



**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

**Orientación e identidad sexual como expresión de la diversidad natural** 5

Sexual orientation and identity as an expression of the natural diversity

*F.Hurtado Murillo*

### Artículos científicos originales / Original scientific articles

**Tener, o no tener: esa es la cuestión.**

**Una visión actual sobre la maternidad y la paternidad** 8

To have or not to have: that is the question.

Current vision on motherhood and fatherhood

*M. Jiménez Abundio, L. Calles Perea*

### Casos clínicos / Clinical cases

**Transexual adolescente hombre a mujer con hermano menor**

**Transexual** 16

Male to female transsexual teenager with transsexual younger brother

**Transexual adolescente hombre a mujer con hermano mayor transexual** 18

Male to female transsexual teen with transsexual big brother

*F. Hurtado Murillo*

### Reflexiones en sexología / Reflections on sexology

**Sexualidad y humor. Desde la mirada de un venezolano** 21

Sexuality and humour. A Venezuelan point of view

*O. Fernández Galíndez*

**Reseña de libro / Book review** 31

**Agenda / Events** 32

**Normas de publicación / Authors guidelines** 34



# 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 Correales (Ciudad Real)
Ana Puigvert Martínez (Barcelona)	Gemma Pons Salvador (Valencia)
Antonio Sánchez Ramos (Toledo)	M. José Tijeras Úbeda (Almería)
Froilán Sánchez Sánchez (Valencia)	Inmaculada Bayo (Barcelona)
Rafael Prieto Castro (Córdoba)	Isbelia Segnini (Venezuela)
Carolina Villalba (Uruguay)	Kevan Wyle (UK)
Rosa María Montaña (Valladolid)	Carlos De La Cruz (Madrid)
Silverio Saenz Sesma (Zaragoza)	Natalia Rubio (Madrid)
Koldo Seco (Bilbao)	Concepción San Luis Costas (Madrid)
Francisco Javier Giménez Rio (Granada)	

## Orientación e identidad sexual como expresión de la diversidad natural

Sexual orientation and identity as an expression of the natural diversity

Felipe Hurtado Murillo

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

Presidente de la Asociación de Especialistas en Sexología (AES).

Director de la revista [www.desexologia.com](http://www.desexologia.com)

---

### Correspondencia

Felipe Hurtado Murillo

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

Calle Arabista Ambrosio Huici, 30.

46013 - Valencia

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

**Fecha de recepción:** 20 de noviembre de 2012. **Fecha de aceptación:** 17 de diciembre de 2012

---

La diversidad humana es la norma y no la excepción, por ese hecho fundamental cada persona es única e irrepetible.

Es de aceptación universal que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, que toda persona tiene derecho al disfrute de los derechos humanos, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (1).

Todas las personas tienen derecho a ser iguales ante la ley y tienen derecho a igual protección por parte de la ley, sin ninguna de las discriminaciones mencionadas, ya sea que el disfrute de otro derecho humano también esté afectado o no. La ley prohibirá toda discriminación de esta clase y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier forma de discriminación de esta clase.

La discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género incluye toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en la orientación sexual

o la identidad de género que tenga por objeto o por resultado la anulación o el menoscabo de la igualdad ante la ley o de la igual protección por parte de la ley, o del reconocimiento, o goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de los derechos humanos y las libertades fundamentales. La discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género puede verse y por lo común se ve agravada por la discriminación basada en otras causas, incluyendo género, raza, edad, religión, discapacidad, estado de salud y condición económica (2).

La orientación sexual y la identidad de género son esenciales para la dignidad y la humanidad de toda persona y no deben ser motivo de discriminación o abuso (3).

Entendemos que la orientación sexual se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.

Por su parte, la identidad de género, en cambio, se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, es decir, define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambas. Siendo el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género (4).

La identidad de género podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales (2).

Se han producido muchos avances en cuanto a garantizar que las personas de todas las orientaciones sexuales e identidades de género puedan vivir con la misma dignidad y el mismo respeto al que tienen derecho todas las personas. Son muchos los Estados que en la actualidad tienen leyes y constituciones que garantizan los derechos de igualdad y no discriminación sin distinción de sexo, orientación sexual o identidad de género, pero también es cierto que muchos Estados y sociedades imponen a las personas normas relativas a la orientación sexual y la identidad de género a través de las costumbres, las leyes y la violencia, y procuran controlar cómo las personas viven sus relaciones personales y cómo se definen a sí mismas.

Es por ello que las violaciones a los derechos humanos basadas en la orientación sexual o la identidad de género real o percibida de las personas constituyen un patrón global y arraigado que es motivo de seria preocupación.

El proceso de sexuación que ocurre a partir de la fecundación va concatenando uno detrás de otro los diferentes niveles y estructuras que evolutivamente van sexuando

al individuo. A partir del nacimiento del desarrollo de la personalidad se ve afectado por la propia sexualidad ya que somos seres sexuados por herencia y la sexualidad de una persona depende de cuatro factores interrelacionados, que a su vez, afectan al desarrollo de su personalidad. Éstos son: la identidad sexual, la identidad de género, la orientación sexual y la conducta sexual.

Es de aceptación común constatar la existencia de una doble realidad: sexo y género. El sexo es una variable compleja que implica unos procesos de sexuación prenatales de características biológicas (genéticas, endocrinas, neurológicas) a la par que un desarrollo a lo largo del ciclo vital de tipo psicosocial en su doble vertiente de la consideración como estímulo (interacción conductual en función del estímulo "sexo") y como variable sujeto (variables de personalidad, aptitudinales...), además del desarrollo sexual en cuanto tal.

El género hace referencia a una realidad compleja fundamentalmente psicosocial, que parte de la variable sexo y que interactúa continuamente con ella a lo largo de todo el ciclo vital. El estudio de roles, estereotipos, masculinidad y feminidad, como principales, se encuadrarían dentro de esta realidad del género.

El género tiene un origen bio-cultural dependiendo estrechamente de la organización social dominante, la cual asigna diferentes funciones según el estado social, la edad, la profesión y el sexo, entre otras características. Debido a ello, los contenidos de la identidad de género dependen de la sociedad en la que vive el individuo y cambia a lo largo del ciclo vital en cuanto a sus contenidos.

El deseo sexual no tiene prefijados sus destinos, el objeto del deseo puede ser variable y es en la adolescencia cuando el deseo sexual, además de hacerse específico y diferenciado de otros sentimientos, comienza a tener una orientación determinada. Así, aparecen diferentes formas de orientación sexual, no necesariamente excluyentes:

1). El deseo sexual se dirige hacia uno mismo (autoerotismo).

2). El deseo sexual se dirige hacia otro individuo. En este caso podemos distinguir:

2.1) Homosexualidad: el deseo sexual se dirige hacia una persona del mismo sexo.

2.2) Heterosexualidad: el deseo sexual se dirige hacia una persona del sexo contrario.

2.3) Bisexualidad: el deseo sexual puede dirigirse tanto hacia personas del mismo sexo, como del sexo contrario.

Si bien, generalmente, la orientación sexual va a determinar los tipos de comportamientos o manifestaciones sexuales efectuadas, no debemos confundir ambas cuestiones, ya que a menudo aparecen múltiples manifestaciones sexuales de forma aislada y que, por tanto, no refieren una orientación sexual determinada (5).

## REFERENCIAS

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos (Organización de la Naciones Unidas, (ONU) 1948).

2. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género (Yogyakarta, 2007).

3. Sexualidad y Derechos Sexuales (Asociación Mundial para la Salud Sexual, (WAS) 1999).

4. Hurtado Murillo F, Pérez Conchillo M, Rubio-Aurioles E, Coates R, Coleman E, Corona Vargas E, Mazín R, Horno Goicoechea P. Educación para la sexualidad con bases científicas. Documento de consenso de Madrid. Recomendaciones de un grupo internacional de expertos. Joan Holloway y Angela Knudson, Washington, DC (EEUU), 2012.

5. Hurtado Murillo F.: Manual de educación sexual, afectiva y reproductiva. Promolibro. Valencia. 1999.

**Tener, o no tener: esa es la cuestión** *Una visión actual sobre la maternidad y la paternidad*

To have, or not to have: that is the question *Current vision on motherhood and fatherhood*

Jiménez Albundio M<sup>1</sup>, Calles Perea L<sup>2</sup>.

*1 Psicóloga. Sexóloga clínica especialista en infertilidad*

*2 Psicóloga especialista en ansiedad e infertilidad. Directora del Centro Psicológico Psicolibertad de Madrid*

---

**Correspondencia**

María Jiménez Albundio

C/ Bous nº 1 – 4

46113 Moncada, Valencia

Teléfono: 609144041

E-mail: [aljima77@gmail.com](mailto:aljima77@gmail.com)

**Fecha de recepción:** 2 de diciembre de 2012. **Fecha de aceptación:** 17 de enero de 2013

---

**Resumen**

¿Qué papel juega la visión actual hacia la maternidad y paternidad en el desarrollo de las principales alteraciones psicológicas derivadas de la infertilidad? ¿Cómo influye la sociedad en la difusión de mitos y falsas creencias asociadas a la dificultad para concebir un embarazo? Este artículo tiene como objetivo dar respuesta a los interrogantes planteados, indagando entre las razones que provocan el sufrimiento de las personas que acuden a los centros especializados en los tratamientos de reproducción asistida. Estos motivos pondrán de manifiesto la importancia de las principales técnicas empleadas en la intervención psicológica para atenuar los posibles desajustes emocionales y descubrir el atractivo de la vida al margen de tener o no tener un hijo.

**Palabras clave:** infertilidad, maternidad, paternidad

**Summary**

What role does the current view to motherhood and fatherhood in the development of major psychological disorders resulting from infertility? How does society in spreading myths and misconceptions associated with difficulty conceiving a pregnancy? This article aims to answer the questions raised, inquiring among the reasons that cause the suffering of people who come to the centers specialized in assisted reproduction treatments. These reasons will highlight the importance of the main techniques used in psychological intervention to mitigate possible emotional imbalances and discover the appeal of life regardless of having or not having a child.

**Key words:** infertility, maternity, paternity



## INTRODUCCIÓN

El ser humano nace, crece, se reproduce y muere. Y estudia, y mantiene relaciones sexuales, y trabaja, y lee su libro favorito, y sale a cenar con sus amigos... Y así podríamos seguir enumerando el sinfín de actividades que llevamos a cabo hombres y mujeres a lo largo de nuestra vida que la llenan de sentido y satisfacción.

Una de las características que nos define como personas y nos diferencia del resto de seres vivos es el razonamiento, el poder elegir cómo queremos vivir nuestra vida, alejándonos de nuestros instintos y rompiendo las reglas escritas gracias al aprendizaje.

Anteriormente, la infertilidad era considerada un castigo de Dios y la procreación una opción a merced del altísimo. Hoy en día la elección es nuestra; hoy hablamos de anticoncepción, hablamos de parejas sin hijos que deciden centrar sus vidas en otros aspectos, hoy hablamos de parejas homosexuales que no tienen por qué cumplir esas “leyes naturales” que algunos utilizan para desprestigiarlos, hablamos de placer sexual en sí mismo desligándolo de la reproducción.

