

Autoinformes como instrumento de evaluación en **Sexología** **Clínica**

Juan Carlos Sierra
Pablo Santos-Iglesias
Pablo Vallejo-Medina
Nieves Moyano



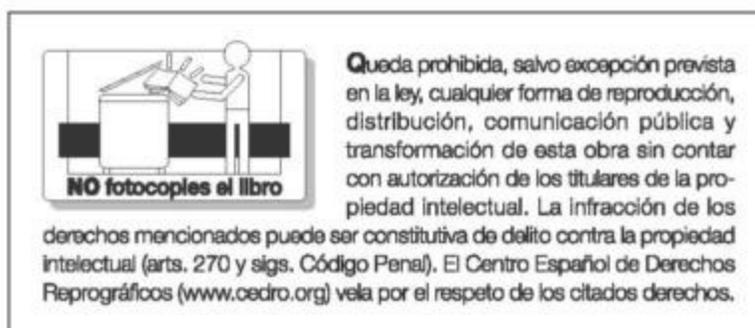

EDITORIAL
SÍNTESIS

Autoinformes como instrumento de evaluación en Sexología Clínica

Consulte nuestra página web:

www.sintesis.com

En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Autoinformes como instrumento de evaluación en Sexología Clínica

Juan Carlos Sierra Pablo Santos-Iglesias Pablo Vallejo-Medina Nieves Moyano



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos, en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Juan Carlos Sierra
Pablo Santos-Iglesias
Pablo Vallejo-Medina
Nieves Moyano

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-907753-3-2

Impreso en España- Printed in Spain

Índice

Prólogo

1. Introducción

1.1. Uso de los autoinformes en los ámbitos de intervención e investigación

1.2. Problemas y limitaciones

1.2.1. Distorsión intencionada

1.2.2. Limitaciones de la memoria

1.2.3. Dificultad al estimar la respuesta

1.2.4. Criterios de calidad psicométrica

1.3. Clasificación de los autoinformes en Sexología Clínica

2. Autoinformes para evaluar conocimientos y actitudes sexuales

2.1. Introducción

2.2. Escala de Evaluación de Conocimientos y Actitudes Sexuales (ECAS)

2.2.1. Descripción

2.2.2. Propiedades psicométricas

2.2.3. Referencias

2.3. Escala de Conocimientos sobre Sexualidad en la Vejez (Aging Sexual Knowledge Scale, ASKS)

2.3.1. Descripción

2.3.2. Propiedades psicométricas

2.3.3. Referencias

2.4. Batería Exploratoria de Sexualidad (BES-111. Actitudes)

[2.4.1. Descripción](#)

[2.4.2. Propiedades psicométricas](#)

[2.4.3. Referencias](#)

[2.5. Encuesta de Opinión Sexual \(Sexual Opinion Survey, SOS\)](#)

[2.5.1. Descripción](#)

[2.5.2. Propiedades psicométricas](#)

[2.5.3. Referencias](#)

[2.6. Inventario de Culpabilidad Sexual de Mosher Revisado \(Revised Mosher Sex Guilt Inventory, R-MSGI\)](#)

[2.6.1. Descripción](#)

[2.6.2. Propiedades psicométricas](#)

[2.6.3. Referencias](#)

[2.7. Inventario de Actitudes Negativas hacia la Masturbación \(Negative Attitudes Toward Masturbation Inventory, NAMI\)](#)

[2.7.1. Descripción](#)

[2.7.2. Propiedades psicométricas](#)

[2.7.3. Referencias](#)

[2.8. Índice Hurlbert de Fantasías Sexuales \(Hurlbert Index of Sexual Fantasy, HISF\)](#)

[2.8.1. Descripción](#)

[2.8.2. Propiedades psicométricas](#)

[2.8.3. Referencias](#)

[2.9. Escala de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez \(Aging Sexual and Attitudes Scale, ASAS\)](#)

[2.9.1. Descripción](#)

[2.9.2. Propiedades psicométricas](#)

[2.9.3. Referencias](#)

[2.10. Escala de Doble Moral \(Double Standard Scale, DSS\)](#)

[2.10.1. Descripción](#)

[2.10.2. Propiedades psicométricas](#)

[2.10.3. Referencias](#)

[2.11. Escala de Actitud Favorable hacia la Violación \(Rape Supportive Attitude Scale, RSAS\)](#)

[2.11.1. Descripción](#)

[2.11.2. Propiedades psicométricas](#)

[2.11.3. Referencias](#)

[2.12. Aceptación de Mitos Modernos hacia la Agresión Sexual \(Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression, AMMSA\)](#)

[2.12.1. Descripción](#)

[2.12.2. Propiedades psicométricas](#)

[2.12.3. Referencias](#)

[2.13. Escala de Homofobia Moderna \(Modern Homophobia Scale, MHS\)](#)

[2.13.1. Descripción](#)

[2.13.2. Propiedades psicométricas](#)

[2.13.3. Referencias](#)

[3. Autoinformes para evaluar el funcionamiento sexual](#)

[3.1. Introducción](#)

[3.1.1. Prevalencia de las disfunciones sexuales](#)

[3.1.2. Variables biosociopsicosexuales relacionadas con el funcionamiento sexual](#)

[3.1.3. Tipos de autoinformes para evaluar el funcionamiento sexual](#)

[3.2. Funcionamiento Sexual Global \(Global Sexual Functioning, GSF\)](#)

[3.2.1. Descripción](#)

[3.2.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.2.3. Referencias](#)

[3.3. Cuestionario de Funcionamiento Sexual-Hospital General de Massachusetts \(Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire, MGH-SFQ\)](#)

[3.3.1. Descripción](#)

[3.3.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.3.3. Referencias](#)

[3.4. Inventario Breve de Función Sexual \(BriefSexualFunction Inventory, BSFI\)](#)

[3.4.1. Descripción](#)

[3.4.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.4.3. Referencias](#)

[3.5. Índice de Función Sexual Femenina \(IFSF\) \(Female Sexual Function Index, FSFI\)](#)

[3.5.1. Descripción](#)

