones de vida que las perjudican más que a los hombres en los sesgos de género y en las concepciones de salud y enfermedad (5); asimismo, en la somatización de sus problemas de salud y específicamente en salud sexual y reproductiva (6,7).

En cuanto a la **migración y su relación con la salud**, la llegada de inmigrantes desde países con costumbres, idioma y en ocasiones con enfermedades desconocidas en nuestro entorno, favorece la creencia de que pueden modificar el panorama actual en la salud pública con la introducción de enfermedades exóticas, que provocan incertidumbre al personal sanitario.

El colectivo inmigrante no puede ser valorado de modo homogéneo, puesto que en función de su procedencia geográfica, cultura, religión o idioma tendrá necesidades diferentes. La mayoría de los inmigrantes extranjeros que acuden a nuestro país son jóvenes trabajadores con un buen nivel de salud (2). La mayoría no constituye un grupo de riesgo específico salvo por su marginación, soledad, pobreza y condiciones de vida (8,9), que son factores contribuyentes a la manifestación de determinadas enfermedades adquiridas y equiparables a las existentes en la población autóctona. Siendo las enfermedades reactivas o de adaptación las más frecuentes debido al factor estresante que supone la migración y la adopción de estilos de vida diferentes (10). En cambio, las enfermedades que traen de sus países de origen, tienen una ínfima repercusión sobre la salud pública española.

Finalmente, en lo tocante a **la migración y la salud sexual y reproductiva**, muchas mujeres inmigrantes proceden de países donde no se respetan sus derechos sexuales y reproductivos y donde la salud sexual y reproductiva se limita a una preocupación por la salud centrada en la maternidad, descuidándose la información, la educación sanitaria, la prevención y el control. Es

por ello que con relativa frecuencia, en el caso de las mujeres, el primer contacto que toman con nuestro sistema sanitario es a raíz de un embarazo, o debida a alguna urgencia ginecológica.

Una atención global a la salud sexual y reproductiva de la mujer inmigrante técnicamente no implica diferencias de la atención a la mujer autóctona, aunque si requeriría una sensibilización y comprensión de los profesionales sobre las diferencias y especificidades de planteamientos y significaciones que tiene para una mujer de otra cultura, el uso de anticoncepción, las relaciones de pareja, el aborto

En la sexualidad habría que promocionar una actividad sexual libremente escogida, segura y satisfactoria, dado que en las relaciones entre sexos, el lugar que ocupa la mujer en relación al hombre en determinadas culturas (árabe, latinoamericana) es de sometimiento ya que consideran a la mujer ciudadana de segunda categoría. Por lo tanto, los profesionales sanitarios pueden ayudar a la mujer inmigrante a mejorar su capacidad de asertividad y negociación en las relaciones sexuales.

Las situaciones de maltrato constituyen un grave problema para las mujeres inmigrantes con demandas de ayuda progresivamente crecientes. La consulta sexológica, ginecológica y obstétrica es una buena oportunidad para detectar situaciones de violencia en la pareja, puesto que es un hecho probado el incremento o el inicio de malos tratos físicos y psicológicos durante la gestación (11).

Por los datos aportados en los estudios descritos, se hace necesario para los profesionales sanitarios, en el área de la salud sexual y reproductiva, conocer si existen diferencias entre la población inmigrante en general y, según su origen en particular, respecto a la población española en cuanto a sus motivos de demanda y hábitos sexuales, que posibiliten el desarrollo de estrategias preventivas y de atención sanitaria eficaces, que garanticen el uso adecuado de los servicios sanitarios por parte de ésta población y una prestación sanitaria de calidad con principios de igualdad sin distinción de origen y con perspectiva de género.

Nuestro objetivo general ha sido, por consiguiente, conocer las características de la demanda asistencial y hábitos sexuales que tanto las mujeres como los hombres inmigrantes realizan en salud sexual, evaluando su importancia en relación a la población autóctona y analizándolo desde una perspectiva de género.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos de estudio

Hemos realizado un estudio observacional, transversal con componentes analíticos, sobre todos/as los/as usuarios/as tanto españoles como inmigrantes, que durante el año 2008 realizaron demanda asistencial en un Centro de salud sexual y reproductiva de la sanidad pública de Valencia, pertenecientes a diferentes zonas geográficas de origen: América latina, África del Norte (Magreb), África subsahariana, Europa del este, Europa comunitaria, Asia, América del norte, Australia y Oceanía.

La muestra final estudiada ha sido de 829 personas, 54,5% españoles y 45,5% inmigrantes, que bien acudieron por demanda directa o bien fueron derivados desde Atención Primaria, Atención Especializada, Servicios Sociales o Justicia del Departamento Hospital Doctor Peset de Valencia.

Instrumento de medida

Todas las variables se recogieron mediante auditoría de las historias clínicas. La unidad de análisis fue cada historia clínica y las variables analizadas han sido junto al motivo de consulta, datos biográficos, procedencia y hábitos sexuales.

Procedimiento

El estudio ha constado de dos fases diferenciadas, en la primera fase se realizó la extracción de datos de las historias clínicas y su introducción en la bases de datos. En la segunda fase, se realizó el análisis estadístico, las tablas, los gráficos y la redacción de la memoria final del proyecto.

Dificultades y limitaciones del estudio

Solamente se han podido analizar los datos pertenecientes a los usuarios y usuarias que solicitaron asistencia en nuestro Centro durante el periodo estudiado.

Ahora bien, es importante contar con estos resultados ya que permite consolidar la metodología para analizar las características de la demanda y la repetición del estudio en años posteriores, pudiendo valorar si la demanda varía con el tiempo.

Análisis de datos

El análisis de datos ha comprendido la descripción de las variables y de sus frecuencias, separado por sexos y grupos poblacionales, transformando las puntuaciones directas en porcentajes. Además se han realizado análisis estadísticos de contingencias, mediante prueba Chi cuadrado de Pearson para comparar porcentajes y valorar si las diferencias encontradas en las distintas variables entre ambas poblaciones (autóctona e inmigrada) y entre sexos, son estadísticamente significativas.

La edad de la muestra y la edad de inicio de relaciones coitales se ha realizado mediante la t de Student.

RESULTADOS

El número total de historias clínicas analizadas durante el período de estudio ha sido de 829. Se exponen a continuación los datos obtenidos.

Descripción de la muestra

Edad

La edad de la muestra estudiada (tabla 1), refleja que la población atendida tiene una edad media de 30,53 años, teniendo la persona más joven 4 años y la más mayor 79 años. Desde el punto de vista del origen de la población atendida, la edad media de las personas inmigrantes es más joven que la de las personas españolas (28,28 frente a 32,41), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t=-5,506$; diferencia de medias [-5,604 a -2,658] $p=0,000$). Al analizarla por sexos, la edad media de las mujeres es, con diferencia, menor que la de los hombres (27,08 frente a 42,43), siendo esta diferencia igualmente significativa ($t=-14,790$; diferencia de medias [-17,393 a -13,303] $p=0,000$).

Procedencia geográfica

Al analizar la muestra según la zona geográfica de origen (tabla 2), los datos obtenidos revelan que de las 829 personas atendidas, el 54,5% son españolas y le siguen en orden de frecuencia las personas latinoamericanas (35,6%). Para el resto de procedencias las tasas son mínimas, oscilando entre un 4% para las de los países de la Europa del Este, y un 0,7% para las de Asia.

Estado civil

Los datos relativos al estado civil aparecen descritos en la tabla 3 y con independencia del origen y del sexo, las personas atendidas son solteras en el 46,2% de los casos, casadas el 32,7%, parejas de hecho el 17,3%, separadas/divorciadas el 3,4% y viudas el 0,4%.

Nivel de estudios

La descripción de la muestra por nivel de estudios (tabla 4), evidencia que desde la perspectiva del origen geográfico hay diferencias significativas entre españoles e inmigrantes ($\chi^2=35,769$; $p=0,000$), destacando que mientras una cuarta parte de los españoles tienen estudios

universitarios (25,1%), solamente el 11,7% de los inmigrantes los tienen. En el análisis por sexos, las mujeres superan a los hombres en los niveles superiores, bachiller y universidad, pero las diferencias existentes no alcanzan niveles de significación estadística.

Motivo de consulta

Al describir el motivo de consulta según el origen geográfico de la muestra (tabla 5), los datos reflejan la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($\chi^2=1,347$; $\square p=0,000$); para los dos grupos, el primer motivo es la demanda anticonceptiva, pero con una tasa diferente: en los inmigrantes alcanza el 53,2% de la demanda y en los españoles, en cambio, el 30,8%.

Estas tasas se invierten en el segundo y tercer motivo de consulta de los españoles, de tal forma la demanda postcoital (2ª causa) supone el 28,3% para los españoles y en inmigrantes solamente el 6,4% y la demanda en sexualidad (3ª causa) en la población española llega al 27% pero en la inmigrante supone un 11,2%.

En cuanto al segundo motivo de consulta en inmigrantes es la interrupción voluntaria de embarazo (IVE) que llega a cotas del 16,6%, mientras que esta demanda en españolas supuso el 5,4%. Para el resto de motivos de consulta siguen habiendo diferencias pero las cotas alcanzadas por ambos grupos son bajas.

En la distribución por motivos de consulta según sexo se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=3,964$; $\square p=0,000$). Para las mujeres, la demanda contraceptiva ocupa el primer lugar (44,1%), mientras que esta demanda en los hombres supone un 30,1%. Sin embargo, para éstos la demanda en sexualidad es el primer motivo de consulta y alcanza una cota del 69,4%, en cambio, entre las mujeres la demanda en sexualidad solamente llega a una tasa del 5,4%;

Para el resto de motivos de consulta solamente hay demandas de mujeres, excepto ante infecciones de transmisión sexual (ITS) donde también hay de hombres, pero las tasas en ambos son mínimas (0,8% en mujeres y 0,5% en hombres). Destacar en las mujeres la demanda postcoital que llega hasta el 23,8% entre los motivos de consulta y la demanda de IVE que alcanza la cota del 13,5%.

Centrándonos en la consulta sexológica, los datos referentes a las diferencias por origen (tabla 6) muestran que éstas son estadísticamente significativas ($\chi^2=49,868$; $\square p=0,000$); el primer motivo sexológico para ambos grupos es la disfunción sexual, ahora bien, mientras que para los españoles llega al 71,7% para los inmigrantes baja hasta el 63,6%, en segundo lugar para ambos grupos aparece la atención a la transexualidad con mayor tasa igualmente para españoles (17,5%) frente a 12% en inmigrantes, para el resto de categorías las tasas son inferiores al 10% con independencia del origen, pero son los inmigrantes los que superan a los españoles.

Según sexos, las diferencias mostradas en la demanda sexológica también alcanzan significatividad estadística ($\chi^2=4,219$; $\square p=0,000$), destacando la demanda por disfunción sexual que para los hombres supuso el 75,8% y en las mujeres alcanzó el 40%, le sigue la demanda en transexualidad que en hombres llega al 12,5% y, en cambio, en las mujeres llega al 36%, en tercer lugar en el grupo de hombres aparece la demanda por parafilias y/o delitos sexuales que alcanza la tasa del 6,2% pero en las mujeres solamente el 4%, el conflicto de pareja en las mujeres se sitúa en el tercer lugar de su demanda con un 12%, para los hombres ocupa el cuarto lugar con el 4,7% en hombres, el abuso sexual llega también al 4% en éstas frente a ningún hombre y, finalmente, el conflicto por orientación homosexual solamente fue consultado por un hombre, no habiendo consulta femenina por este motivo.