No obstante, todavía observamos que la reproducción es un pilar fundamental en la vida, puesto que la imposibilidad de conseguir un embarazo puede provocar importantes reacciones emocionales en las personas con serios problemas para conseguirlo aunque esto no conlleve ningún efecto físico nocivo (*Antequera Jurado, Moreno Rosset, Jenaro Río y Ávila Espada, 2008*). Así pues, el elemento clave que delimitará la aparición de dicho malestar será el propio deseo de tener un hijo, ya que esta disfunción biológica solamente adquirirá significado cuando entrañe una desilusión en el deseo de procrear (*Llavona y Mora, 2002*).

Otro aspecto a tener en cuenta, blanco de numerosos estudios (*Greil, 1991; Miall, 1986; Whiteford y González, 1995*), es el estigma o desaprobación social que perciben

algunas de las personas aquejadas por dicha dificultad. La internalización de las normas sociales que premian el hecho de tener hijos y que parecen devaluar lo contrario puede incidir significativamente en su pesadumbre y en definitiva, en su identidad como miembro de la comunidad. Esta presión advertida desde el mundo exterior (*Leiblum, 1997*), es portadora de numerosos mitos y creencias que imponen a voluntad el fanático anhelo por contribuir a la perpetuidad de la especie, con el correspondiente aumento de la angustia y el estrés añadido si esto no llega a suceder.

Por otra parte, las clínicas de reproducción asistida ofrecen interesantes técnicas para hacer frente a los obstáculos reproductivos. Sin embargo, estos novedosos métodos han suscitado cuantiosos debates éticos y deontológicos que han generado importantes normativas para su desempeño (*Casado González y González Duarte, 1999*). Dichas cuestiones pueden llegar a interferir en la opinión de las mismas; por ejemplo, una vez más la religión colisiona con la ciencia al defender una postura totalmente contrapuesta en cuanto a la intervención en este proceso, provocando dilemas de distinta índole y frenando, en definitiva, la evolución.

Este artículo tiene como objetivo analizar los asuntos anteriormente planteados, investigando las causas que provocan el padecimiento de estas personas y examinando la validez del procedimiento psicológico empleado para paliarlo.

Para ello, intentaremos dar respuesta a algunas de las cuestiones más importantes al respecto mediante el análisis de los datos obtenidos de un estudio sobre la visión de la maternidad/paternidad en la sociedad actual:

¿Hoy en día pensamos en la posibilidad de una vida sin hijos?

¿Reflexionamos sobre la maternidad y paternidad, o es algo que damos por hecho?

¿Cuáles son las ventajas más destacadas de tener hijos para la sociedad actual?

¿Cuáles son los inconvenientes más destacados de tener hijos para la sociedad actual?

¿Qué papel juega la sociedad a la hora de tomar una decisión al respecto?

¿Nos planteamos la posibilidad de que surja algún tipo de problema a la hora de concebir un hijo?

¿Qué opinamos acerca de la reproducción asistida, recurriríamos a ella en ese caso?

## MATERIAL Y MÉTODO

### *Participantes*

La muestra obtenida que dará forma a este artículo está constituida por 189 sujetos; 57 varones (30%) y 132 mujeres (70%). La edad promedio de los participantes es de 25 años. Los participantes masculinos hasta 25 años representan el 13% de la muestra, de 26 años hasta 33 años son el 15% y los varones mayores o iguales a 34 años son el 2%. Las participantes femeninas hasta 25 años representan el 30% de la muestra, de 26 años hasta 33 años son el 31% y las mujeres mayores o iguales a 34 años son el 9%.

### *Instrumentos*

Con la intención de analizar de manera objetiva la visión que la sociedad actual tiene acerca de la maternidad/paternidad, se elaboró un sencillo cuestionario orientado a la población adulta sin hijos (de 18 a 40 años aproximadamente). El cuestionario consta de 9 preguntas referentes a las siguientes variables: 1) *deseo de tener o no tener hijos*, 2) *razones por las que tenerlos o no tenerlos*, 3) *papel que juega la sociedad en dicha decisión* y, por último, 4) *infertilidad y tratamientos de reproducción asistida*. Para plantear algunas de las cuestiones y opciones de respuesta se recurrió a la información que

facilitan los foros de discusión existentes en internet referentes a la infertilidad y a algunos de los manuales que reflejan las inquietudes que las personas con serias dificultades a la hora de concebir un embarazo expresan en consulta y terapias grupales (*aufeminin.com, un groupe international.2012; Yago, Segura e Irazabal, 1997*).

### *Procedimiento*

El cuestionario se distribuyó telemáticamente por algunas de las redes sociales de mayor auge en este momento.

## RESULTADOS

A continuación, se describen los resultados obtenidos agrupados en función de las variables anteriormente planteadas: 1) *deseo de tener o no tener hijos*; 2) *razones por las que tenerlos o no tenerlos*; 3) *papel que juega la sociedad en dicha decisión*; 4) *infertilidad y tratamientos de reproducción asistida*.

### **1. Deseo de tener o no tener hijos**

Con el objetivo de obtener información acerca de la primera variable se plantearon varias preguntas, cuyos resultados se muestran en el *Cuadro 1*.

A la pregunta *¿quieres tener hijos?*, respondieron afirmativamente 162 personas, representando un 86% de la muestra y mostrando una gran mayoría respecto a las personas que no desean tenerlos (14%).

Por lo que respecta a la cuestión de si *se han planteado alguna vez una vida sin hijos*, observamos que los porcentajes de respuesta se asemejan bastante, obteniendo un 49% de respuestas afirmativas, y un 51% de respuestas negativas, por lo que la diferencia entre una opción y otra es prácticamente inexistente.

**Cuadro 1: deseo de tener o no tener hijos**

	SI	NO
¿Quieres tener hijos?	86%	14%
¿Te has planteado alguna vez una vida sin hijos?	49%	51%

## 2. Razones por las que tener o no tener hijos

Uno de los aspectos clave a considerar en esta variable hace referencia a si *se han parado a pensar en las razones por las que quieren tener o no tener hijos*, o es algo que

han dado por hecho sin plantearse el por qué. Los resultados contenidos en el Cuadro 2 evidencian una superioridad de respuestas positivas (88%) en comparación con las respuestas negativas (12%).

**Cuadro 2: Razones por las que tener o no tener hijos**

	SI	NO
¿Te has parado a pensar en las razones por las que quieres tenerlos/no tenerlos?	88%	12%

Llegados a este punto, nuestro interés se centra en averiguar dichas razones, proponiendo a la población encuestada que seleccione aquellos argumentos que justifican su decisión de querer o no querer ser padres.

Entre las *ventajas* más destacadas encontramos que *“la experiencia de tener un hijo es inigualable”* es una de las

satisfacciones más votadas siendo seleccionada por un 65% de los participantes, seguida de *“dan sentido a la vida y te motivan a seguir adelante cada día”* (47%) y *“te cambia la forma de ver el mundo”* (47%). En la tabla que aparece a continuación se muestran las tendencias de respuesta para cada una de las opciones planteadas:

Ventajas	
La experiencia de tener un hijo es inigualable	65%
Dan sentido a la vida y te motivan a seguir adelante	47%
Te cambia la forma de ver el mundo	47%
Te realizan como persona	38%
El amor de un hijo no lo suple ningún otro	36%
El embarazo es una experiencia única	34%
Estamos preparados biológicamente para tenerlos	20%
Son una prolongación de ti mismo	18%
Sin hijos no te sientes completo	17%
Tendrás algo tuyo que estará contigo por siempre	10%
Tendrás a alguien que te cuide cuando seas mayor	8%
No tener hijos es de ser un egoísta	8%
Una pareja sin hijos no es una familia	7%
La sociedad te incita a ello	7%
A tu familia le hace mucha ilusión	6%
No veo ventajas, todo son inconvenientes	3%
Tu pareja no acepta no tenerlos	2%
Todas las parejas los tienen	1%

Por lo que respecta a los *inconvenientes* de querer tener un hijo observamos que la opción *“supone demasiada responsabilidad, dependen totalmente de ti”* adquiere gran relevancia puesto que un 39% de los encuestados marcaron dicha opción,

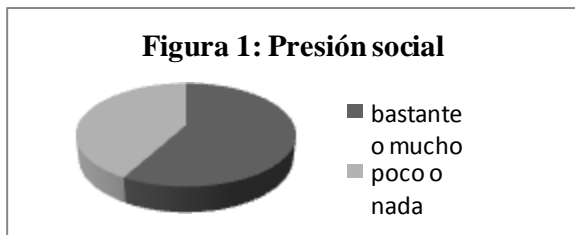
siguiéndole muy de cerca *“tienes que invertir mucho tiempo en ellos, impidiéndote hacer lo que quieres”* (38%) y *“estás continuamente preocupado por ellos”* (37%). La siguiente tabla muestra un resumen de los datos obtenidos:

Inconvenientes	
Supone demasiada responsabilidad, dependen totalmente de ti	39%

Inviertes mucho tiempo, impidiéndote hacer lo que quieres	38%
Estás continuamente preocupado por ellos	37%
Resulta muy caro	28%
Descansas poco	26%
Dan mucho trabajo	23%
Se discute mucho con ellos, sobretodo en la adolescencia	20%
Resignas tu vida por y para ellos	17%
Afectan a tu carrera profesional	17%
Afectan a tu relación de pareja	15%
Acaban con tu tranquilidad	15%
No veo inconvenientes, todo son ventajas	14%
Afectan al sexo	13%
Te atan para siempre con aquél que los tengas	13%
Te dan muchos disgustos	11%
Afecta a las relaciones con tus amigos	7%
No te gustan los niños	6%
No encuentras un referente materno o paterno	3%

### 3. Papel que juega la sociedad en la decisión de tener un hijo

Para averiguar qué papel juega la sociedad en dicha decisión hemos analizado la *medida en la que los participantes creen que influye la presión social* al respecto.



Los datos (*Figura 1*) evidencian cierta percepción de presión social en la toma de

decisión de tener un hijo, puesto que un 58% de los encuestados opinan que ésta influye considerablemente. En esta cuestión observamos una ligera discrepancia de respuesta entre hombres y mujeres que hemos creído conveniente destacar, siendo mayor la percepción de presión social en éstas últimas (63% frente al 48%).

Seguidamente, nos interesamos por evaluar la *creencia de que la sociedad juzga a aquellas parejas que optan por no tener hijos*, obteniendo aproximadamente un 56% de respuestas afirmativas. El *Cuadro 3* muestra los resultados del sondeo.

**Cuadro 3: Papel que juega la sociedad a la hora de tener un hijo**

	SI	NO
¿Crees que la sociedad juzga a aquéllas personas que optan por no tener hijos?	56%	44%

### 4. Infertilidad y tratamientos de reproducción asistida

En este apartado nuestra atención se centra en averiguar si los participantes del estudio se han planteado en alguna ocasión la posibilidad de tener algún problema de fertilidad y analizar la opinión que les merecen las novedosas técnicas de reproducción asistida (*Cuadro 4*).