[3.5.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.5.3. Referencias](#)

[3.6. Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual-Forma Reducida \(Changes in Sexual Functioning Questionnaire-BriefForm, CSFQ-14\)](#)

[3.6.1. Descripción](#)

[3.6.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.6.3. Referencias](#)

[3.7. Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria al Tratamiento con Psicofármacos \(Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire, PRSex-DQ\)](#)

[3.7.1. Descripción](#)

[3.7.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.7.3. Referencias](#)

[3.8. Inventario de Interacción Sexual \(Sexual Interaction Inventory, SII\)](#)

[3.8.1. Descripción](#)

[3.8.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.8.3. Referencias](#)

[3.9. Test de Deseo Sexual Inhibido \(TDSI\)](#)

[3.9.1. Descripción](#)

[3.9.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.9.3. Referencias](#)

[3.10. Inventario de Deseo Sexual \(Sexual Desire Inventory, SDI\)](#)

[3.10.1. Descripción](#)

[3.10.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.10.3. Referencias](#)

[3.11. Índice Internacional de Función Eréctil \(International Index of Erectile Function, IIEF\)](#)

[3.11.1. Descripción](#)

[3.11.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.11.3. Referencias](#)

[3.12. Inventario de Excitación Sexual-Ampliado \(Sexual Arousability Inventory-Expanded, SAI-E\)](#)

[3.12.1. Descripción](#)

[3.12.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.12.3. Referencias](#)

[3.13. Escalas de Inhibición y Excitación Sexual \(Sexual Inhibition and Sexual Excitation Scales, SIS/SES\)](#)

[3.13.1. Descripción](#)

[3.13.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.13.3. Referencias](#)

[3.14. Inventario de Excitación Sexual/Inhibición Sexual para Mujeres \(Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory for Women, SESII-W\)](#)

[3.14.1. Descripción](#)

[3.14.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.14.3. Referencias](#)

[3.15. Escalas de Inhibición y Excitación Sexual-Forma Breve \(Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales-Short Form, SIS/SES-SF\)](#)

[3.15.1. Descripción](#)

[3.15.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.15.3. Referencias](#)

[3.16. Escala de Calificación del Orgasmo \(Orgasm RatingScale, ORS\)](#)

[3.16.1. Descripción](#)

[3.16.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.16.3. Referencias](#)

[3.17. Índice de Satisfacción Sexual \(Index of Sexual Satisfaction, ISS\)](#)

[3.17.1. Descripción](#)

[3.17.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.17.3. Referencias](#)

[3.18. Cuestionario del Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual \(Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire, IEMSSQ\)](#)

[3.18.1. Descripción](#)

[3.18.2. Propiedades psicométricas](#)

[3.18.3. Referencias](#)

[4. Autoinformes para evaluar otras variables relevantes en Sexología Clínica](#)

[4.1. Introducción](#)

[4.2. Escala de Ensoñaciones Sexuales \(Sexual DaydreamingScale, SDS\)](#)

[4.2.1. Descripción](#)

[4.2.2. Propiedades psicométricas](#)

[4.2.3. Referencias](#)

[4.3. Cuestionario de Fantasías Sexuales \(Sex Fantasy Questionnaire, SFO\)](#)

[4.3.1. Descripción](#)

[4.3.2. Propiedades psicométricas](#)

[4.3.3. Referencias](#)

[4.4. Listado de Pensamientos Sexuales \(Sexual Cognitions Checklist, SCC\)](#)

[4.4.1. Descripción](#)

[4.4.2. Propiedades psicométricas](#)

[4.4.3. Referencias](#)

[4.5. Índice Hurlbert de Asertividad Sexual \(Hurlbert Index of Sexual Assertiveness, HISA\)](#)

[4.5.1. Descripción](#)

[4.5.2. Propiedades psicométricas](#)

[4.5.3. Referencias](#)

[4.6. Escala de Asertividad Sexual \(Sexual Assertiveness Scale, SAS\)](#)

[4.6.1. Descripción](#)

[4.6.2. Propiedades psicométricas](#)

[4.6.3. Referencias](#)

[4.7. Inventario de Conducta Sexual Agresiva \(Aggressive Sexual Behavior Inventory, ASBI\)](#)

[4.7.1. Descripción](#)

[4.7.2. Propiedades psicométricas](#)

[4.7.3. Referencias](#)

[4.8. Encuesta de Experiencias Sexuales \(Sexual Experiences Survey, SES\)](#)

[4.8.1. Descripción](#)

[4.8.2. Propiedades psicométricas](#)

[4.8.3. Referencias](#)

[4.9. Índice de Abuso de la Pareja \(Index of Spouse Abuse, ISA\)](#)

[4.9.1. Descripción](#)

[4.9.2. Propiedades psicométricas](#)

[4.9.3. Referencias](#)

[4.10. Escala de Autoestima Sexual \(Sexual Self-Esteem Scale, SSES\)](#)

[4.10.1. Descripción](#)

[4.10.2. Propiedades psicométricas](#)

[4.10.3. Referencias](#)

[4.11. Escala de Ajuste Diádico \(Dyadic Adjustment Scale, DAS\)](#)

[4.11.1. Descripción](#)

[4.11.2. Propiedades psicométricas](#)

[4.11.3. Referencias](#)

[a](#)

Prólogo

La obra *Autoinformes como instrumento de evaluación en Sexología Clínica* de Juan Carlos Sierra, Pablo Santos-Iglesias, Pablo Vallejo-Medina y Nieves Moyano constituye un hito en el campo de la Sexología en España y en todo el ámbito de la lengua española.

El libro es una recopilación exhaustiva de instrumentos de autoinforme en varias áreas de la sexualidad, prestando especial atención a la evaluación en Sexología Clínica. Esta obra se muestra de gran utilidad para todos los que trabajan e investigan en el área de la Sexología, desde los que lo hacen en el ámbito clínico y necesitan utilizar instrumentos de evaluación traducidos y validados en su lengua y población, hasta aquellos que se dedican al campo de la investigación y deben elegir entre las múltiples medidas existentes las que mejor se adapten a sus objetivos de estudio.