Al ser en la demanda sexológica la disfunción sexual el primer motivo de consulta y con diferencia del resto, se ha considerado como necesario el hacer un estudio más detallado.

En la tabla 7 quedan expuestos los resultados obtenidos del análisis de datos de la muestra y, podemos observar que entre ambos grupos, inmigrantes y españoles, hay diferencias significativas ($\chi^2=39,470$; $\square p=0,000$).

El primer motivo de consulta para los españoles fue el trastorno de la excitación sexual (68,6% para españoles y 33,3% para inmigrantes), en cambio para los inmigrantes fue la eyaculación precoz (42,9% en inmigrantes frente a 13,9% en españoles); la anorgasmia ocupa el tercer motivo de consulta en inmigrantes (14,3%), alcanzando en españoles la tasa del 4,6%, el deseo sexual inhibido alcanza en ambos grupos tasas muy similares (9,5% en inmigrantes y 9,3% en españoles), para el resto de motivos dispareunia y vaginismo solamente hay demanda en españoles pero con tasas de 1,2% en ambas.

Complementariamente, los resultados diferenciados por sexos de la demanda en sexología por disfunciones sexuales, indican como también hay diferencias significativas entre ambos grupos ($\chi^2=3,407$; $\square p=0,000$). Los hombres superan a las mujeres en el trastorno de excitación (66% frente 20%) y como era de esperar en la eyaculación precoz (21,6%) frente a ninguna mujer que consulta por orgasmo rápido; para el resto de disfunciones son las mujeres las que superan a los hombres, con tasas en las primeras del 30% tanto para el deseo sexual inhibido como para la anorgasmia, frente al 7,2% y 4,1% respectivamente en los segundos. Los trastornos por dolor, dispareunia y vaginismo, no han sido motivo de consulta en hombres y en las mujeres alcanzan tasa del 10%.

Sexualidad

Los datos sobre la edad de inicio de relaciones coitales tanto por origen como por sexo aparecen expresados en la tabla 8.

La edad media de comienzo para el conjunto de la muestra es de 17,92 años, habiendo iniciado el coito la persona más joven a una edad de 12 años y la más mayor a los 33 años.

Atendiendo al origen, la edad media de inicio coital se produjo antes en los inmigrantes (17,72 años) que en los españoles (18,13 años), pero esta diferencia apuntada no es significativa. En cambio, si nos atenemos a los datos diferenciados por sexos, existen diferencias significativas en la edad media de inicio coital entre mujeres y hombres ($t=-2,510$; diferencia de medias [0,172 a 1,468] $p=0,014$), son éstos últimos los que inician antes el coito a una edad media de 17,20 años. Las mujeres lo inician más tarde, a los 18,02 años de media.

Los resultados sobre la descripción del tipo de relaciones sexuales analizados según el origen geográfico (tabla 9), indican que son de tipo estable para la mayoría de la muestra estudiada (87,9% para inmigrantes y 82,4% para españoles), no alcanzando esta diferencia, aunque existente, nivel significativo.

Al valorar los resultados diferenciados por el sexo, si bien tanto las mujeres como los hombres en su mayoría han establecido relaciones sexuales estables de forma preferente (85,7% las mujeres y 82% los hombres), las diferencias encontradas sí alcanzan nivel de significación estadística ($\chi^2=7,956$; $\square p=0,019$).

La frecuencia de relaciones sexuales viene descrita igualmente en la tabla 10. Los datos relativos a la frecuencia sexual por origen que muestran diferencias significativas entre los grupos ($\chi^2=1,104$; $\square p=0,000$), teniendo una frecuencia sexual más alta los inmigrantes ya que la mayor tasa aparece en la frecuencia de 2 a 3 veces por semana (33%), en cambio entre los españoles la frecuencia más alta se sitúa en menos de una vez a la semana (17,5%), siendo el 13,4% de los españoles los que afirman tener una frecuencia de 2 a 3 veces por semana.

La segunda frecuencia más alta en inmigrantes es una vez a la semana (15,7%), en españoles es la tercera frecuencia pero su tasa es menor (9,4%). En el resto de las frecuencias (4 a 6 a la semana y diaria) los inmigrantes superan a los españoles en ambas.

En cuanto a la frecuencia diferenciada por sexos, son las mujeres las que afirman tener una frecuencia sexual más alta puesto que el 25,8% expresa tener 2 a 3 relaciones semanales y esta frecuencia en los hombres alcanza al 9,4%. De hecho, entre los hombres, la frecuencia mayor se refiere a la categoría de menos de una vez a la semana (37,7%), frecuencia que en el grupo de mujeres se muestra en el 8,4%. También, las mujeres superan a los hombres en la categorías de mayor frecuencia, 4 a 6 veces por semana y diaria. Las diferencias reflejadas entre sexos alcanzan niveles de significación estadística ($\chi^2=1,015$; $\square p=0,000$).

La manifestación del deseo sexual ha sido valorado en la muestra estudiada (tabla 11) y el resultado ha puesto de relieve que hay diferencias significativas entre los grupos según el origen ($\chi^2=32,688$; $\square p=0,000$), puesto que hay una mayor proporción de inmigrantes que sienten deseo con normalidad (64%) que de españoles (60,9%).

También hay diferencias significativas al diferenciar los datos por sexos ($\chi^2=43,825$; $\square p=0,000$), siendo los hombres los que tienen una manifestación del deseo sexual más alta (80,3%), en cambio en las mujeres, alcanza el 57,1%

De la misma manera ha sido valorada la satisfacción sexual (tabla 11). En este aspecto, las diferencias encontradas entre población inmigrante y española son mínimas y no significativas. En cambio, las diferencias entre sexos sí que se han mostrado significativas ($\chi^2=1,358$; $\square p=0,000$), puesto que las mujeres describen mayores tasas de satisfacción sexual que los hombres (76,2% mujeres y 41,6% hombres).

El último dato sobre sexualidad valorado en la muestra que fue atendida en el CSSR por cualquier tipo de demanda en salud sexual y reproductiva, ha sido la presencia de dispareunia tanto atendiendo al origen como al sexo (tabla 12).

Los datos relativos al origen muestran que los inmigrantes tienen con más frecuencia dispareunia que los españoles (7,4% inmigrantes frente a 1,6% españoles), también en las categorías de a veces y a menudo superan los inmigrantes a los españoles. Las diferencias apuntadas alcanzan nivel de significación estadística ($\chi^2=38,942$; $\square p=0,000$).

Como era de esperar, las diferencias por sexo también son significativas ($\chi^2=60,763$; $\square p=0,000$), puesto que las mujeres en un 5,3% de casos la manifiestan y, en cambio, solamente afectó a un 0,6% de hombres. Añadir, que además hay un 2,2% de mujeres que a veces tienen dispareunia y otro 2,6% que la siente a menudo.

DISCUSIÓN

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

Dado que el estudio que hemos realizado sobre las características de la demanda asistencial de la población inmigrante en salud sexual, evaluando la posible existencia de diferencias en relación a la población autóctona y analizándolo desde una perspectiva de género, se ha compuesto de un conjunto amplio de variables y que, sus resultados se han descrito a lo largo de doce tablas, se ha considerado conveniente, para su mejor comprensión, realizar la discusión de los datos en tres apartados.

El primer apartado contiene las variables descriptivas: edad de la muestra, zona geográfica de origen, nivel de estudios y estado civil. En el segundo, se describe el motivo de consulta tanto en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva como en sexualidad y en el tercero hemos incluido las variables de la sexualidad: edad de inicio de relaciones coitales, tipo de relación sexual, frecuencia de relaciones sexuales y la manifestación del deseo sexual, de la satisfacción sexual y de la dispareunia.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Diversos estudios afirman que la gran mayoría de inmigrantes que llegan a nuestro país son personas jóvenes y sanas. Por lo tanto el patrón de demanda en los Servicios de Salud de esta población es el correspondiente a una población joven y con buena salud (12,13)

La edad media de nuestra muestra corresponde con una población joven (30,53 años), siendo menor la edad media de la población inmigrante que la de la española (28 y 32 respectivamente). Además, la muestra según el origen se ha distribuido casi al cincuenta por ciento, ligeramente superior la población española (54,5%) frente a la inmigrante (45,5%), destacando dentro de la población inmigrante la procedente de Latinoamérica (tasa del 35,6%). Según el sexo, la edad media de las mujeres es con diferencia mucho más joven que la de los hombres, 27,08 años las mujeres y 42,43 años la de los hombres. La proporción entre sexos ha sido muy diferente, las mujeres forman tres cuartas partes de la muestra (77,5%) y los hombres el resto (22,5%).

Nuestros datos, tanto de edad como de distribución por sexos y origen, son acordes a los obtenidos por recientes publicaciones en diversas Comunidades Autónomas del Estado español. Así, por ejemplo, en un Centro de salud de la ciudad de Zaragoza la edad media de la población inmigrante fue de 32 años, con una distribución entre sexos de 60% de mujeres frente al 40% de hombres, siendo el origen mayoritario de la población inmigrante atendida procedente del Centro y del Sur de América (14).

Resultados muy similares a los encontrados en dos centros de Atención Primaria de Madrid, donde tras analizar durante un año con un tipo de estudio igual al nuestro, descriptivo observacional transversal, las características de las demandas sanitarias de la población inmigrante, encuentran que la media de edad de dicha población fue de 32 años, siendo el 51,9% de la muestra mujeres y procedentes en su mayoría (84% de la muestra de inmigrantes) de América del Sur y Centroamérica (15).

En el mismo sentido y referido a la demanda asistencial de las mujeres en un Centro de salud sexual y reproductiva de Cataluña, la edad media de las mujeres inmigrantes es menor (24 años), que la de las mujeres autóctonas (30 años), pero ambos se encuentran en un rango de edad joven similar a la encontrada por nosotros (16).

Pasando a describir los resultados obtenidos en el nivel de estudios, hay que destacar las diferencias en las tasas de estudios universitarios entre españoles e inmigrantes, ya que es donde se establecen las diferencias más significativas y donde los españoles superan a los inmigrantes. Sin embargo, a la hora de valorar las diferencias por sexos, si bien hay que destacar que las mujeres obtienen tasas más altas que los hombres en los estudios superiores de bachiller y universitarios, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Datos sobre niveles de estudios en población inmigrante en España, los hemos encontrado en una muestra de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, indicando tasas diferentes a las nuestras, pero coincidiendo en el orden de distribución por niveles (17).

Atendiendo al estado civil, la mitad de nuestra muestra está casada o convive como pareja de hecho y un 46% las personas son solteras, repartiéndose el resto de personas entre separadas/divorciadas y viudas. Proporciones similares fueron encontradas en un estudio realizado en el área sanitaria 6 de la Comunidad de Madrid, donde la distribución fue de 55,7 casados y 44,3% solteros (17). En cambio, en un estudio realizado en Zaragoza por Buñuel Granados et al (14), en 2004, el 84% estaban casados o tenían pareja estable y el 13% permanecían solteros, en este caso, las tasas varían respecto a nuestra muestra, pero debe tenerse en cuenta que este dato sólo se había recogido en una parte de la muestra del estudio (38 %), y no se había recogido en el 62%.

MOTIVO DE CONSULTA

En la valoración del motivo de consulta, primero hay que decir que de las 822 consultas realizadas en un año, 374 (45,4%) correspondieron a personas inmigrantes y 448 (54,6%) a autóctonas, que separadas por sexos fueron 636 (77,3%) mujeres y 186 (22,7%) hombres.