Esta vez se les preguntó si *se habían planteado la posibilidad de que surja algún*

*problema para concebir un hijo*, a lo cual respondieron afirmativamente un 77% de los encuestados. Nuevamente el estudio por sexos advierte una diferencia a señalar, puesto que los resultados revelan una tendencia mayor a plantearse este tipo de cuestiones en las mujeres. Así pues, el 84% de las mujeres respondieron que sí, frente a una tasa del 61% de respuestas afirmativas correspondiente a los participantes masculinos.

Finalmente, se hace latente la confianza de los sujetos hacia las técnicas de reproducción asistida obteniendo un 76% de apoyo la

opción de *recurrir a los tratamientos de fertilidad* en caso de que surgiera algún problema.

**Cuadro 4: Infertilidad y tratamientos de reproducción asistida**

	SI	NO
¿Te has planteado la posibilidad de que surja algún problema para concebir?	77%	23%
¿En ese caso, recurrirías a los tratamientos de reproducción asistida?	76%	24%

## DISCUSIÓN

Sí, la mayoría de la sociedad actual continúa queriendo tener hijos, pero algo está cambiando... ese 14% restante nos revela ese nuevo afluente de personas que deciden libremente no tenerlo, descatalogando ese férreo deseo de antaño por la fertilidad y abriendo un nuevo mundo de posibilidades vitales a parte de la procreación.

Empiezan tímidamente a plantearse una vida sin hijos, aunque finalmente decidan tenerlos, ejerciendo el derecho a decidir libremente cómo quieren vivir su vida y dejando de lado la creencia de que todos tenemos que ser padres.

Hoy en día se plantean el por qué de su decisión, ya no dan por hecho que deben de tener un hijo, si no que reflexionan a cerca de sus intereses y evalúan las ventajas e inconvenientes de llevarlo a cabo.

No obstante, las ventajas señaladas justifican de buen grado que el tener dificultades para concebir un hijo resulte tan doloroso, pues los estudios realizados advierten que entre el 25% y el 65% de los pacientes que acuden a reproducción asistida presentan síntomas clínicos ante la imposibilidad de conseguir un embarazo. Las más destacadas hablan de una experiencia sin igual, de que tener un hijo le da sentido a la vida y de que te cambia la forma de ver el mundo. Claramente, las expectativas respecto a la maternidad y paternidad suelen ser muy altas y el principal problema radica en considerarlo un proyecto central en sus vidas. Por este motivo, resulta esencial que una de las actividades a realizar en terapia sea *crear unas expectativas adecuadas y realistas*, además de *trazar un proyecto de vida al*

*margen de tener un hijo.* Con esto pretendemos paliar la característica crisis existencial, los sentimientos de vacío y la falta de motivación asociadas a la no consecución del deseado embarazo.

Los inconvenientes planteados por los participantes hacen referencia a que un hijo depende totalmente de sus padres y que requieren invertir mucho tiempo en él, impidiéndoles hacer lo que quieren. De esta manera ponen de manifiesto la importancia de determinadas actividades en la forma de vida actual de las personas, ocupaciones altamente significativas que no deben alterarse durante los procesos de reproducción asistida. Las estadísticas advierten que el 90% de las mujeres abandonan sus aficiones e incluso temporalmente su trabajo para ocuparse en exclusiva al tratamiento, repercutiendo así de forma negativa en su situación emocional. La disminución de dichas tareas puede producir sentimientos de decaimiento y tristeza, por ello es fundamental *planificar un programa de actividades gratificantes tanto individuales como en pareja* que renueve los ánimos. En contraposición, los hombres suelen incrementar las horas laborales y de distracción, aislándose emocionalmente y llevando a cabo claras conductas de evitación. Este comportamiento podría provocar, entre otras cosas, problemas en la relación de pareja, por lo que *facilitar la expresión emocional* entre ambos resultaría de lo más recomendable y así también poder reducir ansiedades.

Respecto a la presión social, más de la mitad de los sujetos encuestados opinan que ésta continúa ejerciendo suficiente poder sobre la decisión de procrear, y es que dicha

determinación parece no limitarse a la pareja, si no que la familia, los amigos y la cultura en la que vivimos siguen aportando su peculiar granito de arena. No nos extrañamos ante las típicas preguntas: “¿para cuándo un bebé? venga, que se os está pasando el arroz” “¿Cuándo me vas a dar un nieto?, ¡qué ganas tengo!” pues de buena tinta sabemos que están a la orden del día. Se plantean ajenas al sufrimiento que pueden ocasionar en aquéllas personas que ansían tenerlo y cuentan con serias dificultades para ello, causando impotencia ante no saber qué contestar. Suelen aflorar sentimientos de vergüenza y falta de valía que acaban por ocultar los inconvenientes para conseguir un embarazo, provocando un aislamiento social para la evitación de las mismas. Un buen *entrenamiento en habilidades comunicativas* como la *asertividad* resultaría esencial para hacerles frente, y así poder desenvolverse con éxito y naturalidad ante cualquier situación. El estudio estadístico revela que las mujeres advierten de manera más significativa dicha influencia aún en nuestros días y es que el rol femenino se continúa asociando de forma reduccionista a la maternidad y al instinto de ser madre.

Y de esta manera llegamos a la evaluación de cierta justicia social que parece enjuiciar a aquéllas personas que deciden no tener hijos y premiar de alguna manera la decisión contraria. Otra forma de presión que permanece actualmente, puesto que más de la mitad de los encuestados creían en la existencia de la misma. La determinación de no concebir comporta un significado social negativo, asociándolo injustamente al egocentrismo e individualismo con ciertas notas de materialismo. ¿Acaso no somos dueños de nuestra vida?, ¿acaso no somos dueños de nuestro tiempo?, ¿a quién debemos rendir cuentas por escribir nuestra propia historia? Cambiar la perspectiva colectiva e *instaurar creencias más tolerantes* al respecto será ardua tarea, pero... ¿quién

pensaba hace años que sería posible la fecundación de un óvulo por un espermatozoide en un laboratorio?

Uno de los resultados que más nos llama la atención en nuestro estudio es la disminución de las expectativas de fertilidad en la población, sobre todo en las mujeres, puesto que la gran mayoría de ellas (84%) respondió afirmativamente a la pregunta de si se habían planteado la posibilidad de que surgiera algún problema para concebir un embarazo. Posiblemente, la diferencia de respuesta entre sexos radique en la tendencia del hombre a identificar los problemas de fertilidad como una amenaza a su masculinidad, por lo que *reestructurar los mitos asociados más extendidos* constituirá otra de las tareas a desarrollar. Anteriormente se suponía la capacidad para concebir y averiguar que no era así suponía un obstáculo para el que no estaban preparados, aquejando su falta de recursos para hacerle frente. Probablemente, el indudable aumento de la infertilidad haya empezado a concienciar a la población y recordarle que nadie estamos exentos de poder experimentar algún tipo de dificultad.

Para acabar, nos gustaría resaltar la importancia que han adquirido los tratamientos de reproducción asistida en la realidad actual. Cada vez más personas recurren a ellos en busca de ayuda, depositando su confianza y dejando atrás debates que cuestionan su moralidad. Los nuevos conceptos de familia han hecho de éstos una herramienta indispensable para muchas personas que sin ellos no podrían disponer de la opción de intentar procrear.

***“Tener, o no tener: esa es la cuestión, disfrutar de la vida al margen de tener o no tener hijos sin que ello suponga una premisa para ser feliz”***

## REFERENCIAS

Antequera Jurado R, Moreno Rosset C, Jenaro Río C, Ávila Espada A. Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del psicólogo* 2008; 29(2):167-175.

Aufeminin.com, un groupe international. Foro embarazo/fertilidad-esterilidad, 2012. [www.enfemenino.com](http://www.enfemenino.com)

Ávila Espada A, Moreno Rosset C. La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del psicólogo* 2008, 29(2):186-196.

Casado González M, González Duarte R. Los retos de la genética en el siglo XXI: genética y bioética. (Estudi general; 5). Edicions de la Universitat de Barcelona, 1999.

Dolz del Castellar Pareja P. Curso online de Psicología aplicada a la reproducción asistida. Instituto de postgrado de estudios de Medicina y Salud e Instituto Valenciano de Infertilidad, 2012.

Forsythe S. Social Stigma and the Medicalisation of Infertility. *Journal of the Manitoba Anthropology Students' Association* 2009, 28: 22-36.

Greil AL. A secret stigma: The Analogy Between Infertile and Chronic Illness and Disability. *Advances in Medical Sociology* 1991, 2:17-28

Leiblum S. *Psychological Issues and Counseling Strategies*. Infertility, 1997.

Llavona L, Mora R. La infertilidad: algo más que un problema biológico. *Jano*, 2002, 63(1453):90-93.

Llavona Uribe Larrea LM. El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del psicólogo* 2008, 29(2):158-166.

Miall CE. The Stigma of Involuntary Childlessness. *Social Problems*, 1986, 33(4): 268-282.

Moreno A, Guerra Díaz D, Baccino G, Giménez Molla V, Dolz del Castellar Pareja P, Tirado Carrillo MM, Gutiérrez Herrera K, Gil Rabanaque M. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 2009. Grupo de interés en Psicología. Sociedad Española de Fertilidad.

Moreno Rosset, C. *La infertilidad, ¿por qué a mí? Un problema o un reto en la pareja*. Ediciones Pirámide, 2009.

Whiteford LM, González L. Stigma: The Hidden Burden of Infertility. *Social Science and Medicine* 1995, 40(1): 27-36.

Yago T, Segura J, Irazabal E. *Infertilidad y reproducción asistida; relatos de pareja entre el sufrimiento y la esperanza*. Biblioteca Nueva, 1997.

## **Transexual adolescente hombre a mujer con hermano menor transexual**

Male to female transsexual teenager with transsexual younger brother

Felipe Hurtado Murillo

Centro de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente San Luis” de Valencia. Unidad Multidisciplinar de Atención a la Transexualidad. Departamento de salud Doctor Peset. Agencia Valenciana de Salud.

Presidente de la Asociación de Especialistas en Sexología (AES).

Director de la revista [www.desexologia.com](http://www.desexologia.com)

---

### **Correspondencia:**

Felipe Hurtado Murillo

Centro de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente San Luis”

Unidad Multidisciplinar de Atención a la Transexualidad

Calle Arabista Ambrosio Huici, 30

46013 –Valencia

Teléfono: 96 197 28 16

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

**Fecha de recepción:** 8 de octubre de 2011. **Fecha de aceptación:** 31 de octubre de 2012.

---

### **Resumen**

Presentamos la demanda de dos hermanos nacidos biológicamente hombres, que presentan conflicto de identidad sexual desde la infancia, siendo los únicos hijos de esa familia y que en el momento de la demanda de cambio de sexo, el mayor tenía 16 años y el menor 12 años.

**Palabras clave:** Transexualidad. Hermanos. Estándares de cuidado.

### **Summary**

We present the demand of two biologically born male brothers, presenting sexual identity conflict since childhood, being the only children in that family and that at the time of the gender reassignment demand, the oldest was 16 years old and the youngest 12 year old.

**Key words:** Transgendered. Brothers. Standards of care.

### **DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO**



## **Transexual adolescente hombre a mujer con hermano menor transexual**

Male to female transsexual teenager with transsexual younger brother

Varón de 16 años de edad que viene acompañado de sus padres y que solicita realizar un cambio de sexo, debido a que desde la infancia de forma persistente ha sentido malestar con su identidad sexual.