La importancia de este libro es tanto mayor en cuanto que, por desgracia, gran parte de la práctica en la evaluación psicológica, y muy especialmente en la evaluación sexológica, se fundamenta en medidas de autoinforme (cuestionarios, escalas e inventarios) que no están traducidos y adaptados para poblaciones específicas de cada país, o para los que no existen estudios psicométricos que pueden avalar su fiabilidad y validez. Por otra parte, existe todavía un gran déficit de información y de comunicación acerca de la existencia de cuestionarios traducidos, adaptados y validados, coexistiendo en ocasiones diferentes versiones traducidas de instrumentos desarrollados originalmente en otros idiomas, lo cual complica enormemente el trabajo de selección por parte de los sexólogos y de los investigadores. Otro problema habitual es la proliferación de autoinformes desarrollados para evaluar constructos similares. Aunque, habitualmente, la existencia de diferentes cuestionarios para evaluar constructos similares es consecuencia de diferentes perspectivas teóricas del propio constructo, o incluso diferentes dimensiones del mismo, también es común que el exceso de autoinformes sea consecuencia del desconocimiento de la existencia de medidas validadas que evalúen los constructos que se pretenden medir.

En este sentido, la publicación, lo más exhaustiva posible, de medidas de autoinforme validadas en una determinada población cumple un importante papel, permitiendo el conocimiento y la selección más adecuada de los instrumentos de evaluación sexológica en el ámbito clínico y de la investigación, y facilitando de esta manera la mejora de la calidad de la intervención y la investigación en esta área.

La obra se divide en cuatro capítulos principales. El primer capítulo es una introducción al uso de medidas de autoinforme en la intervención e investigación en Sexología, donde se incluyen cuestiones acerca de los problemas y limitaciones en el uso de estas medidas de evaluación, como la distorsión intencional, los límites de la memoria,

la dificultad de decisiones de respuesta o aspectos referidos a la calidad psicométrica. Los tres capítulos restantes presentan de forma exhaustiva los autoinformes adaptados y validados para la población española, organizados en tres grandes temáticas: la evaluación de los conocimientos y las actitudes sexuales (capítulo 2), la evaluación del funcionamiento sexual (capítulo 3) y la evaluación de otras variables relevantes en Sexología Clínica (capítulo 4).

En el segundo capítulo, los autores describen 12 medidas de autoinforme para evaluar los conocimientos y actitudes sexuales, incluyendo temas tan diversos como la doble moral sexual, la homofobia, las actitudes hacia la agresión sexual, la sexualidad en la tercera edad, la masturbación, las fantasías sexuales o la culpabilidad sexual. En el tercer capítulo, los autores presentan 17 escalas de autoinforme que evalúan diferentes aspectos del funcionamiento sexual masculino y femenino (incluyendo medidas de funcionamiento global y medidas más específicas que evalúan el deseo, la excitación o el orgasmo), así como variables asociadas como la satisfacción sexual, la interacción sexual o la propensión a la excitación e inhibición sexual. En el cuarto capítulo se presentan 10 medidas que evalúan dimensiones de la sexualidad útiles en la evaluación e intervención en Sexología Clínica, incluyendo escalas de fantasías y pensamientos sexuales, índices de asertividad y de comportamientos sexuales agresivos y abuso del compañero sexual, o escalas de autoestima sexual y ajuste diádico.

En todas las escalas presentadas, los autores hacen una descripción y una contextualización de los constructos que son objeto de evaluación, aluden a su estructura factorial, proporcionan información detallada sobre las características psicométricas de las versiones originales y de las versiones traducidas y adaptadas a la población española, y termina con la inclusión de referencias bibliográficas básicas para cada autoinforme.

En resumen, la obra de Sierra, Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Moyano es una referencia que se ha de tener en cuenta y que será de gran utilidad para todos los que trabajan e investigan en el área de la Sexología en el ámbito de la lengua española.

Pedro Nobre

Director del Laboratório de Investigacáo em Sexualidade Humana (SexLab)

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educacáo,

Universidade do Porto, Portugal

1

Introducción

La evaluación de la conducta sexual presenta unas connotaciones singulares que la hacen diferente de la de otros comportamientos del ser humano. La sexualidad forma parte de la esfera más íntima de la persona, por lo que obtener información fidedigna acerca de ella puede resultar una tarea complicada en ocasiones, pues muchas de sus manifestaciones no son necesariamente públicas. Además, la conducta sexual suele estar especialmente impregnada de criterios éticos, morales o religiosos que se deben tener en cuenta cuando se plantea el objetivo de examinar este tipo de comportamientos, pues estos valores pueden afectar a la validez de la información recogida. En el caso de la Sexología Clínica, estas cuestiones cobran mayor relevancia si cabe, pues si ya de por sí puede ser complicado obtener información acerca de la sexualidad de personas sanas, estas dificultades se acrecientan cuando se abordan los problemas o trastornos sexuales. En estos casos, a la peculiaridad de la intimidad de estas conductas habría que añadir la dimensión de sufrimiento y ansiedad que va asociada al padecimiento de un trastorno sexual.

El profesional de la salud o el investigador en sexualidad humana dispone de diversas técnicas para evaluar la conducta sexual. Algunas de ellas recogen la información de forma directa, como es el caso de la observación o los registros psicofisiológicos, mientras que otras lo hacen a través de la información que proporciona el propio sujeto evaluado, tal como ocurre con las entrevistas, los autorregistros o los autoinformes en cualquiera de sus modalidades (inventarios, cuestionarios o escalas). Las técnicas de evaluación directas suelen ser más costosas que los autoinformes, tanto a nivel económico como de esfuerzo exigido, y pueden vincularse a algunos problemas, especialmente en el caso de la observación, debido a la dificultad de acceso a este tipo de conductas por parte de un observador externo y, en el caso de hacerlo, es muy probable que se produjesen efectos graves de reactividad, es decir, que se inhibiese la conducta sexual por el simple hecho de que el individuo se sintiese observado, por lo que la información recogida acerca de esta conducta no sería válida. De todos modos en la literatura científica hay evidencias acerca del uso de esta técnica como es el caso de los trabajos pioneros de Masters y Johnson en la década de los años sesenta del pasado siglo, quienes observaron a un elevado número de sujetos realizando actividades sexuales en pareja o de forma individual, con el fin de examinar sus respuestas sexuales. En otras ocasiones, se ha filmado (o autofilmado) la actividad sexual de los pacientes con la finalidad de ser analizada posteriormente.