El primer motivo de consulta tanto para españoles como para inmigrantes fue la demanda anticonceptiva, con una diferencia significativa a favor de los inmigrantes ya que para éstos supuso algo más de la mitad de su demanda y para los autóctonos un tercio de la misma. Por su parte, los españoles superan con diferencia a los inmigrantes para el segundo y tercer motivo de demanda que es la píldora postcoital y la sexualidad. La tasa en la demanda de abortos es asimismo mayor en la población inmigrante que en la española.

En base a estos resultados se aprecian unas diferencias notables en conducta reproductiva y sexual entre ambos grupos, con mayor fracaso anticonceptivo y menor demanda en salud sexual en el grupo de inmigrantes que en el de españoles. No hay motivos para pensar que esta diferente demanda se base en diferencias biológicas o étnicas, sino más bien en razones de orden sociocultural

Los datos por sexos también se muestran diferentes: son las mujeres las que solicitan la anticoncepción a la solución a su fracaso (postcoital o IVE), frente a los hombres que se preocupan más de la salud sexual. Siendo dentro de las demandas sexológicas la disfunción sexual la consulta principal de los hombres y en menor medida de las mujeres, sean españoles o sean inmigrantes, seguida a distancia considerable de la atención a la transexualidad, parafilias y conflictos de pareja.

Especificando más, dentro de las disfunciones sexuales, en los hombres con independencia del origen es el trastorno de la erección junto al fracaso en el control eyaculatorio los dos motivos de más frecuente consulta, en cambio, en las mujeres son el deseo sexual inhibido y la anorgasmia los motivos más frecuentes.

La disfunción sexual se caracteriza por alteraciones en el deseo sexual y/o cambios psicofisiológicos asociados con el ciclo de la respuesta sexual en hombres y en mujeres, sugiriendo los estudios de prevalencia que afectaría del 10 al 52% de las mujeres y del 25 al 63% de los hombres (18).

Comparando nuestros datos con otras publicaciones, hemos encontrado que en un estudio sobre demanda de atención en un servicio de salud sexual y reproductiva realizado en Cataluña (16), solamente con datos de mujeres, las tasas de primeras visitas fueron similares a las nuestras ya que correspondieron un 54,3% a mujeres autóctonas (nosotros 54,6%), y un 45,57% a inmigrantes (nosotros un 45,4%).

El equipo de Cataluña indica en sus resultados que tras la demanda de revisiones ginecológicas y trastornos del ciclo menstrual, se sitúa la demanda anticonceptiva, siguiendo las disfunciones sexuales y la demanda de IVE. Observamos por lo tanto que también en este estudio, aunque con las diferencias en la muestra indicadas, la demanda anticonceptiva supera a la demanda sexológica y les sigue la demanda de interrupción del embarazo.

En estudios realizados en otras Comunidades autónomas, como la de Madrid, (15), pero en Centros no especializados en Salud sexual y reproductiva, como son los Centros de Atención Primaria, se describen como motivos de consulta los siguientes: En primer lugar de la demanda, la planificación familiar, demanda por ITS, embarazo, parto, y puerperio. Los problemas del aparato genital femenino y de las mamas, ocupan el segundo y tercer lugar de la demanda, lo que está en coincidencia con estudios previos (17,19).

En cuanto al principal motivo sexológico de consulta, es decir, las disfunciones sexuales, las diferencias entre géneros detectadas, en el sentido de que en los hombres se afecta más la fase de excitación y la dificultad para controlar el orgasmo, mientras que en las mujeres son el bajo o ausente deseo sexual junto con la dificultad para obtener el orgasmo los motivos de consulta más

frecuentes, son datos que ya han sido publicados en estudios anteriores y que van en la misma línea (20-23).

Estudios más recientes siguen confirmando los datos sobre que la disfunción eréctil es el primer motivo de consulta en hombres y que afecta en España al 18,9% de los hombres comprendidos entre 25 y 70 años (24).

SEXUALIDAD

Es frecuente en la adolescencia el inicio de la actividad sexual a edad temprana, estimándose que el promedio de edad para el debut de la actividad coital se sitúe entre los 15 y los 19 años de edad (25,26).

Un reciente estudio realizado en estudiantes de la universidad de Alicante, para identificar la conducta sexual, la contracepción y las diferencias de género, revela que la edad de comienzo para las relaciones coitales fue de 17,8 años de media, que las prácticas sexuales más frecuentes fueron el coito vaginal y el sexo oral. y que los hombres comenzaron más pronto y tuvieron mayor número de parejas que las mujeres, así como que fue mayor el porcentaje de hombres que tuvieron relaciones sexuales bajo el efecto de consumo de drogas. Destaca también en este estudio el dato de que cerca del 30% de las estudiantes usaron la píldora postcoital (27).

En cambio, en otro estudio realizado con mujeres jóvenes con una media de edad de 18,24 años, que fueron atendidas en un Centro de Planificación Familiar de Alicante, la media de edad para el primer coito fue de 16,5 años, con un rango de 11 a 20 años (28).

Nuestro datos revelan que la edad media para inicio de relaciones coitales fue de 17,92 años, con diferencias no significativas entre inmigrantes y españoles, aunque la media de edad del grupo inmigrante fue algo más temprana 17,72 años que la del grupo español que fue de 18,13 años.

Donde sí que aparecieron diferencias significativas fue en la edad de inicio diferenciada por sexos, coincidiendo con los resultados expresados en el estudio de la Universidad de Alicante, los hombres iniciaron el coito antes que las mujeres (17,20 frente a 18,02 años).

En cuanto al tipo de relación de pareja que establecen, para ambos grupos se expresa una alta tasa de preferencia por la pareja estable, pero con la perspectiva de género, al separar por sexos los datos la diferencia a favor de las mujeres es significativa puesto que una mayor tasa de mujeres indican que han establecido relaciones sexuales con pareja estable frente a lo indicado por lo hombres.

Nuestros datos sobre frecuencia de relaciones sexuales muestran evidencias de que la población inmigrante tiene mayor frecuencia que la población española, ya que mientras que para los españoles la mayor tasa es para menos de un contacto sexual a la semana, para los inmigrantes es de dos a tres veces a la semana.

En los datos analizados por sexos son las mujeres las que expresan tener la mayor frecuencia sexual, siendo ésta de dos a tres veces a la semana; en cambio, en los hombres lo más frecuente es tener menos de una relación por semana. Datos publicados sobre frecuencia de relaciones sexuales en mujeres atendidas por demanda de disfunción sexual, muestran que la mayor frecuencia se daba en una o dos relaciones a la semana (20,21).

Los datos sobre la manifestación del deseo sexual de la muestra muestran atendiendo al origen que, si bien más del 60% del total expresan sentir un deseo sexual que consideran normal, al diferenciar los datos según el origen geográfico, hay un 3,9 de españoles que no tiene deseo sexual y un 8% de inmigrantes.

En los resultados según sexos, también hay diferencias ya que mientras el 80,3% de los hombres tienen un deseo normal, este dato en las mujeres alcanza al 57,1% de las mismas.

Los datos sobre satisfacción sexual muestran tasas altas de satisfacción en ambos grupos según el origen y sin diferencias significativas, pero si se establecen diferencias por sexos las mujeres manifiestan estar más satisfechas que los hombres (mientras que un 76,2% de mujeres afirman estar satisfechas, entre los hombres solamente hay un 41,6% que afirma estarlo).

Finalmente los datos globales sobre presencia de dispareunia con independencia del motivo de consulta, indican que hay mayor tasa en inmigrantes que en españoles (9,9% frente a 3,2%) y como era de esperar en las mujeres es donde más ocurre, alcanzando al 7,9% de las mismas las que tienen con frecuencia, en los hombres solamente afectó al 0,6%.

La frecuencia de disfunciones sexuales en población general, a través de la revisión de 52 estudios publicados durante 10 años (29), informan que la prevalencia es de 0-3% para el trastorno orgásmico masculino, 7-10% para el trastorno orgásmico femenino, 4-5% para la eyacuación precoz, 0-5% para el trastorno de la erección y 0-3% para el deseo sexual hipoactivo.

Los datos encontrados sobre satisfacción sexual muestran porcentajes importantes de personas sexualmente activas pero insatisfechas. Concretamente, Dunn, Croft y Hackett en el año 2000 realizaron una valoración acerca de la satisfacción y los problemas sexuales en Inglaterra sobre una muestra de 4000 adultos de ambos sexos y encontraron que una cuarta parte de los que respondieron manifestaron estar insatisfechos con su vida sexual (30). Según sexos, los hombres estaban más insatisfechos que las mujeres, por lo tanto, nuestros datos coinciden con éstos, al expresar la misma diferencia entre los dos sexos.

La dispareunia es definida como la aparición de dolor genital durante el coito. Según los datos de prevalencia expresados en la literatura se evidencia que, aunque su presentación es variable, se presenta con mayor frecuencia en la mujer (15-20%) que en el hombre (1-2%) (31). También para este problema, los datos encontrados en nuestra muestra en la comparación entre sexos, reflejan hechos similares ya que son las mujeres las que la manifiestan en mayor medida y con diferencias significativas respecto a los hombres.

Posibles limitaciones y razones por las que los resultados pueden ser válidos

Solamente se han podido analizar los datos correspondientes a los usuarios y usuarias, que durante un año solicitaron demanda asistencial en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva del Centro de Salud “Fuente San Luis” de Valencia, siendo por ello que los resultados del estudio únicamente se podrán referir a esta muestra de población.

No obstante, se puede afirmar que, en general, los datos de nuestro estudio coinciden, en su mayoría con la literatura reciente, especialmente con la publicada en nuestro país y en trabajos equiparables al nuestro. Los datos obtenidos, con las limitaciones provenientes del carácter específico de nuestra consulta y los sesgos producidos por las características de la población que la utilizan, creemos que contribuyen a establecer un patrón del comportamiento sexual en situaciones de salud y de enfermedad que, sin duda, puede contribuir a mejorar y ajustar las intervenciones preventivas y curativas a las necesidades de la población que atendemos.

Es importante contar con estos resultados ya que permiten consolidar la metodología para analizar las características de la demanda y la repetición del estudio en años posteriores, pudiendo valorar si la demanda varía con el tiempo.

Apuntamos que hay una necesidad de que se realicen estudios similares en la población general, estudios, que permitirían eliminar las limitaciones y los sesgos provenientes del ámbito concreto de una consulta específica, otorgando mayor validez a los datos.