### **Infancia**

Durante la infancia, la madre refiere que se vestía con los accesorios de la madre, que se ponía trozos de tela o cosas similares en la cabeza para parecer que tenía pelo largo de mujer, gustándole mucho disfrazarse.

Se identificaba con los personajes femeninos de las películas, sus juguetes preferidos eran las muñecas y prefería relacionarse con las niñas.

Sobre los 7 años de edad le preguntó a la madre por qué había nacido niño y no niña.

Ya en la infancia los padres se dan cuenta de que su hijo es diferente no solamente por todo lo descrito con anterioridad sino porque era más sensible que los chicos de su edad y pensaron que podría tratarse de homosexualidad.

No opusieron resistencia a sus manifestaciones femeninas porque lo veían feliz, la madre no puso en marcha ninguna estrategia para corregirlo, aunque el padre si le reñía y procuraba no actuar como niña en su presencia.

Los padre no tuvieron problemas importantes de pareja por ello, aunque si discrepancias que fueron superando.

En el colegio tuvo dificultades de relación con los iguales al sentirse rechazado y jugaba en soledad. Los niños lo insultaban y las niñas no lo aceptaban, debido a estos hechos lo cambiaron de colegio y empezó a recibir ayuda de la psicóloga escolar para subir la autoestima y mejorar habilidades sociales.

### **Pubertad-Adolescencia**

Los cambios puberales: aumento de vello, crecimiento de los pies, crecimiento del cartílago cricoides, etc., le producían malestar y comenzó a no llevar pantalón corto para que no le vieran el vello de las piernas.

Tuvo cambios de comportamiento con mayor irritabilidad, introversión y aislamiento social y familiar. Constatando los padres que era rechazado por sus iguales.

A los 16 años, al ver en un programa de TV que un adolescente transexual de 16 años había sido operado de un cambio de sexo, decide contarlo a los padres. Antes no lo había referido porque no lo entendía o sentía que era raro lo que le ocurría.

No tiene relaciones sociales porque se siente con inseguridad y prefiere quedarse en casa en sus tiempos libres, considerando que a medida que su cuerpo feminice le será más fácil tener seguridad ante relaciones interpersonales.

### **Sexualidad**

Recuerda la primera polución nocturna a los 12 años de edad. Nunca se ha masturbado porque aunque dice no tener aversión a sus genitales masculinos, no le atraen. Nunca ha tenido relaciones de pareja ya que evita que ocurran por su inseguridad personal, pero si tiene claro que desde siempre ha tenido atracción sexual hacia personas de su mismo sexo biológico. Afirma tener a veces deseo sexual.

### **Salud mental**

No se ha sentido tan triste, angustiado o preocupado de forma constante como para solicitar ayuda profesional, ni ha tomado medicación alguna.

No ha tenido ideas ni pensamientos suicidas ni ideas o intentos de autolesionarse.

### **Evaluación**

Se ha realizado anamnesis y evaluación psicológica mediante entrevistas programadas y secuenciadas (cuestionario general, entrevista estructurada sobre conflicto de identidad sexual/género, cuestionario de conducta sexual, cuestionario de respuesta sexual, cuestionario de comportamientos y actitudes sexuales y cuestionario de familia), además de diversas escalas e inventarios (1-5).

## Batería de pruebas de evaluación del estado de salud mental y la identidad sexual.

Pruebas	Rango de medidas	Resultado
*Escala de evaluación del estrés en los últimos 12 meses (Conde y Franch, 1984)	Nivel bajo <10 Nivel medio 10-15 Nivel alto >15	<b>10</b>
*Escala de apoyo social (Conde y Franch, 1984)	Nivel bajo <15 Nivel medio 15-29 Nivel alto >29	<b>11</b>
*Escala de miedo a la evaluación negativa (FNE) (Watson y Friend, 1969)	Población sana 0-24 Ansiedad social 25-30	<b>11</b>
*Escala de estrés y evitación social (SAD) (Watson y Friend, 1969)	Población sana 0-20 Ansiedad social 21-28	<b>7</b>
*Inventario de depresión (Beck et al. 1979)	Población sana 0-18 Depresión 19-63	<b>0</b>
*Escala de Autoestima (Rosemberg, 1965)	Nivel bajo 10-28 Nivel alto 29-40	<b>29</b>
*Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger et al. 1970)	Nivel bajo 1-24 Nivel medio 25-75 Nivel alto 76-99	Estado <b>40</b> Rasgo <b>30</b>
*Inventario de Situaciones y respuestas (ISRA) (Miguel y Cano, 1986)	Nivel bajo 1-24 Nivel medio 25-75 Nivel alto 76-99	Cognit <b>70</b> Fisiol <b>20</b> Motor <b>15</b> Global <b>35</b>
*Cuestionario de personalidad EPI (Eysenck y Eysenck, 1964)	Nivel bajo 1-24 Nivel medio 25-75 Nivel alto 76-99	Neurot <b>40</b> Extrav <b>25</b> Sincer <b>50</b>
*Inventario multifásico de personalidad MMPI-2 (Hathaway y Mckinley, 1942)	Normal T = 30-64 Anormal T = > 64	Mf <b>71</b> Resto <b>&lt;64</b>
*Inventario de Roles sexuales (BSRI) (Bem, 1974)	Masculinidad 4.9 Feminidad 4.9	<b>3,7</b> <b>5,5</b>
*Indice de Calidad de vida (Mezzich et al. 1999)	Mala 1 Excelente 10	Pre <b>6,2</b> Post <b>9,0</b>

**Cariotipo:** 46,XY (Normal de varón).

### TRATAMIENTO

**Terapia hormonal cruzada** con Estrógenos y Antiandrógenos cada 12 horas

que inicia el 10 de junio de 2011. Está realizando depilación láser en cara (desde mayo 2012). Tiene realizada reducción del cartílago cricoides y solicitada intervención de mamoplastia bilateral (julio de 2012).

### Transexual adolescente hombre a mujer con hermano mayor transexual

Male to female transsexual teen with transsexual big brother

Varón de 12 años de edad que viene acompañado de sus padres y que solicita realizar un cambio de sexo, debido a que

desde la infancia de forma persistente ha sentido malestar con su identidad sexual.

(Planteo esperar una año más para iniciar evaluación).

**Infancia**

Durante la infancia, la madre refiere que a partir de los 3-4 años de edad comenzó a jugar con muñecas y a disfrazarse de niña con ropa y ornamentos de la madre, no sabe si por influencia del hermano mayor que también es transexual. En su actitud y comportamiento era algo menos femenino que el hermano.

Se relacionaba bien con su hermano porque le gustaba lo mismo y en el colegio prefería jugar con las niñas, pero sufría burlas por parte de los niños.

Sobre los cuatro años los padres se dan cuenta de que su hijo se parece al hermano, haciéndoles pensar si podría deberse a algo que ocurriera a la madre durante el embarazo

No opusieron resistencia a sus manifestaciones femeninas porque lo veían feliz, la madre no puso en marcha ninguna estrategia para corregirlo, aunque llegaron a comprarle juguetes masculinos que no usaba. Al padre le costaba más aceptar que al pequeño le ocurriera lo mismo y procuraba no actuar como niña en su presencia.

En el colegio tuvo dificultades de relación con los iguales al sentirse rechazado y jugaba en soledad. Los niños lo insultaban y las niñas no lo aceptaban, esto repercutió en su rendimiento académico.

**Pubertad-Adolescencia**

Los cambios puberales: aumento de vello y voz grave le producían malestar.

Mantén el aislamiento social. Constatando los padres que era rechazado por sus iguales.

La madre habló con la psicóloga escolar sobre lo que ocurría y le indicó que creía que podría deberse a que como el padre era camionero y viajaba mucho, les faltaba a los hijos la figura paterna.

No tiene relaciones sociales porque se siente con inseguridad y prefiere quedarse en casa en sus tiempos libres, considerando que a medida que su cuerpo feminice le será más fácil tener seguridad ante relaciones interpersonales.

**Sexualidad**

No recuerda haber tenido poluciones nocturnas. Nunca se ha masturbado ni afirma tener fantasías sobre tener relaciones sexuales. Nunca ha tenido relaciones de pareja, pero si tiene claro que desde siempre ha tenido atracción sexual hacia personas de su mismo sexo biológico.

**Salud mental**

No se ha sentido tan triste, angustiado o preocupado de forma constante como para solicitar ayuda profesional, ni ha tomado medicación alguna.

No ha tenido ideas ni pensamientos suicidas ni ideas o intentos de autolesionarse.

**Evaluación (Se inicia con 13 años de edad)**

Se ha realizado anamnesis y evaluación psicológica mediante entrevistas programadas y secuenciadas (cuestionario general, entrevista estructurada sobre conflicto de identidad sexual/género, cuestionario de conducta sexual, cuestionario de respuesta sexual, cuestionario de comportamientos y actitudes sexuales y cuestionario de familia), además de diversas escalas e inventarios (1-5).

**Batería de pruebas de evaluación del estado de salud mental y la identidad sexual.**

Pruebas	Rango de medidas	Resultado
*Escala de evaluación del estrés en los últimos 12 meses (Conde y Franch, 1984)	Nivel bajo <10 Nivel medio 10-15 Nivel alto >15	2
*Escala de apoyo social (Conde y Franch, 1984)	Nivel bajo <15 Nivel medio 15-29 Nivel alto >29	13
*Escala de miedo a la evaluación negativa (FNE)	Población sana 0-24 Ansiedad social 25-30	11

(Watson y Friend, 1969)			
*Escala de estrés y evitación social (SAD) (Watson y Friend, 1969)	Población sana Ansiedad social	0-20 21-28	<b>19</b>
*Inventario de depresión (Beck et al. 1979)	Población sana Depresión	0-18 19-63	<b>4</b>
*Escala de Autoestima (Rosemberg, 1965)	Nivel bajo Nivel alto	10-28 29-40	<b>33</b>
*Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger et al. 1970)	Nivel bajo Nivel medio Nivel alto	1-24 25-75 76-99	Estado <b>70</b> Rasgo <b>80</b>
*Inventario de Situaciones y respuestas (ISRA) (Miguel y Cano, 1986)	Nivel bajo Nivel medio Nivel alto	1-24 25-75 76-99	Cognit <b>13</b> Fisiol <b>2</b> Motor <b>1</b> Global <b>1</b>
*Cuestionario de personalidad EPI (Eysenck y Eysenck, 1964)	Nivel bajo Nivel medio Nivel alto	1-24 25-75 76-99	Neurol <b>77</b> Extrav <b>35</b> Sincer <b>50</b>
*Inventario multifásico de personalidad MMPI-2 (Hathaway y Mckinley, 1942)	Normal T = 30-64 Anormal T = > 64		Mf <b>56</b> Resto <b>&lt;64</b>
*Inventario de Roles sexuales (BSRI) (Bem, 1974)	Masculinidad Feminidad	4.9 4.9	<b>3,7</b> <b>5,0</b>
*Indice de Calidad de vida (Mezzich et al. 1999)	Mala Excelente	1 10	Pre <b>7,3</b>

**Cariotipo:** 46,XY (Normal de varón).

### TRATAMIENTO

**Terapia hormonal** con agonistas LH-RH que inicia en abril de 2012 (tiene 13 años y 10 meses de edad).

### REFERENCIAS

1. Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, Donat Colomer F. Transexualismo hombre a mujer: intervención en adolescentes. *Sexología Integral*. 2008; 5 (2). 85-87.
2. Hurtado Murillo F. La evaluación diagnóstica y el abordaje psicológico de la transexualidad. *Sexología Integral*. 2009; 6(2): 86.
3. Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, Donat Colomer F. Transexualismo e

Ha cambiado este curso de colegio, donde se han entrevistado con la dirección escolar, para que le den un trato femenino.