Los registros psicofisiológicos de la respuesta sexual constituyen una metodología

mucho más utilizada que la observación, especialmente en el área de la investigación. Básicamente, estos registros inciden en dos de los procesos psicofisiológicos más relevantes producidos durante la respuesta sexual: la vasocongestión y el incremento del tono muscular en las zonas genitales. En el caso del hombre, la pletismografía permite identificar el grado de erección alcanzado reflejado en forma de medida de la circunferencia del pene y de su rigidez. En la respuesta sexual femenina, la fotopletismografía posibilita evaluar el grado de vasocongestión vaginal asociada a la excitación sexual. La intensidad del tono muscular se registraría con un electromiógrafo, capaz de detectar la tensión del músculo pubococcigeo. La relevancia de este tipo de evaluación radica en que no siempre el individuo es consciente de las reacciones genitales que se producen durante la conducta sexual, adquiriendo esta cuestión una relevancia fundamental en el caso de las mujeres, pues hay evidencias cada vez más sólidas acerca de la falta de correlación entre la información subjetiva proporcionada por la mujer de forma autoinformada acerca de sus reacciones sexuales y la adquirida mediante registros psicofisiológicos.

El autoinforme constituye uno de los procedimientos de recogida de información más empleados en evaluación psicológica. Hace referencia a la información verbal que una persona aporta acerca de múltiples aspectos de sí misma, pudiendo estos referirse a manifestaciones externas o internas, del presente o del pasado. Por medio de los autoinformes se puede recabar información sobre rasgos de la personalidad, estados emocionales, manifestaciones de la conducta (conductas manifiestas, cogniciones o pensamientos y respuestas psicofisiológicas) y procesos cognitivos, tales como creencias o motivaciones. Tradicionalmente, se han considerado diferentes tipos: entrevista, cuestionarios, inventarios y escalas, y autorregistros. En la entrevista, mediante la interacción de dos o más personas, una de ellas (entrevistador) demanda información de la otra (entrevistado). En el autorregistro, el individuo objeto de evaluación fija su atención en alguna manifestación de la conducta para poder registrarla posteriormente a través de un procedimiento preestablecido. Mientras, en los cuestionarios, inventarios y escalas, el sujeto se enfrenta a un listado de preguntas o afirmaciones a las que debe responder, habitualmente, según un formato dicotómico (p. ej., verdadero/falso o sí-no) o escalar (p. ej., eligiendo el grado de acuerdo en una escala que va desde total mente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, o seleccionando la frecuencia con la que ocurre un determinado hecho en una escala que oscila entre nunca y siempre). Sobre estos últimos se centrará este libro, aludiendo a ellos como autoinformes de forma genérica, aun a sabiendas de que no constituyen la única modalidad de autoinforme, tal como se acaba de señalar.

En el campo de la sexualidad, la entrevista ha sido el pilar central de muchas investigaciones, como fue el caso de los informes de Kinsey, publicados después de la Segunda Guerra Mundial, o más recientemente en la Encuesta Nacional de Salud y Vida Social llevada a cabo en la última década del siglo xx en Estados Unidos. La ventaja de

este instrumento de evaluación frente a otros tipos de autoinformes es que es mucho más flexible y si el entrevistador alcanza una buena empatía con el evaluado puede obtener información que sería más difícil de conseguir mediante otras técnicas, aunque también es cierto que esta falta de anonimato puede tener en ocasiones el efecto contrario, es decir, que el sujeto oculte información o la distorsione. En el ámbito clínico, la entrevista sexual también juega un papel relevante a lo largo del proceso terapéutico, constituyendo habitualmente la primera fuente de información acerca del problema sexual. La mayoría de entrevistas sexuales son semiestructuradas en las que se abordan diferentes áreas relacionadas con el funcionamiento sexual: biológica (enfermedades médicas, tratamientos farmacológicos, niveles hormonales, etc.), psicológica (trastornos de ansiedad, depresión, abusos sexuales, etc.), de pareja (problemas de pareja, conflictos morales, etc.) y sexual (historia sexual, problemas sexuales, etc.). Entre las entrevistas sexuales semiestructuradas destaca la entrevista conductual que busca explicar funcionalmente el problema sexual identificando sus relaciones funcionales con los antecedentes y los factores que lo mantienen, aparte de operativizar la conducta problema a nivel motor, cognitivo y psicofisiológico, realizando un análisis topográfico de la misma, el cual se complementa posteriormente con otras técnicas más específicas como el autorregistro o las escalas. En el ámbito clínico cabría destacar también la existencia de entrevistas sexuales estructuradas como es el caso del Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual (Changes in Sexual Functioning Questionnaire, CSFQ) de Clayton, McGarvey y Clavet (1997) centrado en la evaluación de la respuesta sexual, permitiendo obtener información acerca de placer, deseo sexual, activación sexual y orgasmo. A partir de esta entrevista se desarrollará posteriormente el CSFQ-14, una escala que se describirá en el capítulo 3.

Igual que sucede en cualquier área de la evaluación psicológica, los autoinformes (entiéndase cuestionarios, escalas o inventarios) constituyen una de las técnicas más utilizadas en la evaluación de la sexualidad humana. Si cabe, en el campo de la sexualidad humana cobran aun mayor relevancia, pues otras técnicas de evaluación relevantes en otras áreas, como puede ser la observación, apenas se utilizan en ésta, tal como se ha comentado. En la gran mayoría de ocasiones que se evalúa la conducta sexual (tanto a nivel clínico como en el campo de la investigación), los pacientes/sujetos aportan información acerca de la misma a través de autoinformes. Aunque inicialmente, los términos escala, cuestionario e inventario se utilizaban para nombrar instrumentos con características diferentes, en la actualidad se tienden a emplear de forma indistinta. En principio, el cuestionario haría referencia a un listado de cuestiones o preguntas, por lo que sus ítems estarían formulados entre interrogaciones, mientras que los inventarios y las escalas requieren señalar con qué frecuencia ocurren determinadas situaciones, hechos o conductas.