REFERENCIAS

1. Observatorio Permanente de la Inmigración. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. 2007.

2. De la Torre J, Coll C, Coloma M, Martín JL, Padrón E, González González NL. Antenatal care in immigrants. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29 Suppl 1: 49-61.
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Datos del padrón municipal a 1 de enero de 2008.
4. Castillo S, Mazarrasa L., y Sanz B. Mujeres inmigrantes hablando de su salud *Index Enferm (Gran)*; 34: 9-14, 2001.
5. Broverman IK. Sex role stereotypes and clinical judgement of health. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 1988; 34: 1-17.
6. Maroto Vela MC. Present sanitari problems of immigrants women. *An R Acad Nac Med* 2002; 119(2): 367-80.
7. Del amo J, González C, Losana J, Clavo P, Muñoz L, Ballesteros J, et al. Influence of age and geographical origin in the prevalence of high risk human papillomavirus in migrant female sex workers in Spain. *Sex Transm Infect* 2005; 81(1): 79-84.
8. SemFYC. Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de atención primaria. Disponible en: <http://www.semfyc.es/Nueva/Noticias/Inmigrantes-completo.htm>. 2001.
9. INSALUD. Área 9. Protocolo de atención a población inmigrante. En: Programa del niño, Área 9. Madrid: INSALUD; 2001.
10. Atxotegui J. Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial. En: Perdiguero E y Comelles JM. (Eds.) *Medicina y Cultura*. Barcelona: Bellaterra. Pag: 320-327, 2000.
11. Hurtado F. Migración: salud sexual y reproductiva. *Sexología Integral* 2008; 5(1): 13-15.
12. Jansà López del Vallado J. Inmigración extranjera en el Estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72(3):165-168.
13. Ribera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M. Adapting health services to he specific needs and utilization patterns of the new Spaniards. *Gac Sanit* 2008;22 Suppl 1:83-95.
14. Buñuel Granados JM, González Rubio F, Palacios Pinilla M^aV. Patología de la población inmigrante perteneciente a un centro de salud urbano de Zaragoza. *Salud Rural*. 2004; XXI(8): 53-68.
15. Hernández Sánchez A, de Dios del Valle R, Franco Vidal A, Tena Ortega G, Grueso Muñoz E, Muedra Sánchez M. Características de la asistencia a la población inmigrante en un centro de salud. *SEMERGEN*. 2004; 30(9): 431-6.
16. Molero Rodríguez F, Calero Sánchez C. Características de la demanda asistencia de la mujer inmigrante en un servicio de atención a la salud sexual y reproductiva de la Comunidad de Cataluña. *Sexología Integral*. 2004; 1(1): 31-33.
17. Sanz B, Torres A, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria* 2000; 26(5):314-318.
18. Press Y, Menahem S, Shvartzman P. Sexual dysfunction - -what is the primary physicians role? *Harefuah*. 2003; 142(10): 662-5.
19. Lacalle Rodríguez-Labajó M, Gil Juberias G, Sagardui Villamor JK, González López E, Martínez Ruiz R, Orden Martínez B. Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. *Aten Primaria*. 2000; 25: 634-8.
20. Hurtado F, Teodoro E, Royo A, Muñoz Y. Estudio sobre disfunciones sexuales femeninas: incidencia por sexos y análisis de variables psicosociales predictoras. *C Med Psicossom*. 1996; 3724-33.

21. Marqués Mateu M^AJ, Caballero Baeza J. Análisis de la población femenina atendida por dificultades sexuales en centros de Orientación familiar. *C Med Psicosom.* 1999; 49/50: 19-30.
22. Moreira Ed Jr, Glasser DB, Gingell C; GSSAB Investigators'Group. Sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behaviours in middle-aged and older adults in Spain: a population survey. *World J Urol.* 2005; 23(6): 422-9.
23. Nicolosi A, Buvat J, Glasser DB, Hartmann U, Laumann EO, Gingell C; GSSAB Investigators'Group. Sexual behaviour, sexual dysfunction and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. *World J Urol.* 2006; 24(4): 423-8.
24. Valles Antuña C, Fernández Gómez JM, Escaf S, Fernández-González F. Neurogenic etiology in patients with erectile dysfunction. *Arch Esp Urol.* 2008; 61(3): 403-11.
25. Pla E. Organización de la atención a la sexualidad del adolescente en la comunidad valenciana. Alternativas. En: Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. Direcció General de Salut Pública, editora. *Adolescencia y Salud: Jornada sobre la atención a la sexualidad en el adolescente.* Valencia: Diario del Puerto, 1998. P. 75-89.
26. Delgado M, Barrios L, Cámara N, Zamora F. Maternidad adolescente en España. Encuesta de fecundidad, familia y valores. Centro Superior de Investigaciones Sociológicas. 2006.
27. Luengo-Arjona P, Orts-Cortés MI, Caparrós-González RA, Arroyo-Rubio OI. Sexual behavior unsafe practices and contraception in students attending Alicante University (Spain). *Enferm Clin.* 2007; 17(2): 85-9.
28. Gómez MA, Sola A, Cortés MJ, Mira JJ. Sexual behaviour and contraception in people under the age of 20 in Alicante. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2007; 12(2): 125-30.
29. Simons JS; Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Arch Sex Behav.* 2001; 30(2): 177-219.
30. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Satisfaction in the life of a general population sample. *J. Sex Marital Ther.* 2000; 26(2): 141-151.
31. Ferrándiz Santos J. Disfunciones sexuales. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1997; 4(2): 90-103.

TABLAS

Tabla 1. Edad de la muestra según origen y sexo.

Variables	N	%	Edad		t	p	Diferencia de medias	IC 95% para la diferencia
			Media	DT				
Origen								
Inmigrante	377	45,5	28,28	7,932				
Español	452	54,5	32,41	13,379				
Total	829	100,0	30,53	11,416	-5,506	0,000	-4,131	-5,604 a -2,658
Sexo								
Mujer	643	77,5	27,08	7,923				
Hombre	186	22,5	42,43	13,495				
Total	829	100,0	30,53	11,416	-14,790	0,000	-15,348	-17,393 a -13,303
		Edad mínima		Edad máxima				
		4		79				

Tabla 2. Descripción de la muestra por zona geográfica de origen.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
América Latina	295	35,6
África del Norte (Magreb)	12	1,4
África Subsahariana	16	1,9
Europa del Este	33	4,0
Europa Comunitaria	15	1,8
Asia	6	0,7
América del Norte	0	0
Australia y Oceanía	0	0
España	452	54,5
Total	829	100,0

Tabla 3. Descripción de la muestra por estado civil y nivel de estudios.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	378	46,2
Casado/a	268	32,7
Pareja de hecho	142	17,3
Separado/a – Divorciado/a	28	3,4
Viudo/a	3	0,4
Total	819	100,0

Tabla 4. Descripción de la muestra por nivel de estudios.

Nivel de estudios								
Origen	Inmigrantes		Españoles		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Primarios	112	31,3	161	36,8	273	34,3		
Secundarios	73	20,4	66	15,1	139	17,5		
Bachiller	131	36,6	101	23,1	232	29,1		
Universidad	42	11,7	110	25,1	152	19,1		
Total	358	100,0	438	100,0	796	100,0	35,769	0,000

Sexo	Mujeres		Hombres		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Primarios	207	33,5	66	36,5	273	34,2		
Secundarios	100	16,2	39	21,9	139	17,5		
Bachiller	189	30,6	43	24,2	232	29,2		
Universidad	121	19,6	31	17,4	152	19,1		
Total	617	100,0	179	100,0	796	100,0	5,258	0,154

Tabla 5. Descripción del motivo de consulta en el CSSR por origen y sexo.

Origen	Inmigrantes		Españoles		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Contracepción	199	53,2	138	30,8	337	41,0		
Sexualidad	42	11,2	121	27,0	163	19,8		
IVE	62	16,6	24	5,4	86	10,5		
ITS	2	0,5	4	0,9	6	0,7		
Infertilidad	11	2,9	6	1,3	17	2,1		
Preconcepción	5	1,3	4	0,9	9	1,1		
Postcoital	24	6,4	127	28,3	151	18,4		
Test embarazo	0	0,0	1	0,2	1	0,1		
Otro	29	7,8	23	5,1	52	6,3		
Total	374	100,0	448	100,0	822	100,0	1,347	0,000

Sexo	Mujeres		Hombres		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Contracepción	281	44,1	56	30,1	337	40,9		
Sexualidad	34	5,4	129	69,4	163	19,9		
IVE	86	13,5	0	0,0	86	10,5		
ITS	5	0,8	1	0,5	6	0,7		
Infertilidad	17	2,7	0	0,0	17	2,1		
Preconcepción	9	1,4	0	0,0	9	1,1		
Postcoital	151	23,8	0	0,0	151	18,4		
Test embarazo	1	0,2	0	0,0	1	0,1		
Otro	52	8,2	0	0,0	52	6,3		
Total	636	100,0	186	100,0	822	100,0	3,964	0,000

Tabla 6. Descripción del motivo de consulta en sexualidad por origen y sexo.

Origen	Inmigrantes		Españoles		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Disfunción	21	63,6	86	71,7	107	69,9		
Parafilia	3	9,1	6	5,0	9	5,9		
Conflic pareja	3	9,1	6	5,0	9	5,9		
Violenc género	1	3,1	0	0,0	1	0,7		
Abuso sexual	1	3,1	0	0,0	1	0,7		
Homosexual	0	0,0	1	0,8	1	0,7		
Transexual	4	12,0	21	17,5	25	16,2		
Total	33	100,0	120	100,0	153	100,0	49,868	0,000

Sexo	Mujeres		Hombres		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Disfunción	10	40,0	97	75,8	107	69,9		
Parafilia	1	4,0	8	6,2	9	5,9		
Conflic pareja	3	12,0	6	4,7	9	5,9		
Violenc género	1	4,0	0	0,0	1	0,7		
Abuso sexual	1	4,0	0	0,0	1	0,7		
Homosexual	0	0,0	1	0,8	1	0,7		
Transexual	9	36,0	16	12,5	25	16,2		
Total	25	100,0	128	100,0	153	18,4	4,219	0,000

Tabla 7. Motivo de consulta por disfunciones sexuales según origen y sexo.

Origen	Inmigrantes		Españoles		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
DSI	2	9,5	8	9,3	10	9,4		
Tr. Excitación	7	33,3	59	68,6	66	61,7		
Anorgasmia	3	14,3	4	4,6	7	6,6		
Eyac. Precoz	9	42,9	12	13,9	21	19,6		
Dispareunia	0	0,0	1	1,2	1	0,9		
Vaginismo	0	0,0	1	1,2	1	0,9		
Otra	0	0,0	1	1,2	1	0,9		
Total	21	100,0	86	100,0	107	100,0	39,470	0,000

Sexo	Mujeres		Hombres		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
DSI	3	30,0	7	7,2	10	9,3		
Tr. Excitación	2	20,0	64	66,0	66	61,7		
Anorgasmia	3	30,0	4	4,1	7	6,6		
Eyac. Precoz	0	0,0	21	21,6	21	19,7		
Dispareunia	1	10,0	0	0,0	1	0,9		
Vaginismo	1	10,0	0	0,0	1	0,9		
Otra	0	0,0	1	1,1	1	0,9		
Total	10	100,0	97	100,0	107	100,0	3,407	0,000

Tabla 8. Edad de inicio de relaciones sexuales coitales según origen y sexo.

Variables	N	%	Edad Media	DT	t	p	Diferencia de medias	IC 95% para la diferencia
Origen								
Inmigrante	271	49,8	17,72	3,134				
Español	273	50,2	18,13	3,272				
Total	544	100,0	17,92	3,208	-1,501	0,134	-0,412	-0,952 a 0,127
Sexo								
Mujer	479	88,0	18,02	3,300				
Hombre	65	12,0	17,20	2,317				
Total	544	100,0	17,92	3,208	2,510	0,014	0,820	0,172 a 1,468
			Edad mínima	Edad máxima				
			12	33				

Tabla 9. Descripción del tipo de relación sexual por origen y sexo.