4. Hurtado Murillo F. Transexualidad: definición, antecedentes y estado actual. *Diálogos*. 2010; 80: 8-9.
5. The World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 2011.

## **Sexualidad y humor. Desde la mirada de un venezolano**

Sexuality and humour. A Venezuelan point of view.

Oscar Fernández Galíndez

Prof. En Biología. Miembro de la red mundial en biopolítica, miembro de la red mundial en pensamiento complejo, Investigador A, ante el ministerio de ciencias tecnología e industrias intermedias de la república bolivariana de Venezuela.

---

### **Correspondencia**

Oscar Fernández

Avenida 26 casa número 24 Urbanización la Mora 1

La Victoria Estado Aragua

Venezuela.

E-mail: [osfernandezve@hotmail.com](mailto:osfernandezve@hotmail.com)

**Fecha de recepción:** 12 de octubre de 2012. **Fecha de aceptación:** 28 de noviembre de 2012

---

**“A tirar, a tirar, que el mundo se va a acabar”<sup>1</sup>. (Carola Chávez)**

**“El lenguaje es inherentemente un producto del intercambio humano. No puede haber un lenguaje privado” (Wittgenstein, 1953)”<sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup> AUTORES, Varios. (2011) Humor con humor se paga. Editorial el perro y la rana. Caracas. Venezuela.

<sup>2</sup> GERGEN, Kenneth. (2007) Construcciónismo social. Aportes para el debate y la práctica. Universidad de los Andes Facultad de ciencias sociales. Departamento de Psicología. Bogotá Colombia.

## ALGUNAS REFLEXIONES EN Y DESDE LA RISA Y LA COMICIDAD SEGÚN HENRI BERGSON

*“Nuestra excusa, al decidirnos a afrontar nosotros también dicho problema, es que no intentaremos encerrar la fantasía cómica en una definición. Vemos en ella, ante todo, algo vivo. La trataremos, por muy ligera que sea, con el respeto que se le debe a la vida. Nos limitaremos a observar cómo crece y se desarrolla. Forma tras forma, mediante imperceptibles gradaciones, sufrirá delante de nuestros ojos muy singulares metamorfosis. No desdeñaremos nada de lo que hayamos visto. De hecho, tal vez ganemos con este contacto permanente algo más flexible que una definición teórica; un conocimiento práctico e íntimo, como el que nace de una larga camaradería. Y tal vez nos parezca también que hemos adquirido, sin quererlo, un conocimiento útil”<sup>3</sup>.*

*“¿cómo no iba a informarnos la fantasía cómica sobre los procedimientos de trabajo de la imaginación humana y más concretamente de la imaginación social, colectiva, popular? Procedente de la vida real, emparentada con el arte, ¿cómo no iba a decirnos asimismo lo que opina del arte y de la vida?”<sup>4</sup>*

*“Nuestra risa es siempre la risa de un grupo...Por mucha franqueza que se le suponga, la risa esconde una segunda intención de entendimiento, e incluso de complicidad, con otras personas que rien, reales o imaginarias.”<sup>5</sup>*

*“La risa debe responder a ciertas exigencias de la vida en común. La risa debe tener un significado social”<sup>6</sup>.*

---

<sup>3</sup> BERGSON, Henri. La Risa. Ensayo sobre el significado de la comicidad. Colección Exhumaciones. Ediciones Godot. Buenos Aires Argentina 2011.

<sup>4</sup> Idem

<sup>5</sup> Ibidem

<sup>6</sup> Ibidem

Estamos parcialmente de acuerdo con Bergson en que la comicidad es esencialmente de naturaleza social, si bien es cierto que ésta se nutre de las interacciones sociales para propiciar la risa, también es cierto que no pocas veces nos reímos de nosotros mismos, tal vez desde un ejercicio recursivo que parte de nosotros, va al colectivo y vuelve ya sin mostrarnos claramente si su origen es o no social. También estamos de acuerdo parcialmente en el hecho de que existan humores que respondan exclusivamente a patrones culturales y/o de grupos, pues estamos convencidos, que existen algunos patrones humorísticos que son o se pudieran considerar como universales (siempre salvando excepciones, como aquellas personas que dicen no gustar del chocolate), no es el objetivo de esta investigación buscar patrones en el humor, pero creo que es conveniente decir que existen aunque sea mínima su presencia. Por supuesto que entre todas las características que le atribuye Bergson a la comicidad nos interesa la importancia social que este le da, en nuestro caso la sociabilidad se lee como un individuo recursivo que se colectiviza y vuelve a ser individuo en una dinámica tan cambiante que ya no importa en qué momento se es cual, en todo caso se podría afirmar que se es individuo y colectivo a la vez. Aquí nos conectamos con el socioconstruccionismo pero también con la biología subjetiva de Uexküll, y a través de este con el pensamiento de Immanuel Kant. Tenemos en este proyecto pues, las siguientes orientaciones epistemológicas inmersas en el mismo, por un lado tenemos la propuesta del pensamiento complejo, en las que observamos diversas posturas, algunas con claridad epistemológica otras no tanto, de allí nos interesa la propuesta de Edgar Morin y sus seguidores que nos propone el enfoque transdisciplinario, e incluso su mirada recursiva ante la vida, del socioconstruccionismo, su mirada subjetiva e intersubjetiva que a su vez se conecta con la biología subjetiva y con lo que hoy podríamos denominar neokantismo, en el cual podríamos inscribir esta investigación

desde una mirada filosófica. La biología filosófica es en consecuencia un derivado epistemológico que tiene por lo menos tres raíces claramente observables, por un lado la fenomenología de Husserl que nos conduce al socioconstruccionismo actual, por otro lado la dialéctica de Hegel<sup>7</sup> que nos puede conducir al pensamiento complejo de Edgar Morin y por último el pensamiento filosófico de Kant que a su vez conduce a la biología subjetiva de Uexküll, y ésta a su vez nos conduce a la biosemiótica actual.<sup>8</sup>

No deja de preocuparme la tremenda influencia eurocéntrica que ha venido tomando esta investigación, sobre todo tratándose de que quien escribe es de naturaleza latinoamericana y afrocaribeña. El humor latinoamericano y caribeño tiene sus características, no es lo mismo el humor de un europeo del norte o de un norteamericano que el humor nuestro. No me refiero sólo a que no nos hacen reír las mismas cosas, sino que nuestro humor les hace reír a ellos más el de ellos a nosotros<sup>9</sup>, no siempre nos causa gracia, pareciera que por el calor del trópico, por nuestra condición de resiliencia<sup>10</sup> permanente o simplemente por nuestra herencia cultural que incluye a la alegría africana y a la alegría aborígen, sumada a la alegría caucásica por supuesto. Esto al parecer, nos diferencia tremendamente.

El tema de la sexualidad está inscrito en nuestro vocabulario casi desde el nacimiento.

---

<sup>7</sup> Es importante decir que la dialéctica de Hegel también podría conducirnos al Marxismo.

<sup>8</sup> La bioética y la biopolítica son también derivaciones de la biología subjetiva al igual que la biosemiótica.

<sup>9</sup> O ellos se ríen por cualquier tontería o nosotros somos exquisitos. Lo cierto es que nosotros en promedio nos reímos más, más sin embargo su humor no nos cusa mucha gracia.

<sup>10</sup> "[...] y se la entiende como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas" (Edith Grotberg, 1998) Citado por Aldo Melillo.

De hecho en Venezuela se dice que antes de aprender a decir mamá o papá, decimos una palabra con contenido sexual a las que denominamos **groserías**<sup>11</sup>. Las mismas son lingüísticamente ambiguas y por lo tanto multisignificadas dependiendo su significado del contexto e incluso del tono de voz que se use, así pues la palabra coño por ejemplo y que originariamente designa a la vulva y/o vagina, pasa a representar una expresión de asombro ya sea agradable o desagradable: **COÑO!!!!!!**. Pero también si esta expresión es acompañada de otras palabras cambia totalmente su significado, tan es así que se puede ser **coño de madre**<sup>12</sup> y ser visto como una persona audaz, hábil, inteligente o como una persona éticamente despreciable, como esas que no quieren ni a su mamá. Creo que ya comienzo a entender por qué a los gringos les cuesta tanto entender nuestro idioma. Por otro lado es curioso que no en pocos casos cuando nos interesamos en aprender otro idioma, sean también estas palabras llamadas groseras, las primeras en aparecer en nuestro mapa discursivo. Por otro lado ser venezolano y además latino-caribeño contiene toda una genealogía histórico/cultural que nos habla de quiénes somos y de dónde venimos, una historia común que irónicamente no nos habla de cosas bonitas propiamente como lo son la invasión, la depredación, el ultraje y la imposición de una cultura. Es así como el humor no sólo es un espacio y un momento

---

<sup>11</sup> Lo grosero parecería estar asociado a algún elemento místico religioso, en la mayoría de los casos vinculado a la iglesia católica y también a una cierta idea de mala educación que va más allá de la instrucción pública.

<sup>12</sup> En Venezuela, las expresiones: coño de madre, coño de la madre y coño de tu madre; poseen connotaciones ligeramente diferentes. La primera se refiere a alguien audaz y en no pocos casos mal intencionada. En la segunda expresión nos referimos a una condición genérica que en la mayoría de los casos se refiere a un autoreproche por haber cometido un error u olvidado algo importante. Y la última expresión es una suerte de maldición que se le lanza a alguien.

para distraernos y recrearnos es también un espacio para transformar cosas malas en buenas. Los psicólogos inscritos en la corriente de la psicología positiva nos hablan del término resiliencia el cual se refiere a esa capacidad que tenemos los seres humanos (ya sea de forma individual y/o colectiva) de transformar las experiencias desagradables en situaciones positivas. El humor es uno de estos mecanismos, y el humano heredero de este humor latino-caribeño sabe de esto. Es por ello que el humor y la sexualidad están en y a través de nosotros en nuestro diario vivir.

### **DISERTACIONES SOBRE EL CULO** **“El que se levanta temprano goza más”** **(Anónimo)**

Culo. Palabra muy seria de origen un tanto oscuro. Algunos dirían que es una expresión un tanto sucia (sobre todo si no se lava con frecuencia). Sin embargo la fraseología asociada a dicho término, nos habla de todo un universo cultural inmerso en ella. Por ejemplo: en España es muy común la expresión “lame culos”, para referirse a personas adulantes. (Traducción ibérica de la expresión venezolana (jala Bolas). Sin pretender entrar en un ejercicio morboso del asunto, es obvio que debe resultar menos incómodo para el practicante agarrarse de unos testículos que pasar la lengua por la parte posterior de un animal (según la definición del diccionario del término en cuestión). Y todo eso sin hablar de la posible inminencia de una peligrosa flatulencia.