1.1. Uso de los autoinformes en los ámbitos de intervención e investigación

En el ámbito clínico, los cuestionarios o escalas se emplean como un complemento

imprescindible de la entrevista, pues posibilitan recabar información de manera mucho más precisa y detallada de los comportamientos sexuales de los pacientes. De esta manera se puede profundizar en el análisis de la conducta problema en cuanto a frecuencia, duración o intensidad. Asimismo, y dado que la mayoría de estos instrumentos proporcionan una o varias puntuaciones, posibilitan aportar evidencias empíricas acerca de los resultados de un tratamiento, pues se pueden comparar sus puntuaciones antes y después del mismo. Esta cuestión también es clave en el ámbito de los programas de educación sexual, en donde la eficacia de los mismos se demuestra a partir de los datos cuantitativos aportados por estos instrumentos. Por otro lado, y dado que en el ser humano, a diferencia de otras especies, la mayoría de los estímulos sexuales deben ser procesados cognitivamente para que puedan suscitar una reacción o respuesta sexual, las cogniciones tienen una gran relevancia en la evaluación de la conducta sexual humana. En este caso, los autoinformes cobran especial interés, pues a través de ellos se pueden evaluar las actitudes sexuales, las fantasías sexuales, los pensamientos disfuncionales o autodestructivos, etc.

Por lo que respecta a la investigación en sexualidad humana, los cuestionarios, escalas o inventarios presentan una serie de ventajas frente a la entrevista, las cuales llevan al investigador a optar por ellos en la mayoría de las ocasiones. La práctica totalidad de las investigaciones en Sexología utilizan de forma complementaria o exclusiva autoinformes. Por un lado, el tiempo y esfuerzo en su administración, en general, es mucho menor. Por otro, el hecho de que el encuestado conteste sin estar presente el evaluador (al menos de una forma tan cercana como ocurre en el caso de la entrevista) asegura un mayor anonimato y, por tanto, mayor sinceridad en las respuestas. Por último, al proporcionar información objetiva y cuantitativa existe menos riesgo de que el evaluador distorsione la información recogida. En los últimos años, frente al formato de lápiz y papel, ha cobrado un auge importante el uso de Internet como soporte de administración de los autoinformes. Este procedimiento permite recoger muestras muy amplias con relativamente poco esfuerzo, eliminando totalmente el posible efecto distorsionador de la presencia del evaluador sobre las respuestas, aunque también presenta algunas desventajas como la pérdida de control del evaluador sobre la situación de evaluación o el hecho de que no todas las personas tengan acceso a Internet, especialmente en determinados niveles socioeconómicos.

1.2. Problemas y limitaciones

El frecuente uso que se hace de los autoinformes, tanto en el ámbito de la intervención clínica y programas de salud sexual, como en la investigación, no significa necesariamente que estas técnicas no presenten algunos problemas o limitaciones. Es importante conocerlos para que, en la medida de lo posible, puedan ser minimizados. A continuación se describen algunos de los señalados por Hyde y DeLamater (2006).

1.2.1. Distorsión intencionada

Al responder a un autoinforme, una persona puede intencionadamente distorsionar la realidad, exagerando u ocultando su comportamiento sexual. Esto puede ser debido al intento de dar una imagen deseable de sí mismo o el deseo de proporcionar respuestas que la sociedad espera o acepta. En este sentido, la deseabilidad social y la doble moral sexual pueden afectar de forma significativa a la validez de las respuestas. Así, al contestar, podría ser esperable que las mujeres inhibiesen u ocultasen sus manifestaciones sexuales y que los hombres las magnificasen o exagerasen. La doble moral sexual está todavía muy arraigada en nuestra sociedad (GutiérrezQuintanilla, Rojas-García y Sierra, 2010), por lo que una persona puede distorsionar sus respuestas en este sentido sin apenas darse cuenta o sin ser consciente de ello. El control de este sesgo pasa por insistir a los sujetos evaluados en la importancia que tiene la sinceridad en las respuestas y por asegurar la confidencialidad y/o anonimato de las mismas.

1.2.2. Limitaciones de la memoria

La mayoría de autoinformes pregunta acerca de sucesos pasados. Así, en ocasiones, contestar a un autoinforme requiere recordar aspectos de la sexualidad que han ocurrido hace muchos años como, por ejemplo, la existencia y frecuencia de abusos sexuales en la infancia. Cuanto mayor sea el intervalo temporal entre las respuestas a un autoinforme y los hechos evaluados, mayor será el riesgo de recoger información veraz. Por ello, se recomienda evaluar conductas del pasado próximo, y en el caso de que el autoinforme se refiera a hechos lejanos, que éste sea lo más específico posible.

1.2.3. Dificultad al estimar la respuesta

En muchos autoinformes, especialmente en aquellos con respuestas escalares, el sujeto debe hacer estimaciones acerca de aspectos de la sexualidad que en ocasiones pueden no resultar fáciles. Así, para alguien que conteste a preguntas como las que aparecen en el cuadro 1.1, podría ser realmente complicado estimar la diferencia de respuesta entre la opción 3 o la 4, por ejemplo.