Origen	Inmigrantes		Españoles		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Estable	320	87,9	360	82,4	680	84,9		
Esporádica	37	10,2	60	13,7	97	12,1		
No consta	7	1,9	17	3,9	24	3,0		
Total	364	100,0	437	100,0	801	100,0	5,365	0,068

Sexo	Mujeres		Hombres		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Estable	533	85,7	146	82,0	679	84,9		
Esporádica	76	12,2	21	11,8	97	12,1		
No consta	13	2,1	11	6,2	24	3,0		
Total	622	100,0	178	100,0	800	100,0	7,956	0,019

Tabla 10. Descripción de la frecuencia de relaciones sexuales por origen y sexo.

Origen	Inmigrantes		Espanoles		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Diaria	32	8,8	12	2,8	44	5,6		
4 a 6 semanal	35	9,6	20	4,7	55	7,0		
2 a 3 semanal	120	33,0	57	13,4	177	22,5		
1 semanal	57	15,7	40	9,4	97	12,3		
< de 1 semanal	39	10,7	74	17,5	113	14,3		
No consta	81	22,3	221	52,1	302	38,3		
Total	364	100,0	424	100,0	788	100,0	1,104	0,000

Sexo	Mujeres		Hombres		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Diaria	36	5,7	7	4,4	43	5,5		
4 a 6 semanal	50	8,0	5	3,1	55	7,0		
2 a 3 semanal	162	25,8	15	9,4	177	22,5		
1 semanal	72	11,5	25	15,7	97	12,3		
< de 1 semanal	53	8,4	60	37,7	113	14,4		
No consta	255	40,6	47	29,6	302	38,3		
Total	628	100,0	159	100,0	787	100,0	1,015	0,000

Tabla 11. Manifestación del deseo y la satisfacción sexual por origen y sexo.

DESEO SEXUAL

Origen	Inmigrantes		Españoles		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Si	233	64,0	265	60,9	498	62,3		
No	29	8,0	17	3,9	46	5,8		
A veces	43	11,8	23	5,3	66	8,3		
A menudo	6	1,6	8	1,8	14	1,8		
No consta	53	14,6	122	28,0	175	21,9		
Total	364	100,0	435	100,0	799	100,0	32,688	0,000

Sexo	Mujeres		Hombres		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Si	354	57,1	143	80,3	497	62,3		
No	36	5,8	10	5,6	46	5,8		
A veces	51	8,2	15	8,4	66	8,3		
A menudo	14	2,3	0	0,0	14	1,8		
No consta	165	26,6	10	5,6	175	21,9		
Total	620	100,0	178	100,0	798	100,0	43,825	0,000

SATISFACCIÓN SEXUAL

Origen	Inmigrantes		Españoles		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Si	248	68,1	300	68,8	548	68,5		
No	58	15,9	84	19,3	142	17,8		
A veces	25	6,9	12	2,8	37	4,6		
A menudo	6	1,6	8	1,8	14	1,8		
No consta	27	7,4	32	7,3	59	7,3		
Total	364	100,0	436	100,0	800	100,0	8,561	0,073

Sexo	Mujeres		Hombres		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Si	473	76,2	74	41,6	547	68,5		
No	59	9,5	83	46,6	142	17,8		
A veces	30	4,8	7	3,9	37	4,6		
A menudo	14	2,3	0	0,0	14	1,8		
No consta	45	7,2	14	7,9	59	7,3		
Total	621	100,0	178	100,0	799	100,0	1,358	0,000

Tabla 12. Descripción de la manifestación de dispareunia por origen y sexo.

Origen	Inmigrantes		Espanoles		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Si	27	7,4	7	1,6	34	4,2		
No	264	72,3	308	70,2	572	71,1		
A veces	12	3,3	2	0,5	14	1,7		
A menudo	9	2,5	7	1,6	16	2,0		
No consta	53	14,5	115	26,1	168	21,0		
Total	365	100,0	439	100,0	804	100,0	38,942	0,000

Sexo	Mujeres		Hombres		Total		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Si	33	5,3	1	0,6	34	4,2		
No	403	64,5	168	94,4	571	71,1		
A veces	14	2,2	0	0,0	14	1,7		
A menudo	16	2,6	0	0,0	16	2,0		
No consta	159	25,4	9	5,0	168	21,0		
Total	625	100,0	178	100,0	803	100,0	60,763	0,000

¿Qué intriga a los alumnos de secundaria?

What has got secondary students intrigued?

María Cristina González Martínez

Licenciada en Ciencias Biológicas y estudiante de 2º curso del Máster de Promoción de Salud Sexual. Instituto de Educación Secundaria. Requena (Valencia)

Correspondencia:

María Cristina González Martínez

Calle Sol nº 11, 46340 Requena 46013 –Valencia

Telef: 962300460 - 629221661

E mail: maricrisgm@hotmail.com

Fecha de recepción: 20 de diciembre de 2011. **Fecha de aceptación:** 11 de enero de 2012.

Resumen:

Objetivos: Aproximación a los conocimientos sobre sexualidad en población escolar de 12 en adelante años de edad, detectando los mitos y falsas creencias que sobre la misma circulan entre los alumnos/as. Trabajar la sexualidad en el aula a modo de investigación dentro de la asignatura: Trabajo monográfico de investigación de 4º de ESO (TMI). **Emplazamiento y Participantes:** Instituto de Educación Secundaria, Requena (Valencia, España). Participantes: Alumnos/as de Secundaria. **Conclusiones:** La Educación Sexual se debería generalizar a edades más tempranas para afianzar conocimientos porque los adolescentes buscan información más encaminada a conseguir placer que a la prevención de embarazos no deseados y el contagio de las ITS, y no se conseguirá hasta que la Educación Sexual no deje de ser un tabú y se generalice, adaptada a los diferentes niveles educativos, en todos los Centros Escolares.

Palabras clave: Educación sexual. Salud sexual. Alumnos de Secundaria.

Summary:

Objectives: An approach to knowledge about sexuality on the school population of 12 or more years, identifying myths and false beliefs about it concentrating on the students opinion. To work on sexuality in the classroom as a research into the subject: Monograph Research 4 ° ESO (TMI). **Location and participants:** Secondary School, Requena (Valencia, Spain). Participants: High School Students. **Conclusions:** Sex Education should be generalized to younger ages to secure knowledge, because teenagers look for information in order to get more pleasure, not to prevent unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases (STDs), and it will not be achieved until sexual education is no longer a taboo and is spreaded widely, adapted to the different educational levels in all Schools.

Key words: Sex Education. Sexual Health. High School Students.

OBJETIVOS

Aproximación a los conocimientos sobre sexualidad en población escolar de 12 en adelante años de edad, detectando los mitos y falsas creencias que sobre la misma circulan entre los alumnos/as. Trabajar la sexualidad en el aula a modo de investigación dentro de la asignatura: Trabajo monográfico de investigación de 4º de ESO (TMI).

METODOLOGÍA-DISEÑO

Ciñéndome a la normativa que sobre esta asignatura está publicada en el DOGV 5783/12.06.2008, este proyecto se planificó siguiendo los siguientes pasos:

- 1º.- Recogida de dudas y agrupación de las mismas por categorías
- 2º.- Resolución de las dudas por grupos
- 3º.- Puesta en común de las dudas resueltas
- 4º.- Elaboración de una encuesta por parte de los alumnos
- 5º.- Pasar la encuesta a toda la comunidad educativa de forma voluntaria y anónima
- 6º.- Análisis de los resultados
- 7º.- Publicación de los resultados estadísticos mediante la elaboración de murales informativos para desterrar mitos, informar, etc.

EMPLAZAMIENTO Y PARTICIPANTES

Instituto de Educación Secundaria, Requena (Valencia, España). Participantes: Alumnos/as de Secundaria.

La acogida del proyecto fue masiva, apuntándose al mismo un 90% de los/las alumnos/as matriculados/as en 4º de ESO y el Jefe de Estudios hizo una criba empleando el criterio de que el grupo fuera lo más variado posible con alumnos/as tanto de 4º de diversificación como de los que nutren a los distintos bachilleres que se pueden cursar en el centro. De esta forma el número se redujo a 28: 18 chicas y 10 chicos.

RESULTADOS

A lo largo del curso escolar se cumplieron los puntos 1, 2, 3 y 4 por parte de los/as alumnos/as del TMI y el 5º por toda la comunidad educativa que, de forma anónima y voluntaria, se ofreció, pero, a pesar de la gran acogida que desbordó cualquier previsión, la encuesta fue paralizada impidiendo así el desarrollo de los apartados 6 y 7 en el aula.

No obstante, analizadas las cuestiones que plantearon de forma anónima y voluntaria, apartado 1, se pueden obtener los siguientes resultados:

- De un total de 186 dudas, el número y porcentaje por apartados, son:
 - 43 de Orgasmo, punto G, placer, excitación, atracción, posturas: 23,118%.
 - 26 de Prevención de embarazos y píldora del día después: 13,978%
 - 22 de Prácticas sexuales: 11,827%
 - 21 de Anatomía y fisiología masculina: 11,290%

- 17 de Anatomía y fisiología femenina: 9,139%
- 15 de La primera vez, virginidad e himen: 8,064%
- 13 de Juguetes sexuales y afrodisíacos: 6,989%
- 12 de Enfermedades: 6,451%
- 8 de Curiosidades: 4,301%
- 5 de Parafilias: 2,688%
- 3 de Embarazo: 1,612%
- 1 de Aborto: 0,537%

Figuras 1 y 2

Las categorías empleadas para agrupar las preguntas para este estudio, no corresponden a las que se crearon para trabajar en el aula que fueron las siguientes: Anatomía y Anticonceptivos; Lactancia y embarazo; Tipos de sexo y enfermedades; Sexualidad.

CONCLUSIONES

1º.- A edades de Enseñanza Secundaria, la información que demandan va más encaminada al placer, píldora del día después...: las actitudes deben trabajarse en edades más tempranas en el colegio y en el hogar familiar: Nadie preguntó por la diferencia entre chicos y chicas, ni por el amor, ni la autoestima...pero sí sobre cómo tener un orgasmo, las posturas para obtener más placer, etc.

2º.- a.- Siguen teniendo muchas dudas sobre los preservativos a pesar de las campañas informativas y de las charlas que, desde el centro de planificación familiar de la comarca, les han estado dando desde 3º de ESO: si son 100% seguros; si se pueden romper; qué pasa si quedan dentro de la vagina; por qué hay gente que no siente nada cuando los usa; si los de sabores también protegen; si existen los femeninos; por qué hay que cambiarse de preservativos cuando se practica sexo anal; si da igual la cara del preservativo; etc. También por la píldora del día después: si es efectiva; cuántas horas hace efecto; cómo se consigue; cuántas veces se puede tomar; etc. Y muy pocas sobre otros métodos anticonceptivos porque los desconocen o creen que no son adecuados para ellos/as.

b.- La primera vez, la virginidad y el himen, siguen siendo una preocupación, sobre todo para las 9 alumnas y los 8 alumnos que aún no habían mantenido una relación sexual con penetración: qué hay que hacer la primera vez; si duele; si la rotura del himen sangra; cuánto debe medir el pene para romper el himen; cuál es la mejor postura para la primera vez; si sigue doliendo después; etc.

c.- Sorprende que, a pesar de la información a modo de charlas que han ido recibiendo en cursos anteriores, tengan dudas sobre la masturbación del tipo: ¿qué es? ¿es malo masturbarse mucho? ¿salen granos?

d.-El período de gestación de un embarazo, parto y lactancia, no interesan a estas edades y el aborto casi tampoco porque sólo quieren saber si las menores pueden abortar

Conclusión: La información sobre la prevención y la primera vez, para evitar las dudas, errores, embarazos no deseados, ansiedad y miedo a la primera vez, etc. debería darse con naturalidad y tacto ya en educación primaria.