Pero yendo más allá existen vocablos y/o frases que si bien no mencionan de forma directa la palabra culo la sugieren; tal es el caso de:

**“Me cago en la leche”**

**“Me cago en la puta madre que te parió”**

Y pare usted de contar las innumerables defecaciones que pueden extraerse verborreicamente, como si esa verborrea fuese sinónimo de diarrea.

Sin embargo para el hombre común latinoamericano y más específicamente para el venezolano. El culo tiene otro significado. En este caso sin pretender volverme filosófico, habría que aclarar que para el

A partir de este instante cambiaremos el discurso argumentativo por el discurso narrativo, no sin dejar de argumentar y/o aclarar cuando lo consideremos necesario. La intención de este giro es poder aproximar al lector a la comprensión y análisis del humor sexual, desde el mismo humor sexual. Sin intermediarios. También intentamos mostrar de una forma un tanto más cercana, la naturaleza social y/o cultural que envuelve al humor sexual.

hombre Venezolano, el culo se humaniza y más que se humaniza se feminiza, de allí expresiones como:

**“Anoche me controlé un culo”**

**“José tiene tremendo culo”<sup>13</sup>**

**“Ese culo que va ahí, sí que me gusta”**

Todas estas expresiones se refieren a mujeres aunque no lo parezcan, y sobre todo la que habla de José; en este caso se refiere a la mujer de José.

Tal vez esto se entienda mejor si lo decimos matemáticamente:

### **CULO = MUJER**

Desde esta perspectiva mujer y culo son la misma cosa.

Debo aclarar que este análisis no pretende exaltar al machismo. Simplemente muestra los fenómenos tal y como se dan en nuestra cultura. Por ello no debe tomarse lo aquí expreso como una opinión del autor (aunque sea así).

Bioantropológicamente hablando, vemos que al comparar a los grandes simios con los humanos, los primeros escogen pareja de acuerdo a las dimensiones de sus glúteos; tal es el caso de los mandriles. De allí tal vez la explicación del porque cada vez que vemos pasar a una mujer, volteamos a verla por detrás; ahora es necesario acotar que las mujeres también lo hacen. Según algunas investigaciones, pareciera que este método de seducción de pareja por parte de los primates, está asociado a la capacidad reproductiva; mientras más grande es el pompis mejores

<sup>13</sup>



reproductoras son; (y no precisamente de VHS, o de CDS)

Si extrapolamos esto a lo humano vemos que nuestros gustos latinos por los grandes glúteos pueden proceder de esa herencia cultural.

Sin embargo la teoría de Carlos Donoso (Y miren que este si sabe de simios, por lo del mono kini), nos dice que: “El hombre que busca culo es porque lo amamantaron mucho cuando era niño, y al que no lo amamantaron le gusta más las mujeres pechugonas. De allí que algunos busque culo, culo, culo, culo, culo y otros tetas, tetas, tetas, tetas.

Y el que no busca ni culo ni tetas....

En otro orden de ideas, y sin pretender entrar en una discusión política, podríamos ver que la cultura norteamericana es más tetómana que culómana; en cambio nosotros somos lo contrario.

**“Será que somos el culo de los Estados Unidos”.**

Yo particularmente estoy contento con la mujer que tengo. Es decir; con mi culo.

Mi culo es tierno, amoroso, sensible, un poco duro a veces, pero justo, sin embargo de vez en cuando me forma mi peo<sup>14</sup>, (cosa típica de un culo); pero yo también le formo peos y a veces los míos son más sonoros que los de mi culo.

Yo confieso aquí ante todos sin pelos en la lengua y sin pretender sonar lame culos, que yo amo mi culo, y sé que mi culo me ama.

## REFLEXIONES EN TORNO A TOÑO EL AMABLE

“- ¿quién anda por allí?

- gente.
- ¿y qué están haciendo?
- más gente”. (anónimo)

Una consigna feminista reza así:

**“Arriba las faldas y abajo los pantalones” (anónimo)**

Anteriormente, les hablé acerca de las oscuridades y profundidades del término culo, que a deferencia de algunas creencias, si termina en algún lugar del intestino delgado. Ahora bien démosle la vuelta al

<sup>14</sup> Asociado a flatulencia, y discusión y/o problema.

asunto. Es decir, hablemos ahora de otra parte del cuerpo que no deja de ser oscura también pero que su ubicación la tenemos, (o mejor dicho le tienen) en el lado opuesto al culo, (claro en el caso de las mujeres y los transformistas). Me refiero a la vagina, o también llamada totona, cosita, chacarita, bichita, fufufa, araña, caimán echado, pelúa, gavilana, etc. No faltará quien le coloque un nombre propio como Petra, María o Josefina, el hecho está en que todos estos nombres se vuelven genéricos cuando aparece, la popular palabra: **“Coño”**, si no lo sabían el término coño se refiere a la fulana señora descrita arriba (llámese vagina), de allí expresiones tales como:

**“Coño é tu madre”, “Coño é su madre”, y Coño é la madre” “Coño é madre”**

Las cuatro aunque a veces son usadas de forma indiscriminada, pueden tener usos específicos, por ejemplo: si nos referimos a una persona que va en la carretera y otra lo rebasa de forma un tanto imprudente, este le gritaría: **“Coño é tu madre”**, y allí no influye el hecho de si la persona en cuestión nació por parto normal o si por el contrario nació por cesárea (cuestión por la cual técnicamente ya no podría ser un coño é madre). Si se trata de algo que tenía que ver contigo y se le olvido a alguien, o simplemente algo que se esperaba de alguien y al final no cumplió le diríamos: **“Coño é su madre”**, si se trata por el contrario de algo que se nos olvidó a nosotros mismos, diríamos: **“Coño é la madre”**, y por último si nos referimos a alguien ya sea con rabia o con cariño decimos ese es un: **“Como é madre”<sup>15</sup>**.

En fin este término tiene mucha tela que cortar sobre todo desde la idiosincrasia del venezolano.

**¿Pero qué coño vamos a hacer con todo esto?**

Tal vez nada, ¿pero no es sabroso, conocer en profundidad lo infinitamente borroso que son nuestros códigos?, pues

<sup>15</sup> Aquí influye en el significado, no sólo el contexto en el que es dicha la expresión sino además el tono de voz y las gesticulaciones que realicemos al respecto.

gracias a esto nos hemos salvado de la dominación, y todo gracias a la vagina, que hace de la mujer un ser infinitamente plural y especial. Y no es que pensemos en la mujer como una vagina con cuerpo. No, eso nunca. Pero por extrapolación sacamos, que si las vaginas son múltiples, también lo son ellas. Eso no lo tomen como una ley, pero queda allí para el debate, **en fin si esto no les gusta, no sigan leyendo un coño. Y váyanse todos para el coño é...**

## **PENÉPOLIS**

**“Una llanera va al ginecólogo: - Vengo a que me revise la Gavilana.**

- **Sra! ¿por qué le dice así a su parte íntima?**
- **Dr. Por la cantidad de palomas que he cazado. (anónimo)<sup>16</sup>**

**En el episodio 300 de Los Simpsons a Homero lo invitan a ser la imagen de un comercial para hombres calvos e impotentes y Homero responde: Sí, yo soy calvo e importante. ¿Dónde firmo?**

Ya se ha escrito y dicho sobre el hecho de que vivimos en una sociedad esencialmente patriarcal y falocéntrica, sociedad en la cual las mujeres carecen de igualdad de condiciones ante las múltiples posibilidades de los machos. Todo eso sólo es cierto si lo vemos de un punto de vista esencialmente occidental. Sin embargo si lo analizamos con más detalle podremos hallar otros elementos que aparentan y/o parecen estar ocultos. Comencemos por el mismo término pene. Aquí en Venezuela dicho miembro viril suele recibir distintos nombres, algunos de ellos son: pájaro, paloma, guevo<sup>17</sup>, listón, chorizo,

<sup>16</sup> La mayoría de los chistes, refranes y/o dichos son de origen anónimo, se difunden fácilmente en la transversalidad del lenguaje.

<sup>17</sup> De aquí también deriva el término güevón que no se refiere a un hombre con el pene grande sino a una persona extremadamente presumida y/o presuntuosa pero también a una persona tonta. Y si se trata de una persona que en un momento determinado actúa como tonto, entonces es un agüebonio

plátano, salchicha, yuca, palo, tronco, clavo, etc. Todo esto a parte de aquellos que le asignan nombres propios y/o apodos tales como: José, pepe, chuo, Joaquín, etc. De allí que el hablar sobre tal órgano sexual, así como de los testículos a los que comúnmente designamos con los nombres de bolas y/o cojones y en el caso de los españoles “huevos”.

Expresiones tales como:

“tu si tienes bolas”<sup>18</sup>, “cabeza de guevo”<sup>19</sup>, “mama guevo”<sup>20</sup>, o “jala bolas”<sup>21</sup>, por tan sólo citar algunas, constituyen una pequeña muestra de la diversidad lingüística que se encierra detrás de dichos términos que se asocian a lo sexual.

Aquí en Venezuela tener relaciones sexuales es coger<sup>22</sup> o tirar así como en España es follar, de allí que podemos oír a hombres y/o mujeres decir cosas tales como: “Ayer me cogí a fulanita o fulanito” o ayer me tiré un culo, si lo relacionamos con lo que ya hemos hablado antes. Curiosamente y para complicar más esto en España un follón no es el sinónimo de una orgía sino un gran problema<sup>23</sup>. Así pues un tiradero es igual a un hotel y/o motel. Y se dice que los comportamientos de las personas son

<sup>18</sup> Una expresión que usualmente se usa para designar a las personas descaradas y abusadoras.

<sup>19</sup> Más allá de una persona con una testa un tanto extraña, se usa por lo general para ofender, pero como aquí cabe de todo, también tenemos quienes se ríen cuando se la aplican.

<sup>20</sup> Se refiere al sexo oral utilizado de forma ofensiva. Los que lo hemos recibido no opinamos lo mismo.

<sup>21</sup> Se refiere a aquellas personas adúlteras.

<sup>22</sup> Aquí se trata del sexo en sentido individual, ejem: me voy a coger a Rosita. Por otro lado el término tirar es de uso más genérico puedo decir: Rosita y yo vamos a tirar mañana o me voy a tirar a Rosita.