Cuadro 1.1. Ejemplos de ítems con respuesta escalar

Según la siguiente escala:										
Ningún deseo...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	...Fuerte deseo
Quando usted tiene pensamientos sexuales, ¿cómo de fuerte es el deseo de tener actividades sexuales con su pareja?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Quando ve por primera vez una persona atractiva, ¿cómo de fuerte es su deseo sexual?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	

1.2.4. Criterios de calidad psicométrica

Algunos de los autoinformes que se emplean en la evaluación de la sexualidad humana carecen del aval psicométrico necesario que permita obtener información fiable y válida a partir de los mismos. Así, en ocasiones, estos instrumentos de evaluación tienen como única finalidad identificar la presencia de determinadas conductas sexuales o características de las mismas. Tal como señalan Carretero-Dios y Pérez (2005), los autoinformes deben estar necesariamente apoyados por estudios que informen acerca de su dimensionalidad (estructura interna), fiabilidad (consistencia interna y/o test-retest) y evidencias externas acerca de la validez de sus medidas. Por tanto, al seleccionar un cuestionario o escala se deben tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- Si se trata de un instrumento que evalúa una única dimensión (p. ej., actitud hacia las fantasías sexuales) o varias (p. ej., diferentes tipos de fantasías sexuales). Esta cuestión deberá estar avalada por análisis factoriales de la prueba.

Sufiabilidad de consistencia interna u homogeneidad de los ítems, que habitualmente se visualiza a través del coeficiente alfa de Cronbach. Cuando el uso del instrumento se hace con fines clínicos se recomienda un coeficiente de al menos 0,80, el cual podría descender hasta 0,70 cuando los intereses son de investigación. Sería recomendable también, en la medida de lo posible, conocer la fiabilidad test-retest o estabilidad temporal de las puntuaciones obtenidas en dos momentos diferentes.

- Conocer evidencias externas de validez basadas en las correlaciones de sus puntuaciones con un criterio (validez de criterio), otras pruebas similares o constructos que se supone asociados (validez convergente) o variables teóricamente relevantes con las que debería diferenciarse (validez discriminante).

Otra cuestión relevante es la interpretación o significado de la puntuación o puntuaciones obtenidas. Este asunto es clave en el ámbito clínico, pues en estos casos la puntuación debe ser valorada como normal o como indicadora de algún grado de disfuncionalidad. Debido a la dificultad en contar con muestras representativas de la población, son escasos los autoinformes de sexualidad que disponen de baremos para población española. En algunos casos, el especialista dispone a lo sumo de una media y una desviación típica de las puntuaciones de la escala en muestras no demasiado amplias y, por tanto, no representativas. En otras ocasiones, en la literatura publicada sobre el instrumento, ni siquiera se ofrece información sobre estos estadísticos descriptivos.

1.3. Clasificación de los autoinformes en Sexología Clínica

En los últimos años se han publicado centenares de autoinformes que abordan múltiples aspectos de la sexualidad humana. A modo de ejemplo, en la tercera, y última edición

hasta la fecha, del Handbook of Sexuality-Related Measures editado por Fisher, Davis, Yarber y Davis (2011) se describen 218 escalas (108 más que en la primera edición) que evalúan más de 80 dimensiones relacionadas con la sexualidad humana. Sin embargo, en España, un grave problema con el que se encuentran clínicos e investigadores es el escaso número de autoinformes debidamente elaborados, adaptados y/o validados, aunque en los últimos años parece existir un interés creciente por disponer de instrumentos de evaluación con adecuadas propiedades psicométricas en Sexología Clínica.

Con fines didácticos, y con el objetivo de proporcionar una estructura coherente, este libro agrupará en tres grandes apartados (conocimientos y actitudes sexuales, funcionamiento sexual y varios) una serie de autoinformes que disponen de algún tipo de adaptación y/o validación en población española y que pueden ser de interés para profesionales de la salud, investigadores y estudiantes. En primer lugar, se describirán 12 escalas que evalúan conocimientos y actitudes sexuales, tanto hacia la sexualidad en general (p. ej., erotofilia o culpabilidad sexual) como hacia conductas sexuales específicas (p. ej., masturbación o fantasías sexuales) o dimensiones de la sexualidad (p. ej., homosexualidad). La relevancia de estos instrumentos radica en que tanto los conocimientos como las actitudes determinan el comportamiento sexual, por tanto, son variables fundamentales para la comprensión de éste. En segundo lugar, se incluyen 17 instrumentos que evalúan el funcionamiento o respuesta sexual. Algunos de ellos realizan una aproximación general a la respuesta sexual, recabando información de todas sus fases (deseo, excitación, orgasmo y satisfacción sexual) y otros evalúan de forma exclusiva alguna de ellas. Por último, en un tercer bloque se describen 10 autoinformes centrados en aspectos relevantes de la Sexología Clínica, tales como las fantasías sexuales, la asertividad sexual, las conductas sexuales agresivas, o la victimización sexual, la autoestima sexual y el ajuste marital.

Cada uno de los autoinformes será descrito siguiendo una misma estructura. Se comenzará con una breve introducción relativa al constructo evaluado, para a continuación describir el instrumento y presentar sus propiedades psicométricas más relevantes, tanto en su versión original, como en su versión adaptada a población española; se finalizará con un breve listado de referencias básicas relativas al autoinforme en cuestión.

2

Autoinformes para evaluar conocimientos y actitudes sexuales

2.1. Introducción

Entre los objetivos planteados para este milenio por la Asociación Mundial de Sexología y la Organización Mundial de la Salud, en relación con la salud sexual, destaca el acceso universal a la información y educación sexual. De los once derechos sexuales promulgados y auspiciados por estas dos instituciones, dos de ellos, aluden directamente a la información y educación sexual. Por un lado, se plantea el derecho a información basada en el conocimiento científico, es decir, que la información sexual debe estar generada a partir de la investigación científica libre y ética, y ésta debe ser difundida de modo apropiado en todos los niveles sociales. Por otro lado, se postula como un derecho la educación sexual integral, es decir, que la educación sexual constituye un proceso que se inicia con el nacimiento y que dura toda la vida, debiendo involucrarse todas las instituciones sociales. Desgraciadamente, todavía está lejos el momento en que estos derechos alcancen un carácter universal.