3º.- a.- Existen pocas dudas sobre las distintas prácticas sexuales aunque van empezando a tener curiosidad por el sexo anal, los juguetes sexuales, afrodisíacos, etc. y mucha sobre el orgasmo, el placer, las posturas, sexo oral, etc. y, por tanto, demuestran que tienen una gran

curiosidad por todo lo que rodea al sexo placentero: a estas edades el hedonismo es una prioridad en el sexo.

b.- La publicidad sobre el anillo vibrátil les ha calado pero no la de los lubricantes porque desconocen su utilidad, así como la de los distintos tipos de preservativos: la publicidad en televisión sigue siendo un buen escaparate de educación sexual y debería utilizarse también para informar además de para vender.

4º.- No preguntan sobre pornografía pero sí un poco sobre zoofilia, pederastia y ninfomanía: internet no es la principal fuente de búsqueda de información sobre el sexo para estas edades. Los amigos siguen siendo los "primeros sexólogos".

5º.- A pesar de lo que cabría esperar, las dudas sobre el tamaño del pene, de la vagina, aunque sí que existen, son menos de las esperadas por la información que nos llega por los medios de comunicación y, de hecho, nadie planteó dudas sobre el tamaño de los senos, de las nalgas, belleza física, etc.: sus dudas sobre anatomía se suscriben más al ámbito sexual, concretamente a la penetración.

6º.- Existen pocas dudas sobre enfermedades y ninguna sobre el SIDA y ellos dicen que no las formulan porque no tienen. Si miramos el plan de estudios de 3º de ESO, en la asignatura de Biología y Geología, se trabajan las enfermedades, prevención, etc., lo que permite suponer que sí que están informados, aunque no vendría mal seguir incidiendo en este tema. Se debe seguir incidiendo en la información sobre las ITS, hábitos saludables y prevención.

7º.- *a.-* Además de los problemas con los que nos encontramos ajenos al aula, la presencia de cortafuegos en los ordenadores del centro que no permiten acceder a páginas de seriedad reconocida y la falta de buen material en la biblioteca, impidieron que el proyecto se desarrollara de forma completa y satisfactoria: la educación sexual debería poder impartirse sin problemas y con la mayor naturalidad posible en los centros escolares

b.- La homosexualidad no es considerada por ellos como una enfermedad ni hacen preguntas ni comentarios despectivos: la educación no homófoba que se imparte en el centro está dando sus frutos

Conclusión final: La Educación Sexual se debería generalizar a edades más tempranas para afianzar conocimientos porque los adolescentes buscan información más encaminada a conseguir placer que a la prevención de embarazos no deseados y el contagio de las ITS, y no se conseguirá hasta que la Educación Sexual no deje de ser un tabú y se generalice, adaptada a los diferentes niveles educativos, en todos los Centros Escolares.

Agradecimientos: A D. Juan José Borrás, que me animó a llevar a cabo este proyecto, y a todos los alumnos del TMI, profesores, personal no docente y padres, que participaron y me apoyaron sin reservas. Siempre les estaré agradecida.

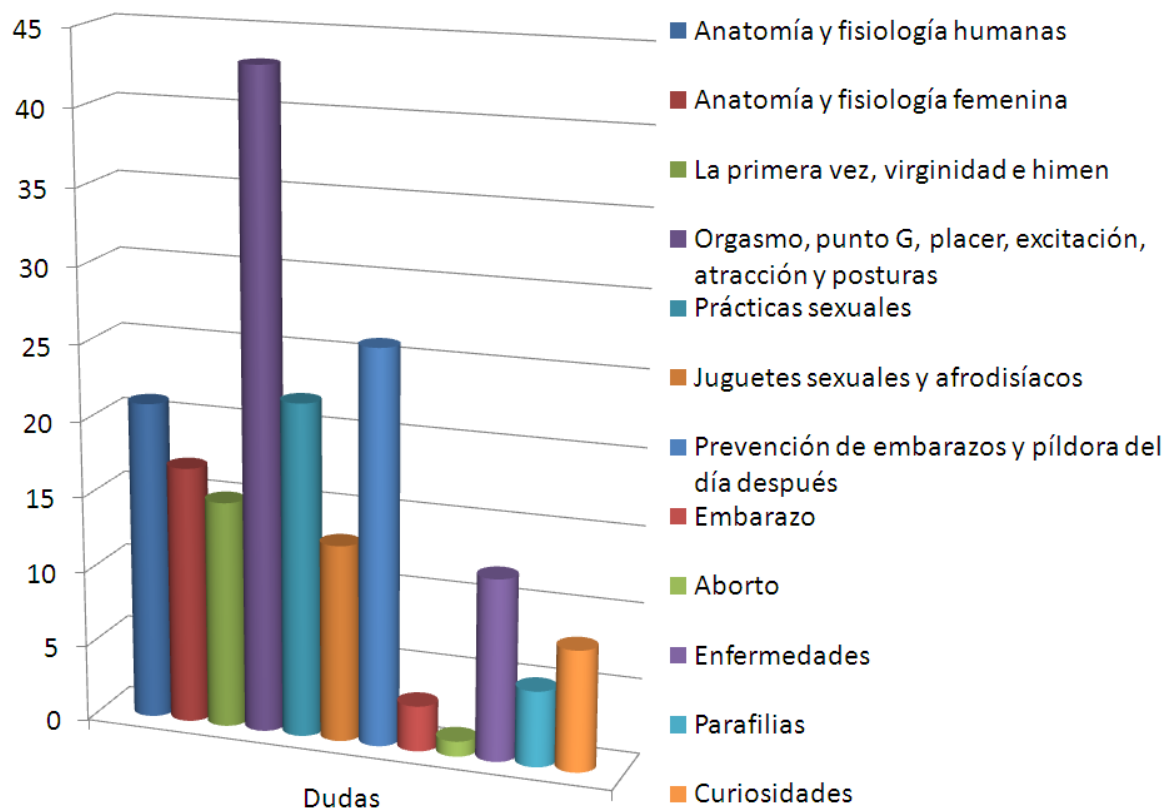


Figura 1: Representación del número de dudas por categorías, en un gráfico de barras.

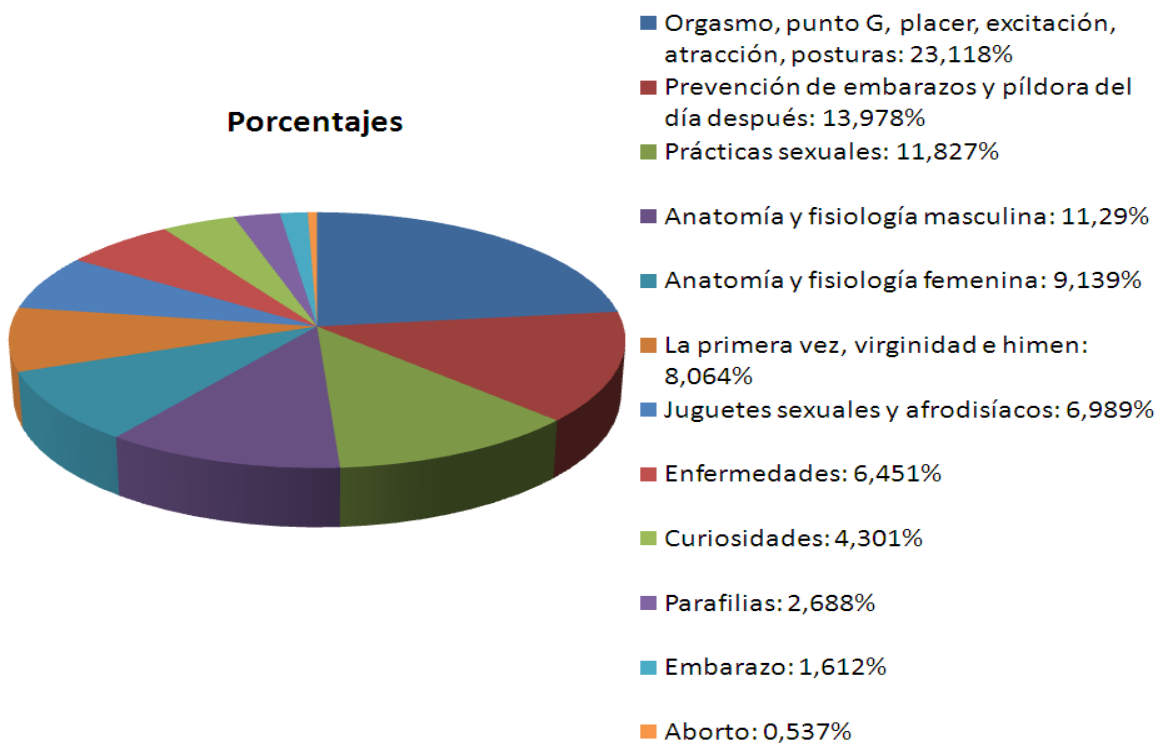


Figura 2: Representación de los porcentajes por categorías, en un gráfico circular.

Disfunción eréctil en el varón, adquirida, situacional y debida a factores psicológicos.

One case study of acquired, situational and due to psychological factors erectil dysfunction.

Felipe Hurtado Murillo

Doctor en Psicología y Especialista en Psicología Clínica y Sexología. Facultativo Especialista de Área de la Agencia Valenciana de Salud. Centro de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente de San Luis” de Valencia. Departamento Hospital Doctor Peset de Valencia.

Presidente de la Asociación Española de Especialista en Sexología - AEES

Correspondencia:

Felipe Hurtado Murillo

Centro de Salud “Fuente San Luis”

Centro de Salud Sexual y Reproductiva

Calle Arabista Ambrosio Huici, 30

46013 –Valencia

Teléfono: 96 197 28 16

E mail: felipehurtadomurillo@gmail.com

Fecha de recepción: 2 de diciembre de 2011. **Fecha de aceptación:** 31 de enero de 2012.

Resumen

El presente trabajo describe una disfunción sexual en un hombre, en concreto una disfunción eréctil de origen psicógeno, donde los factores psicológicos son los responsables tanto del inicio de la disfunción como de su mantenimiento. Siendo la terapia sexual combinada con un fármaco inhibidor de las fosfodiesterasas tipo 5 y eliminación farmacológica parcial a partir del éxito terapéutico de la dosis inicial, las responsables del éxito terapéutico puesto que ayudó a eliminar la ansiedad anticipatoria mantenedora de la disfunción eréctil.

Palabras clave: Disfunción eréctil. Terapia sexual combinada. Inhibidores de las fosfodiesterasas tipo 5.

Summary

This paper describes a sexual dysfunction in a man, specifically a psychogenic erectile dysfunction, in which psychological factors are responsible for both, the onset of the dysfunction

and its maintenance. Sexual therapy combined with a phosphodiesterase type 5-inhibitor, and partial washout of therapeutic success after the initial dose, were the makers of therapeutic success, as it helped to eliminate anticipatory anxiety maintainer of erectile dysfunction.

Key words: Erectile dysfunction. Combined sex therapy. Phosphodiesterase inhibitors type 5.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

El motivo de consulta fue la disfunción eréctil, que se manifestaba como una incapacidad para mantener la erección durante la actividad sexual en pareja, ocurriéndole en el momento de intentar el coito.