<sup>23</sup> Claro una orgía pudiera ser un gran problema, pero no necesariamente significa que una orgía equivale a u follón.

influenciados por la calidad de sus cogidas y/o tiradas, de allí que se hable de bien cogidos y mal cogidos. Por ejemplo se dice que todos los presidentes de estados unidos (exceptuando a Clinton) son mal cogidos. Porque se la pasan buscando guerras y devastación, la consigna de los jipis de los años 60 rezaba: "haz el amor no la Guerra". Es evidente que la relación entre humor, sexo y política, no podía pasar inadvertida en esta reflexión. En épocas electorales, los chistes sobre la virilidad de los políticos o sobre su orientación sexual, no dejan de aparecer. En Venezuela, por ejemplo sobre el principal candidato opositor al actual presidente Hugo Chávez, es decir; Enrique Capriles Radonski, se dice que debería llamarse Enrique Capriles **Raronski**. Por su supuesta historia homosexual. Por parte de Chávez sus opositores no han sido menos agresivos y lo han colocado en montajes fotográficos besándose con Fidel Castro y con Obama<sup>24</sup>. Siempre quedará la duda sobre las preferencias sexuales de los políticos y siempre nos preguntaremos: ¿Qué pasaría si los políticos tuvieran una vida sexual plena?, ¿viviríamos mejor?

Sobre el tamaño del pene hay toda una controversia acerca de si importa o no, lo único que tenemos claro es que aquellos hombres que discuten mucho sobre el tema, diciendo que lo más importantes es saber usarlo y/o saber moverse en la cama, de seguro lo tienen pequeño<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> La orientación sexual de cada quien debería ser un tema personal que no debería influir en la opinión pública, sin embargo al parecer, por lo menos en Venezuela, aún no hemos alcanzado el nivel de tolerancia para tener en la presidencia a una persona abiertamente conocida miembro del GLT (gay, lesbianas y travestis), y es que si ni siquiera ellos mismos se ponen de acuerdo para colocar bajo un mismo nombre a los homosexuales hombres y mujeres, ¿qué queda para los heterosexuales e incluso para los indecisos?

<sup>25</sup> Claro para las mujeres esta discusión ya se agotó hace mucho tiempo y la respuesta es que importan las dos cosas.

Ya se ha dicho mucho sobre sociedades falocéntricas, como la norteamericana, que lo necesita todo grande, es decir autos grandes, casas grandes, herramientas grandes, mujeres grandes<sup>26</sup>, etc. hasta tienen un monumento (The Washington to monument) que como todos saben representa el gran falo norteamericano cogiéndose al mundo. Hoy día con esto de la crisis económica y social que atraviesa dicha nación, pareciera que a dicho falo le falta Viagra. El gran problema es que si encontraran la forma de inyectarle Viagra al gran falo imperial norte americano, no tendrían el dinero para comprarla.

### ¿PENÉPOLIS O VAGINÓPOLIS?

Irónicamente, tal vez el núcleo de una cultura falocéntrica, sea una cultura ocultamente vaginocéntrica. De allí que la cultura machista que nos gobierna diga por ejemplo que si las mujeres luchan por los derechos femeninos y son capaces de escribir interesantes artículos científicos y filosóficos, deben ser poco atractivas físicamente<sup>27</sup>. Y si por el contrario son bellas, entonces no necesitan nada de lo anterior. Tan es así que algunos hipermachistas dicen que en la mujer, la belleza es inversamente proporcional a la inteligencia. Todo lo antes dicho se conecta por ejemplo con el conocido estereotipo de las mujeres rubias, el cual se apoya en la imagen de Marilyn Monroe, asignándole cualidades físicamente atractivas de una mujer con poco cerebro, la cual a pesar de su seria deficiencia mental obtiene a través del uso astuto de su poder sensual, todo lo que desea. De allí que cuando observamos a una mujer sexi esforzándose mentalmente, sentimos un extraño deseo de ayudarla en todo, y cuando vemos a una mujer fea tratando de ser sexi, la enviamos a la biblioteca. Casi todas las mujeres son conscientes de su tremendo poder vaginal, y

---

<sup>26</sup> Por lo menos en los pechos

<sup>27</sup> Casi que dicen que dichas mujeres, son hombres, lo mismo se aplica a las mujeres que conducen bien, y que en lo general desempeñan tan bien o mejor tareas ordinariamente atribuibles a hombres.

su influencia en el mundo político (caso Cleopatra, Mónica Lengüinski<sup>28</sup>), militar (caso Manuelita), Sociocultural (caso cualquier estrella del pop), y hasta en el caso religioso, el no uso de su vagina les ha permitido obtener lo que buscaban (caso Madre Teresa de Calcuta). Es por todo lo antes dicho que proponemos que el falocentrismo sea visto con atención, ya que es muy probable que mantenga oculto un vaginocentrismo tal vez más aterrador que el primero. Eso sí sería un verdadero coñazo <sup>29</sup>a nuestra sociedad.

Otro aspecto poco tratado reflexivamente, es el relacionado con la inversión de roles en la pareja. Y debo aclarar que no me refiero a aquellas parejas en las cuales ambos comparten responsabilidades, sino aquellas en las que la mujer sale a trabajar, y él hombre lava, cocina, atiende a los niños y en la noche complace a su esposa sexualmente (bueno siempre y cuando no esté cansado y no tenga dolor de cabeza), hay parejas que ya han aceptado esta situación y al parecer sus hijos aún les dicen papá y mamá sin confundirse.

Recordemos que todo lo que he dicho es el producto de una cultura machista, falovaginocéntrico, que al unir falo y vagina engendra en nosotros un comportamiento social que penetra en nuestro subconsciente y nos seduce y manipula a tal punto que nos hace creer que todo lo que hacemos es lo apropiado. A veces casi de forma desesperada casi excitatoria próxima a un orgasmo cultural que nunca termina de llegar. Es tal vez desde esta perspectiva, nuestra sociedad. Una sociedad insatisfecha, necesitamos pues acabar de algún modo con todo esto. Acabemos ya.

## **SOCIEDAD ORGIÁSMICA**<sup>30</sup>

<sup>28</sup> Aquí parodiamos el extraordinario uso de la lengua de Mónica.

<sup>29</sup> Palabra derivada del término vagina que es utilizada por los venezolanos para significar la palabra golpe, dicho golpe puede ser físico u emocional.

<sup>30</sup> Este término, es una suerte de híbrido entre orgía y orgasmo

Imaginemos que vivimos en una sociedad en la que nuestras inhibiciones sexuales no se encuentran limitadas, ni por la cultura, ni por nuestras creencias religiosas, ni por las enfermedades de transmisión sexual, ni por nuestras valoraciones éticas y/o legales<sup>31</sup>. Entonces tendríamos por ejemplo; a un ginecólogo que haría tal vez algo más allá de un examen de rutina, tal vez haría un examen placentero. Por otra parte cuando un hombre cualquiera fuese a realizarse el examen médico para el certificado de salud, este no asista por la intención natural de chequearse o de obtener el permiso para luego solicitar un empleo, sino que lo haga porque sabe que alguien le observará y/o tocará su pene por un rato. Tal vez desde allí asista a la consulta más de una vez. O una maestra que enseñe algo más interesante que lo escrito en los libros.

No me refiero a que nos convirtamos en una especie de perros, pero sería interesante que no nos convirtiéramos en lo que somos, unos reprimidos sexuales. Sería interesante por ejemplo que cuando una mujer se coloque una ropa sexi y salga a la calle, esta sepa conscientemente, que salió a buscar un hombre o una mujer para tener relaciones sexuales. Imaginen tan sólo un diálogo como este:

- Señorita, ¿sería usted tan amable de permitirme que le toque el culo?,

- bueno, no sé, que cree usted que deba hacer, ¿no le parece un poco atrevida su propuesta? – Tal vez pero es lo que deseo hacer en este momento, y por más extraño y anormal que le parezca por lo menos le estoy pidiendo permiso,

- tiene usted razón. Pero ¿cómo lo va a hacer?

- bueno he pensado hacerlo rápido y suavemente para que las demás personas de la cola no se enteren, ¿Qué opina usted?

- está bien puede hacerlo?

<sup>31</sup> Debo aclarar que todo esto no suena tan utópico, pues en muchas culturas indígenas la sexualidad opera de manera natural. Por supuesto su sociedad no es una sociedad zoológica (en términos de Desmond Morris en su libro el zoo humano) como la nuestra.

Recordemos que nuestra sociedad es en esencia antinatural y que por lo tanto la mayoría de las cosas que hacemos van en contra de nuestra propia condición humana, en tal sentido una sociedad que permita de forma más libre manifestar sus impulsos sexuales, tal vez sea nuestra mayor cura.<sup>32</sup>

## **ORGASMO CONCLUSIONES**

Con lo del título de arriba por lo menos intento acabar en buen término con esto. Debe decir que desde el mismo instante en el que me autoimpuse este texto, existió en y desde mí una gran discusión, dado que todos sabemos que humor y teoría no se llevan, tan es así que cuando intentamos hablar en serio desde el buen humor, nadie nos cree y cuando intentamos explicar y argumentar el humor, nadie se ríe, es en tal sentido que ya el sólo hecho de intentar escribir unas líneas que vinculen de una forma más o menos armónica humor/sexualidad y teoría, es y será siempre un gran atrevimiento y un reto que sólo los lectores dirán si hemos o no superado. En consecuencia esperamos que se rían de nuestras teorías y encuentren alguna coherencia en nuestros textos humorísticos. Si no habremos logrado el efecto **sexólogo**<sup>33</sup> en este trabajo. En conclusión tal vez no logré nada de lo esperado. Allí les dejo este regalo y les deseo unas muy felices confusiones

---

<sup>32</sup> Quizás sólo encontremos los baños públicos un poco más concurridos de lo habitual.

<sup>33</sup> Trabajan donde los demás se divierten, y por lo general son muy buenos en la teoría y pocos diestros en la práctica.

## **REFERENCIAS**

Autores, Varios. Humor con humor se paga. Editorial el perro y la rana. Caracas. Venezuela. 2011.

Bergson, Henri. La Risa. Ensayo sobre el significado de la comicidad. Colección Exhumaciones. Ediciones Godot. Buenos Aires Argentina. 2011

Gergen, Kenneth. Construccinismo social. Aportes para el debate y la práctica. Universidad de los Andes Facultad de ciencias sociales. Departamento de Psicología. Bogotá Colombia. 2007.

## **TÍTULO**

Sexualidad y afecto en la vejez.

Este es un libro para profesionales de la educación y la salud y para buenos lectores de cualquier edad.

Con él pretendemos ayudar a las personas mayores de cincuenta años a conocer, comprender y manejar con inteligencia emocional los cambios fisiológicos, afectivos, mentales y comportamentales que afectan a la su biografía sexual y amorosa.

Una etapa de la vida muy larga, la más larga para bastantes personas, en la que, en contra de lo que se nos decía, la vida sexual y amorosa sigue siendo muy importante, aun siendo muy diferente de unas personas a otras.

Algunas capacidades declinan, pero otras se mantienen o mejoran: los afectos sexuales (Deseo, Atracción y Enamoramiento) y los sociales (Apego, Amistad y Cuidados) permanecen abiertos toda la vida, de forma que siempre es posible amar y ser amado, es, en realidad, lo que más necesitamos.

Nuestra propuesta parte de un concepto de sexualidad científicamente fundamentado y abierto al hecho más sobresaliente de la

## **AUTOR**

Félix López Sánchez

## **EDITORIAL**

Piramide. Madrid. 2012.

sexualidad humana: la posibilidad de tomar decisiones, porque la sexualidad humana no es solo instintiva, sino que está en el reino de la libertad. Podemos y debemos tomar decisiones sobre nuestra vida sexual y amorosa y hay muchas formas saludables de vivir esta dimensión humana de forma saludable. Por eso, rechazamos el modelo represivo que niega el derecho de las personas mayores no casadas heterossexualmente a vivir la sexualidad y los afectos amorosos, pero también el modelo que prescribe la obligación de tener determinadas actividades sexuales.