Muchos de los problemas sexuales se relacionan directa o indirectamente con un déficit de información sexual, tanto en forma de ausencia o lagunas de conocimientos sexuales, como de presencia de información distorsionada o mitos sexuales. Desafortunadamente, en nuestra sociedad todavía están presentes y mantienen total vigencia muchos mitos relacionados con la sexualidad. A modo de ejemplo, en el estudio de Ortega, Ojeda, Sutil y Sierra (2005) se informa que un 46% de una muestra de adolescentes españoles piensa que el fin principal de la sexualidad es la reproducción, y el 23% consideraba que el sexo oral y la masturbación mutua en la pareja son síntomas de inmadurez y neurosis. En otro estudio realizado entre estudiantes universitarios, un 12,60% de hombres y un 13,10% de mujeres consideraban que es importante que los hombres sean sexualmente experimentados para enseñarle a la mujer (Gutiérrez-Quintanilla et al., 2010). Un pilar básico de una sociedad sexualmente sana es el acceso universal a la educación sexual, sin embargo muchas personas no reciben información o, si lo hacen, es de forma escasa e incluso en ocasiones de manera distorsionada al no estar fundamentada en la evidencia científica.

Tanto al poner en marcha programas de educación sexual como en la misma terapia sexual, el especialista en Sexología tiene la necesidad de evaluar conocimientos sexuales. Para ello, debe contar con herramientas adecuadas y fáciles de aplicar con el fin de conocer el nivel de información sexual que presentan los sujetos. En el contexto de la educación sexual, la evaluación debe ser de carácter procesual y formativa, desarrollándose como un proceso durante la planificación e implementación de un programa, e incluyendo tres fases: evaluación inicial, evaluación del proceso y evaluación final. La evaluación inicial permite diseñar los programas a partir de la información sobre los conocimientos de los destinatarios; la evaluación del proceso proporciona el feedback necesario sobre el desarrollo de los programas de educación sexual: y, por último, la evaluación final, o de los resultados, permite conocer la consecución, o no, de los objetivos planteados. Tanto en la evaluación inicial como en la de resultados se presta especial atención a los conocimientos y a las actitudes sexuales (Lameiras Fernández y Carrera Fernández, 2009).

En estrecha relación con la educación e información sexual se sitúan las actitudes sexuales, las cuales son fruto de la socialización sexual que una persona experimenta a lo largo de su vida. La actitud constituye un pensamiento o creencia acompañado de una importante carga emocional, que va a determinar el comportamiento sexual. Una clara evidencia de que la socialización sexual perfila las actitudes sexuales es el hecho de que la erotofobia-erotofilia está asociada al sexo (las mujeres son más erotofóbicas que los hombres), a la orientación sexual (los bisexuales son más erotofílicos que los heterosexuales) y a la práctica religiosa (las personas que asisten diariamente a actos religiosos son mucho más erotofóbicas que las que no practican ninguna religión) (Sierra, Ortega y Gutiérrez-Quintanilla, 2008).

En el caso de la sexualidad humana, las actitudes sexuales juegan un papel fundamental, pues exceptuando la estimulación directa sobre las zonas erógenas y el papel todavía poco claro de las feromonas, la mayoría de los estímulos sexuales efectivos requieren un procesamiento cognitivo que les confiera un significado sexual. La valoración que se hace de esos estímulos determinará la reacción hacia ellos: si la valoración es positiva, la respuesta será funcional y saludable, pero si la actitud es negativa, se desarrollarán respuestas inhibitorias y deficitarias a nivel sexual. La figura 2.1 muestra cómo las actitudes pueden determinar el resultado final de una actividad sexual; el éxito o fracaso en una relación sexual es la consecuencia de una secuencia en la que las actitudes están presentes al menos en tres momentos. Para que la conducta sexual tenga éxito es necesario realizar una evaluación positiva del estímulo sexual, de la activación sexual y de la conducta sexual; estas evaluaciones dependerán de las actitudes sexuales que presente el individuo.

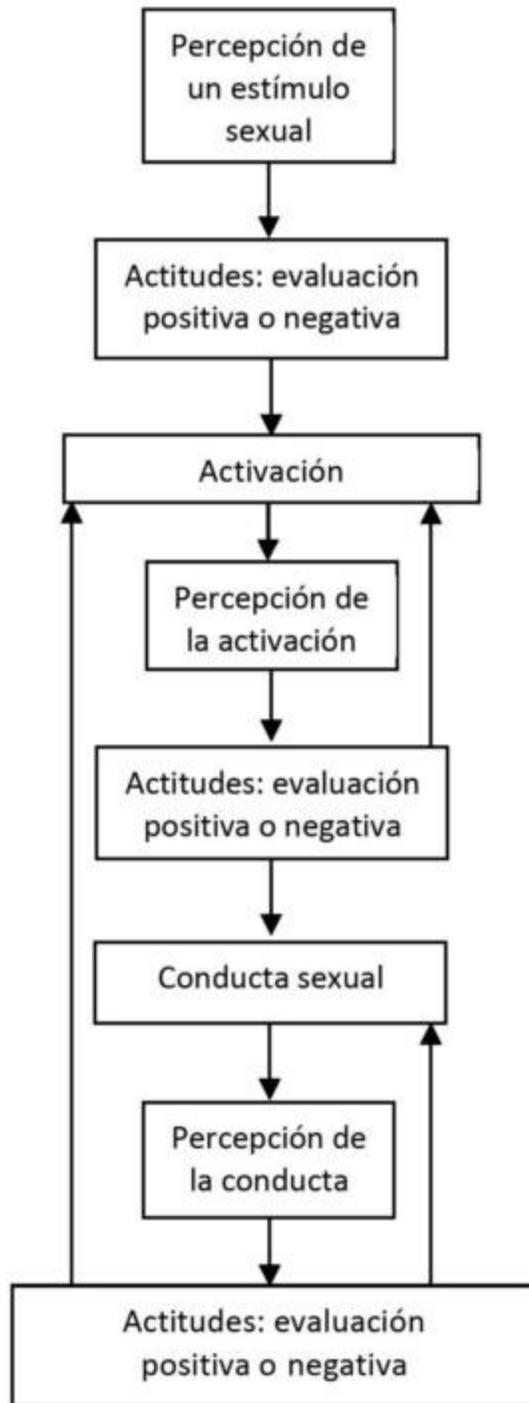


Figura 2.1. Papel de las actitudes en el éxito o fracaso en las relaciones sexuales.