Nunca le ocurría durante la masturbación en solitario. Asimismo, tenía erecciones nocturnas y matutinas reflejas, también tenía erecciones espontáneas asociadas a estímulos eróticos visuales y táctiles.

Le venía ocurriendo desde hacía un año, a partir de utilizar en una ocasión un preservativo impregnado con sustancia retardante recomendado por un amigo como modo de solucionar un problema de eyaculación precoz. Desde entonces, le ha ocurrido con dos parejas nuevas que ha tenido.

Entrevista diagnóstica

Las preguntas realizadas para obtener el diagnóstico fueron encaminadas hacia la valoración de las causas precipitantes y mantenedoras de la disfunción eréctil.

Se preguntó si le ocurría asociada a algún tipo de conducta sexual (manual, oral, coito) y si estaba asociada a realizar actividad sexual en pareja o si también ocurría en masturbación solitaria.

Si preguntó si el inicio fue brusco o gradual y si lo atribuía a algún hecho o circunstancia.

Se preguntó por la presencia de erecciones espontáneas y reflejas nocturnas o matutinas.

Se preguntó por la evolución de la disfunción erectiva.

Se preguntó si había intentado solucionarlo de alguna manera y por los resultados.

Se preguntó por la actitud, comportamientos y estado tanto fisiológico como psicológico que tenía ante cada relación sexual, así como después tras cada nuevo fracaso.

Se preguntó por problemas en lograr o mantener la erección.

Historia clínica

No padecía de enfermedad alguna, ni tomaba ningún fármaco de forma habitual. Tampoco había sido intervenido quirúrgicamente.

Respecto a hábitos de consumo, no consumía alcohol pero era consumidor de 1-2 cigarrillos de marihuana diarios desde hace 4-5 años.

No padecía trastorno psicológico alguno pero desde que padecía la disfunción eréctil había notado disminución del deseo sexual como consecuencia del temor al fracaso y había disminuido su frecuencia sexual.

Historia sexual

Tenía erecciones normales en masturbación solitaria y asociadas a estímulos eróticos visuales y táctiles, siempre que no anticipara la posibilidad de tener que responder con un coito.

Tenía erecciones reflejas nocturnas y matutinas.

El paciente atribuía su disfunción a la utilización de un preservativo impregnado con una sustancia retardante que utilizó en una ocasión y que le supuso el primer fracaso erectivo. A partir de ahí, sin utilizar este tipo de preservativo le ha pasado con las dos parejas con las que lo ha intentando.

Mientras ha ido fracasando en pareja, se ha masturbado en solitario y no ha tenido ninguna dificultad.

Pruebas complementarias

El médico de Atención Primaria había realizado una exploración física que consistió en toma de presión arterial, pulsos periféricos femorales y poplíteos, auscultación cardíaca y exploración general física. Además le realizaron análisis sanguíneos: Glucemia, hemoglobina, lípidos, testosterona, creatinina, prolactina.

La exploración física general ha dado resultados normales, también la tensión arterial, auscultación cardíaca y pulsos periféricos (informe del médico de Atención Primaria).

Las pruebas sanguíneas dieron resultados dentro de los límites normales.

Estrategia terapéutica

Se instauró el tratamiento mediante terapia sexual, puesto que por la anamnesis, descartación de factores de orgánicos, exploración física y pruebas complementarias, era el tratamiento más indicado (1).

Como ocurre en un porcentaje significativo de varones con disfunción eréctil de tipo psicológico, la ansiedad anticipatoria que presentan ante cada relación sexual es tan alta que impide el abandono y como consecuencia la respuesta eréctil se dificulta. Si además, no tiene pareja estable, como es el caso que se presenta, la ansiedad es aún mayor (2-4).

En estos casos, la terapia sexual convencional por si sola suele ser insuficiente, obteniéndose los mejores resultados combinándola con una sustancia farmacológica vasoactiva (inhibidores de las fosfodiesterasas tipo 5), para que una vez producida la erección con éxito en varias ocasiones, reduzca la vigilancia erectiva del varón y la confianza adquirida reduzca la ansiedad anticipatoria, promoviendo, posteriormente, respuestas erectivas con éxito sin necesidad del uso farmacológico que la terapia sexual acabará de sedimentar.

En este caso, tras la primera fase de terapia sexual con éxito mediante ejercicios de exposición “in vivo” con Focalización Sensorial Genital más compresión apical en el glande del pene, se pasó a la segunda fase con exposición “in vivo” al coito, pero tras dos sesiones de terapia sexual sin éxito por la vigilancia erectiva que ejercía el paciente, se pasó a combinar con el uso de Sildenafil de 50 miligramos.

Una vez realizados cuatro coitos con éxito con la dosis de 50 miligramos, se redujo la dosis a 25 miligramos y continuó teniendo erecciones adecuadas durante ocho coitos más, se continuó con terapia sexual solamente pero dejando la posibilidad de que si fallaba podía tomar una dosis de Sildenafil 25 miligramos.

A partir de ahí, tras tres meses de seguimiento ya no ha vuelto a ocurrirle la disfunción erectiva y no ha necesitado tomar ninguna dosis farmacológica más.

Referencias

1. Hurtado F. Evaluación y tratamiento de las disfunciones sexuales. Madrid: Editorial Dykinson, 2011.
2. Foro de la salud del hombre en disfunción eréctil. Documento de consenso sobre disfunción eréctil. Elaborado por 12 sociedades científicas. Laboratorio Pfizer. 2002.

3. Hurtado F. Trastornos sexuales. De la identidad sexual y de la relación de pareja: Análisis de casos. Valencia: Promolibro, 2001.
4. Hurtado F. Técnicas de evaluación en sexología clínica y criterios diagnósticos. Madrid: Editorial Dykinson, 2011.

Tratamiento de un caso de trastorno orgásmico en una paciente con bulimia nerviosa víctima de abusos sexuales en la infancia

Treatment of a case of orgasmic disorder in a patient with bulimia nervosa, victim of sexual abuse in childhood

Matilde Alonso Martín

Psicóloga Clínica.

Máster en Sexualidad Humana por la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Facultativa Especialista de Área del Servicio Extremeño de Salud. Hospital Virgen del Puerto.

Correspondencia:

Matilde Alonso Martín

C/ Andrés de Plasencia, nº5, 4ºD

10600 Plasencia (Cáceres)

Teléfono: 669.32.36.51

E-mail: byma23@hotmail.com

Fecha de recepción: 6 de diciembre de 2011. **Fecha de aceptación:** 25 de febrero de 2012.

Resumen

Se describe a una paciente que tras llevar cuatro años de tratamiento psicológico (individual y grupal) y farmacológico, por bulimia nerviosa purgativa, en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, y un año y medio de matrimonio, revela haber sufrido abusos sexuales en la infancia por parte de su padre, marcando el inicio de sus problemas con la comida además de impedirle disfrutar de las relaciones sexuales a lo largo de su vida (nunca ha tenido un orgasmo).

Palabras clave: Trastorno orgásmico femenino, Bulimia nerviosa, Abusos sexuales en la infancia.

Summary

We describe a patient who after leading four years of psychological (individual and group) and pharmacological treatment, for bulimia nervosa in a Unit for Food Disorders, and a year and half of marriage, revealed sexual abuse in her childhood by her father, marking the beginning of their problems with food as well as preventing enjoying sex throughout her life (she never had an orgasm).

Key words: Orgasmic disorder female, Bulimia nervosa, Sexual abuse in childhood.

INTRODUCCIÓN

Paciente que tras llevar cuatro años de tratamiento psicológico (individual y grupal) y farmacológico, por bulimia nerviosa purgativa, en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, y un año y medio de matrimonio, revela haber sufrido abusos sexuales en la infancia por parte de su padre, marcando el inicio de sus problemas con la comida además de impedirle disfrutar de las relaciones sexuales a lo largo de su vida (nunca ha tenido un orgasmo).

Pide ayuda para zanjar el tema de los abusos sexuales porque le preocupa que puedan romper su matrimonio, ya que, en primer lugar, está descargando contra su marido la ira que siente hacia su padre. Y en segundo lugar, le otorgan un papel de enferma que la convierte en la protagonista de la relación puesto que su marido está constantemente preocupado y pendiente de ella. Además, desean tener un hijo y quiere resolver antes sus problemas psicológicos.

Tras valoración, se inicia una intervención terapéutica que incluye terapia psicológica individual para los abusos sexuales, terapia de pareja, terapia sexual para el trastorno orgásmico y seguimiento en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

CASO CLÍNICO

Anamnesis

Paciente de 34 años de edad, casada hace un año y medio, sin hijos, estudió ciencias ambientales aunque no se licenció y trabaja con sus padres en un negocio familiar desde hace un año.

Consulta porque sufrió abusos sexuales en la infancia por parte de su padre. Recuerda que tras llevarla a los prostíbulos y hacerla esperar mientras él tenía relaciones sexuales allí, de regreso a casa le besaba en las orejas y en el cuello, le manoseaba todo el cuerpo y ocasionalmente le quemaba en los pechos con cigarrillos (nunca hubo penetración ni felación). Ocurrieron de los 4 a los 10 años de edad, cuando venía a casa en vacaciones (Con 2 años sus padres no podían cuidar de ella y la llevaron con los abuelos maternos al pueblo). Toda su vida ha tenido sueños sobre esto y le han asaltado imágenes mientras mantiene relaciones sexuales.

Cree que es imposible que su madre no sospechara de los abusos sexuales pero que nunca hizo nada porque sufría violencia de género desde que se casó. Ni su hermano (cinco años mayor que ella) ni sus abuelos maternos sabían nada. El único su marido, se lo contó de novios.

Refiere que los atracones de comida le ayudan a olvidar todo esto.

Siempre ha evitado a los hombres porque su padre decía que no quería verla con ninguno y eso la tenía atemorizada. Con 14 años le besó el primer chico y cuando le propuso salir se inventó que se iba a estudiar al extranjero ese año. Con 20 años empezó a salir con el que es su marido (nunca se rindió ante las excusas de ella) y con él tuvo las primeras relaciones sexuales pocos meses después. Fueron satisfactorias para ella, aunque no alcanzó nunca el orgasmo, eran muy rápidas y sin preliminares (sobre todo sin caricias o besos en las orejas o en el cuello).

A los dos años de noviazgo aparece una falta de deseo sexual unida a su incapacidad para alcanzar el orgasmo (y que retrasa la frecuencia de las relaciones sexuales a 1 vez cada 2 meses) coincidiendo con una intervención quirúrgica en un ovario tras la que gana más de 20 kilos de peso. Y desde que trabaja con sus padres, y, aunque ha superado la depresión y mejorado de su bulimia nerviosa, se ha retrasado aún más la frecuencia (1 vez cada 3-4 meses).

La paciente aprendió de su familia de origen que el sexo era algo sucio (su madre le reñía cuando se ponía las manos cerca de la vagina o veía flujo vaginal en sus braguitas y por otra parte estaban las visitas con su padre a los prostíbulos). No tuvo educación sexual en el colegio pero hablaba de sexo con sus amigas. Heterosexual. Nunca se ha masturbado.

Desde que trabaja con sus padres, el poco tiempo que tiene para estar con su marido lo emplea en descargar sobre él toda la ira que siente hacia su padre y le preocupa que pueda acabar siendo tan agresiva como él. Además, quiere dejar el papel de enferma para no ser la protagonista de la

relación. Los fines de semana los dedica a las tareas de la casa mientras que su marido ve televisión y juega en el ordenador sin compartir actividades de ocio.