En este libro se ofrecen conocimientos que ayudarán a cada persona a convertirse en el guionista y actor principal de su biografía sexual y amorosa, animándola a que se responsabilice de su propio bienestar y el de su pareja, si fuera le caso.

Vivir la madurez y vejez de forma activa y positiva, seguir cantando la vida mientras tengamos voz, amando mientras el corazón no se pare, gozando de lo bueno que nos puede dar la vida, viviendo, en definitiva.

“Y luego amar, y luego ver que la vida avanza  
plena de abiertos años y plena de colores  
sin final, no cerrada al Sol por ningún muro”

(Rafael Alberti)

## AGENDA

### Eventos 2013

Marzo 2013 – 4-7

CONGRESO MUNDIAL SALUD SEXUAL DE LA MUJER

Lima. Perú

<http://www.wmh.2013.com>

Mayo 2013 – 4-8

AUA (American Urological Association) Annual Meeting

San Diego. California. USA

<http://www.auanet>

Mayo 2013

IV JORNADAS SEXO, AMOR Y FAMILIA

Coro-Punto Fijo. Venezuela

<http://www.nuevodia.com>

Mayo 2013 – 18-22

CONGRESO ANUAL ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA

San Francisco. California. USA

<http://www.psych.org>

Junio 2013 – 14-15

2º CONGRESO ARGENTINO DE SEXOLOGIA Y EDUCACION SEXUAL. FESEA – 5<sup>as</sup>

JORNADAS NACIONALES DE SEXOLOGIA Y EDUCACION SEXUAL DE ARESS

Rosario. Argentina

<http://www.flases.net>

Junio 2013 – 21-22

I JORNADA SALUD SEXUAL SEMERGEN

Valencia. España

<http://www.jornadassaludsexual.com>

Junio-Julio 2013 – 29-3

CONGRESO MUNDIAL PSIQUIATRIA SOCIAL

Lisboa. Portugal

<http://www.wasp.2013.com>

Agosto 2013 – 28-31

XII CONGRESO SLAMS (Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual)

Cancún. México

<http://www.SLAMs.2013.org>



Septiembre 2013 – 8-12  
XXXIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE UROLOGIA  
Vancouver. Canadá  
<http://www.siu-urology.org>

Septiembre 2013 – 21-24  
XVIII CONGRESO DE LA WAS (ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH)  
Porto Alegre (Brasil)  
<http://www.2013.was.com>

Octubre 2013 – 23-26  
CONGRESO PATOLOGIA DUAL  
Barcelona. España  
<http://www.cipd2013.com>

Noviembre 2013 – 8-9  
XIV JORNADAS DE SEXOLOGIA Y EDUCACION SEXUAL-SASH  
Buenos Aires. Argentina

Noviembre 2013 – 8-10  
CONGRESO MUNDIAL DE SEXOLOGIA MEDICA  
Málaga, España  
<http://www.congresomundialdesexologia.com>

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

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

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

### **NORMAS GENERALES**

- Carta de presentación
- Primera página

### **NORMAS ESPECIFICAS POR SECCIONES**

-EDITORIALES

-ORIGINALES

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

-REVISIONES

-DERECHOS SEXUALES

-ARTÍCULOS ESPECIALES (con distinta denominación según contenido) :

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

-REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA

-CARTAS AL DIRECTOR

-SERVICIO BIBLIOGRÁFICO (SPA)

-BOLETÍN INFORMATIVO (SPA)

- Noticias nacionales e internacionales

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

### **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

- Tablas y Figuras
- Bibliografía
- Listado de comprobación

### **NORMAS GENERALES**

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

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

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

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

## **CARTA DE PRESENTACIÓN**

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

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

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

## **PRIMERA PÁGINA**

La primera página del texto debe incluir:

-Título del artículo en castellano e inglés.

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

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

-Titulación académica de los autores (opcional)

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

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

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

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

## **NORMAS ESPECÍFICAS POR SECCIONES**

### **EDITORIALES**

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

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

## **ORIGINALES**

### **ESTUDIOS ORIGINALES**

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

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

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

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

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

### **Resumen**

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

Debe incluir el **título del trabajo**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Texto**

Se recomienda la redacción en impersonal.

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

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

#### **-Introducción**

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

#### **-Material y métodos.**

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

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

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

#### **-Resultados**

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

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

#### **-Discusión**

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

#### **-Agradecimientos**

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

#### **-Bibliografía**

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

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

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

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

### **Material informático adicional**

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

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

### **COMENTARIOS A ORIGINALES**

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

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

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



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

### **ORIGINALES BREVES**

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

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

### **CASOS CLÍNICOS**

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

La estructura del texto será la siguiente:

**-Introducción**

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

**-Discusión y conclusiones.**

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

## **PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

-Carta de presentación (ver normas generales)

-Primera página (ver normas generales)

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

-Resumen

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

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

El texto debe estructurarse en los siguientes apartados:

### **Introducción**

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

### **Objetivos**

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

### **Método**

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

### **Discusión**

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

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

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

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

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

## **REVISIONES**

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

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

### **DERECHOS SEXUALES**

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

### **ARTICULOS ESPECIALES**

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

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

(con distinta denominación según contenido) :

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

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

### **REFLEXIONES EN SEXOLOGÍA**

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

- Carta de presentación

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

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

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

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

### **CARTAS AL DIRECTOR**

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

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

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

La estructura de los trabajos debe ser la siguiente:

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

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

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

### **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

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

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

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

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

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

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

### **-FOTOGRAFIAS**

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

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

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

### **-BIBLIOGRAFIA**

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

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

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

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

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

### **Revista**

#### 1) Artículo ordinario .

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

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

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

#### 2) Autor corporativo

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

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

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

#### 4) Suplemento de un volumen

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

#### 5) Suplemento de un número

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

#### 6) Número sin volumen

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

#### 7) Indicación del tipo de artículo

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

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

#### 8) Trabajo en prensa

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

### **Libros y otras monografías**

#### 9) Autores personales

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

#### 10) Editores o recopiladores como autores

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

#### 11) Capítulo de un libro

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

#### 12) Actas de reuniones

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

### **Material electrónico**

#### 13) CD-ROM

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

#### 14) Artículos de revistas en Internet

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

#### 15) Monografías en Internet

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

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



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

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

### **GENERAL GUIDELINES**

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

### **SPECIFIC GUIDELINES PER SECTION**

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

### **SUPPLEMENTAL INFORMATION**

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

### **GENERAL RULES**

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

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

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

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

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

Manuscripts must have the following structure:

-Introductory letter.

-Title page.

-Core of the work according to the section guidelines.

The Editorial Board will notify the reception of all manuscripts and will assign a code to each one.

The Editorial Board may reject any manuscript not considered appropriate, and may suggest any modifications considered appropriate, and shall not be held responsible for any material that has been rejected, once the decision has been communicated to the authors.

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

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

### **INTRODUCTORY LETTER**

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

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

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

### **TITLE PAGE**

The title page must include:

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

### **Abstract**

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

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

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

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

## **SPECIFIC GUIDELINES FOR SECTIONS**

### **EDITORIALS**

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

**Maximum number of authors: 2.**

The structure of the study shall be as follows:

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

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

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

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

**Maximum reference number:** 12.

## **ORIGINALS**

### **ORIGINAL STUDIES**

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

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

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

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

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

### **Abstract**

An abstract in Spanish and English must be included.

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

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

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

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

### Text

Impersonal style recommended.

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

Times New Roman type 12 cpi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Additional computer material**

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

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

## **COMMENTARIES TO ORIGINAL WORKS**

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

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

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

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

## **SHORT ORIGINALS**

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

**Maximum number of authors: 6.**

The manuscript shall have the following structure:

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

Each section must start on a new page.

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

Results and Conclusions.

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

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

- Results
- Discussion and conclusions

**Maximum number of references: 6.**

### **CLINICAL CASES**

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

**Maximum author number: 6.**

The manuscript structure will be as follows:

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

Each section must start on a new page.

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

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

**Maximum number of references: 6.**

### **RESEARCH PROJECTS**

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

**Maximum author number: 6.**

Manuscripts must have the following structure:

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

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

The text must contain the following sections:



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

**Maximum reference number:** 20.

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

### **UPDATES ON SEXOLOGY**

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

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

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

**Maximum number of authors:** 6.

Manuscripts must have the following structure:

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

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

**Maximum reference number:** 50.

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

### **PUBLICATIONS REVIEWS**

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

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

**Maximum number of authors: 6.**

Manuscripts must have the following structure:

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

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

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

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

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

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

### **REFLECTIONS ON SEXOLOGY**

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

The maximum number of authors is 3.

The manuscript must have the following structure:

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

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

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

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

**Maximum reference number:** 12.

### **SEXUAL RIGHTS**

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

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

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

### **LETTERS TO THE EDITOR**

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

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

**Maximum number of authors:** 4.

The manuscript must have the following structure:

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

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

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

## **SUPPLEMENTAL INFORMATION**

### **Tables and figures**

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

Tables must be simple and must not duplicate information contained in the main text. Must have a brief title explaining its contents. Must have a simple structure, and the information must follow a logical format, ordered from left to right and from top to bottom. Lines and columns must have short or abbreviated headings, identifying its contents. If the table were to hold more than one page, headings must be repeated on each new page.

Punctuation, abbreviations, units and decimalls on numeric data must remain coherent throughout. Only significant digits must be written. If abbreviations or symbols are not self understood, they must be explained as a footnote. If data not evolved from the study is included, its source must be reflected as a footnote.

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

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

**Figures** must be used only if there is no other format to clearly explain the information obtained.

Data appearing elsewhere must not be presented in this format.

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

### **Photographs**

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

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

### **References**

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

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

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

The following are examples of reference formats:

### **Journal**

#### 1) Regular article.

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

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

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

#### 2) Corporative author.

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

#### 3) Author's name not indicated.

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

#### 4) Supplement to a volume.

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

#### 5) Supplement to an issue.

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

#### 6) Issue without volume.

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

#### 7) Indication of article type.

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

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

8) Work currently under print.

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

### **Books and other monographs**

9) Personal authors.

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

10) Editors or compilers as authors.

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

11) Book chapter.

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

12) Meeting proceedings.

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

### **Electronic material**

13) CD-ROM.

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

14) Internet journal articles.

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

15) Internet monographs.

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

### **Ethical aspects**

- The journal “**De Sexología**” does not accept previously published material.

- Authors are responsible for obtaining required permissions to partially reproduce (texts, tables, figures, etc.) of other publications, as well as to quote their source. Such permission will be asked of both authors and editorial company that published the material.
- The opinions expressed in the articles published are exclusively of the authors of the publication. *Sexología Integral* holds an independent opinion.
- The journal may exert the right to introduce modifications on a given article.

# BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

**TARIFA DE SUSCRIPCIÓN ANUAL:**           **Gratuito**

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