Antecedentes familiares: Padre dependencia del alcohol y abuso de cannabis. Madre víctima de violencia de género por parte del marido. Hermano víctima de violencia familiar por parte del padre y enuresis infantil.

Antecedentes personales físicos: Con 22 años ovariectomía y tubectomía derechas por teratoma quístico benigno en ovario derecho.

Antecedentes personales psicológicos: Con 9 años inicio de atracones sin purgas y comienzo de sobrepeso. Enuresis infantil hasta los 15 años. Con 14 años inicio de bulimia nerviosa purgativa, con tratamiento psico y farmacológico, actualmente sólo psicológico, y trastorno depresivo mayor grave, con hospitalización, con tratamiento psico y farmacológico, y actualmente en remisión total.

Diagnóstico

F50.2 Bulimia nerviosa [307.51] tipo purgativa; F52.3 Trastorno orgásmico femenino [302.73] tipo de toda la vida, general y primario (debido a factores combinados); F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado (rasgos paranoides, límites, histriónicos, dependientes y obsesivo-compulsivos) [301.9]

Intervención terapéutica

Primero, se informó a la paciente y a su marido sobre las consecuencias negativas a corto y largo plazo del abuso sexual infantil intrafamiliar (o incesto) y se les dio una explicación del origen y mantenimiento de los problemas de alimentación y sexual que presentaba la paciente.

Segundo, se realizó terapia psicológica individual dirigida a la resolución de las consecuencias negativas de los abusos sexuales, a través de la redefinición y reestructuración cognitivo-emocional de la experiencia de los mismos, aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento, y reconocimiento social y familiar frente al aislamiento y la marginación.

Tercero, se realizó terapia de pareja dirigida a cambiar los roles y actitudes negativas de uno hacia el otro para que volvieran a disfrutar juntos. Técnicas: Aumento de la frecuencia del intercambio de interacciones y refuerzos positivos y entrenamiento en comunicación de sentimientos positivos. Y se realizó terapia sexual dirigida, por un lado, a conseguir un mayor acercamiento físico y sensual entre la pareja que lograra la desaparición del miedo y las inhibiciones de la paciente, y, por otro lado, a aumentar la comunicación en lo sexual para la consecución del orgasmo. Técnicas: Focalización sensorial de Masters y Johnson (1987), Entrenamiento muscular vaginal de Kegel (1952) y Programa de masturbación dirigida de Heiman y LoPiccolo (1989).

Evolución

En las dos primeras sesiones de evaluación, se consiguió que la pareja entendiera el origen y mantenimiento de los problemas de alimentación y sexual de la paciente así como de las dificultades en la relación de pareja, cambiando su visión.

En las diez sesiones siguientes, la paciente fue recuperándose de algunas de las consecuencias negativas de los abusos sexuales: Empezó a cuidarse haciendo ejercicio físico, peinándose y maquillándose diariamente y vistiendo ropa diferente a la deportiva, lo que repercutió positivamente en su autoconcepto y autoestima. Decidió contarle a sus tres amigas el tema de los abusos, lo que aumentó su sentimiento de confianza, intimidad y seguridad (al tiempo que disminuyeron la culpa y la vergüenza) además de mejorar la relación con ellas. Comenzó a posicionarse de forma asertiva ante su padre en el trabajo y a considerar la posibilidad de un cambio de trabajo con el que se sintiera más realizada.

En las tres sesiones siguientes, la pareja mejoró su relación adoptando roles más equitativos, comunicándose de manera más positiva, solucionando sus conflictos más eficazmente y planeando actividades conjuntas para el fin de semana en las que ambos disfrutaran.

En las seis sesiones siguientes, la pareja amplió sus fuentes de estimulación sensorial informando la paciente a su marido de lo que le resultaba agradable. Consiguió el control voluntario de sus músculos vaginales aunque tuvo dificultades para asociar las sensaciones físicas del ejercicio de ese control a contenidos eróticos o sensuales, al asaltarla pensamientos negativos sobre el sexo. Éstos, junto con dos accidentes domésticos por los que le vendaron ambas manos, estuvieron presentes en su resistencia a explorar y manipular sus genitales para descubrir las zonas más sensibles y la estimulación más agradable. Un mes después, y, ya restablecida, la paciente abandona la terapia sexual porque tiene que cuidar a su abuela materna por un agravamiento importante en la enfermedad que sufre.

Discusión y conclusiones

Desde la literatura científica se ha intentado describir un síndrome específico del superviviente al abuso sexual infantil intrafamiliar (o incesto), habiendo un acuerdo general sobre las consecuencias negativas a corto y largo plazo en cinco áreas básicas de funcionamiento: física, conductual, emocional, sexual y social (1), que irían más allá de categorías diagnósticas específicas (Trastorno por estrés postraumático, según DSM-IV-TR o CIE-10). Sin embargo, revisiones recientes (2) no apoyan un síndrome clínico específico, sino un modelo multidimensional de interacciones complejas que engloba un amplio espectro de trastornos que van desde los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y disociativos a los trastornos de los impulsos (trastornos de alimentación, tendencia al acting out y consumo de sustancias) pasando por síntomas físicos, trastornos gastrointestinales y disfunciones sexuales. (3)

Los problemas psicológicos de la paciente serían un claro ejemplo de este modelo multidimensional.

En la etiología del trastorno orgásmico femenino inciden factores orgánicos y psicológicos (4). En la paciente, entre los factores psicológicos, destacan principalmente los abusos sexuales en la infancia pero también la ausencia de una adecuada educación sexual. Además, no pueden descartarse los factores orgánicos (en concreto, el tratamiento farmacológico para la bulimia nerviosa y el trastorno depresivo mayor con antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o noradrenalina, al afectar negativamente al orgasmo y otras fases de la respuesta sexual humana (5)).

En relación a la intervención terapéutica en los casos de abuso sexual infantil intrafamiliar, se ha observado una asociación entre determinados síntomas, las posibilidades terapéuticas y los requerimientos biopsicosociales de la etapa evolutiva en la que se produce la demanda: Las mujeres jóvenes que piden ayuda en la etapa de formación de la pareja, presentan más trastornos de ansiedad y están más dispuestas a implicarse en el tratamiento y afrontar las experiencias negativas y los conflictos derivados, con la consiguiente mejora en resultado y pronóstico. Las mujeres en etapa de formación o creación de la familia con hijos pequeños, experimentan más trastornos depresivos, de la alimentación, disociativos y otros, además de trastornos de ansiedad, y presentan más dificultad para implicarse en el tratamiento porque el requerimiento biopsicosocial dominante es el cuidado de los hijos. Las mujeres en etapa de independencia de los hijos, a pesar de estar más disponibles, presentan trastornos más cronificados y mayor resistencia al tratamiento (3).

La paciente se acercaría más al segundo grupo de mujeres lo cual explicaría también, en parte, su decisión de abandonar la terapia sexual para su disfunción orgásmica para cuidar a su abuela enferma.

Referencias

1. Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico. Barcelona: Ariel, 2000.
2. Paolucci EO, Geuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol.* 2001; 135:17-36.
3. Ventosa MR, López R. Perfil clínico e intervención en salud mental con mujeres supervivientes a abuso sexual infantil intrafamiliar (incesto). *Psiquiatr Biol.* 2007; 14(4):153-62.
4. Toquero F, Zarco J. (coord.) Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. Madrid: IM&C, SA, 2004.
5. Hurtado F, Escrivá P, Catalán A, Mir J. Vademécum sexual: Fármacos y disfunción sexual. *C. Med. Psicosom.* 2002; 62/63.

TÍTULO

Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual.

AUTOR

Félix López Sánchez

EDITORIAL

Valladolid: Junta de Castilla y León, Gerencia de Servicios Sociales, Conserjería de Familia y Asuntos Sociales. Valladolid. 2011.

Puede encontrar la publicación completa en:

<http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/Publicacion/1284190278266/Redaccion>

Con la colaboración de numerosos profesionales de los centros, grupos de familias y grupos de personas con discapacidad, a partir de una larga experiencia de trabajo en este campo, Félix López Sánchez, Catedrático de Psicología de la Sexualidad de la Universidad de Salamanca, ha elaborado una propuesta práctica y fundamentada para favorecer la mejor integración y normalización posible de las personas con discapacidad intelectual en el su vida sexual y amorosa.

Ello conlleva un reconocimiento de los derechos sexuales y afectivos de las personas con discapacidad intelectual y la fundamentación y propuesta de protocolos de actuación, fundamentados en buenas prácticas que definen con precisión los procedimientos a seguir y el rol de las personas con discapacidad, sus familiares o tutores y los profesionales.

La propuesta se aleja de intervenciones basadas los modelos de riesgo (que solo interviene cuando los problemas están consumados o únicamente para prevenir riesgos), de la abstinencia (que desde una actitud fundamentalista niega los derechos sexuales y afectivos a las personas con discapacidad), de prescripción (en el qué los profesionales asumen los roles de las personas con discapacidad y de sus familias o tutores, prescribiendo actividades sexuales de forma implícita o explícita), fundamentando toda la propuesta en el modelo biográfico y profesional (en el que la propia persona con discapacidad intelectual tiene un rol fundamental, así como la familia o tutores, siendo ellos los que pueden y deben tomar las decisiones, mientras los profesionales son mediadores que defienden los derechos sexuales y afectivos de las personas con discapacidad y ofrecen conocimientos y ayudas específicas).

Esta propuesta empieza con exposición de **casos reales** (para hacer pensar y darse cuenta que no podemos dejar de intervenir en este campo), sigue con la fundamentación de la propuesta, específica la planificación y tutorización de la vida sexual y afectiva de cada persona con discapacidad, se concretan las buenas y malas prácticas en este campo, analizan las resistencias más frecuentes de familiares o tutores y profesionales y se añaden cuatro anexos fundamentales I.- Modelos de intervención, II.- Evaluación de posibilidades y limitaciones de la vida sexual y afectiva, III.- Protocolos de intervención en numerosos aspectos y IV.- Contenidos que deben ser trabajados en la intervención educativa con las personas con discapacidad intelectual.

Eventos 2012

Septiembre 2012 - 20-22

ONCEAVO CONGRESO DE LA FEDERACIÓN EUROPEA DE SEXOLOGÍA
ELEVENTH CONGRESS OF THE EUROPEAN FEDERATION OF SEXOLOGY

Madrid. España

http://www.aimgroupinternational.com/email/efs/EFS2012_2.html

Octubre 2012 - 10-13

XVI CONGRESO LATINOAMERICANO DE SEXOLOGÍA Y EDUCACIÓN SEXUAL
CLASES 2012

Medellín. Colombia

<http://www.clases.2012.com>

Noviembre 2012 - 1-4

XV CONGRESO DOMINICANO DE PSIQUIATRÍA – V SIMPOSIO DE SEXOLOGIA – 1er
ENCUENTRO REGIONAL DEL CARIBE DE PSIQUIATRAS Y DESASTRES

Bayibe, La Romana. República Dominicana

<http://congresos.net/xv-congreso-dominicano-de-psiquiatria-v-simposio-de-sexologia-1er-encuentro-regional-del-caribe-de-psiquiabras-y-desastres>

Diciembre 2012 - 12-14

V SIMPOSIO INTERNACIONAL SOBRE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Palacios de Congresos de Madrid. España

<http://congresos.net/v-simposio-internacional-de-reproduccion-fundacion-tambre>

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.

-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.

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>