Fruto de la educación sexual recibida y de las experiencias sexuales previas, una persona puede acabar desarrollando actitudes negativas hacia toda la sexualidad en general, es decir, una actitud erotofóbica, o de forma específica, hacia conductas o estímulos sexuales concretos, como por ejemplo la masturbación, las fantasías sexuales, el sexo oral o el material erótico. En el contexto de la terapia sexual, las actitudes sexuales

constituyen un factor clave en el desarrollo de la misma. La mayoría de pacientes con disfunciones sexuales manifiesta actitudes negativas hacia la sexualidad, bien por la educación sexual recibida, bien por sus experiencias previas en el ámbito sexual, especialmente durante la afectación de su respuesta sexual. Un estímulo sexual provoca emociones agradables alcanzándose un mayor nivel de excitación si las experiencias o expectativas ante ese estímulo son o han sido positivas. Sin embargo, si las experiencias o expectativas son negativas es posible que la situación se perciba de forma amenazante, que aparezcan emociones negativas y, como consecuencia, disminuya la excitación. El estudio de Beck, Barlow y Sakheim (1983) ejemplifica perfectamente esta condición cuando, en una situación experimental, los varones sin ninguna afectación de su respuesta sexual alcanzaban su mayor grado de erección cuando el actor de la película erótica que visualizaban también lo alcanzaba, mientras que los sujetos con problemas de erección la perdían precisamente en ese momento como consecuencia de valorar esa situación como demasiado demandante.

Por ello, en el contexto de la terapia sexual es imprescindible la evaluación de las actitudes sexuales, de cara a su modificación o reestructuración. Durante la actividad sexual, el individuo con una disfunción sexual tiende a hacer valoraciones negativas en algún momento del proceso, básicamente durante la percepción del estímulo sexual, de la excitación, de la actividad sexual, etc., con lo cual difícilmente podrá experimentar una respuesta sexual funcional.

Teniendo en cuenta la relevancia que la información y las actitudes sexuales tienen en la sexualidad humana, a continuación se describen algunos autoinformes elaborados para su evaluación. En cuanto a los primeros, los que se centran específicamente en información y conocimientos sexuales, la verdad es que su número es muy escaso, y muchos de ellos ni siquiera entrarían en la categoría de un autoinforme estandarizado, limitándose a un simple listado que permitirá identificar la presencia o ausencia de conocimientos en el ámbito sexual.

En cuanto a las actitudes, y en la línea de lo comentado anteriormente, se hará referencia a escalas que evalúan actitudes hacia la sexualidad en general y hacia aspectos específicos, como pueden ser la masturbación, las fantasías sexuales, la sexualidad en la vejez, la doble moral sexual o la orientación homosexual.

2.2. Escala de Evaluación de Conocimientos y Actitudes Sexuales (ECAS)

<i>Autores:</i>	J. M. Bethencourth Pérez, A. Fumero Hernández, E. Fernández Hernández y R. León Rodríguez
<i>Evalúa:</i>	Conocimientos en seis áreas diferentes de la sexualidad
<i>Número de ítems:</i>	63 ítems

La implementación de programas de educación sexual entre los jóvenes requiere la evaluación previa de sus conocimientos en materia sexual. Antes de la puesta en marcha de cualquier programa educativo es necesario evaluar los conocimientos y actitudes sexuales con el objetivo de establecer el punto de partida a nivel de conocimientos, actitudes y comportamientos. A su vez, el empleo de los mismos instrumentos de evaluación al final de la aplicación del programa permitirá examinar los efectos del mismo sobre los participantes.

A pesar de los avances producidos en los últimos años en el acceso, divulgación y puesta en marcha de programas educativos, todavía se aprecian importantes déficits en materia de educación sexual, constituyendo un claro exponente de estos, la incidencia de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados entre los jóvenes.

El examen de la eficacia de un programa requiere llevar a cabo una evaluación cualitativa y cuantitativa. Esta última se fundamenta habitualmente en autoinformes fiables y válidos, que se utilizan tanto al principio como al final del programa (Lameiras Fernández, Rodríguez Castro, Ojea Rúa y Dopereiro Rodríguez, 2004). De ahí la necesidad de disponer de instrumentos adecuados para la evaluación de conocimientos sexuales.

2.2.1. Descripción

La Escala de Conocimientos y Actitudes Sexuales (ECAS; Bethencourt Pérez, Fumero Hernández, Fernández Hernández y León Rodríguez, 1997) fue elaborada originalmente en España para la evaluación de un programa de intervención comunitario para el entrenamiento de adolescentes en información y educación sexual. Está compuesta por 63 ítems de respuesta dicotómica (verdadero o falso) agrupados en seis factores establecidos siguiendo una estrategia racional, los cuales se describen a continuación.

El Factor 1, denominado Concepto de sexualidad, orientaciones sexuales humanas y actitudes hacia la sexualidad, se asocia a un concepto de sexualidad no ligado necesariamente a la reproducción y genitalidad, así como a una actitud positiva y de respeto hacia las distintas orientaciones y actividades sexuales. Algunos ítems representativos son "Hablar de sexualidad es lo mismo que hablar de reproducción" o "Los contactos bucogenitales son una expresión natural de la sexualidad".

El Factor 2, Conocimientos del cuerpo, anatomía y respuesta sexual, alude a los conocimientos sobre la anatomía genital y del ciclo de la respuesta sexual, e incluye ítems como "El prepucio es lo mismo que el glande" o "Cuando la mujer alcanza el orgasmo se produce la fecundación".

El Factor 3, Fecundación, embarazo y parto, evalúa conocimientos acerca de los comportamientos que pueden dar lugar a la fecundación y de la propia fecundación, así

como del proceso de embarazo y conductas sexuales durante el mismo, el parto o el puerperio. Entre los ítems representativos de este factor se encuentran "La fecundación se produce en las trompas de Falopio" o "Frecuentemente, al comienzo del embarazo la mujer duerme menos de lo normal".

El Factor 4, Métodos anticonceptivos, se centra en los conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos más utilizados, sobre su eficacia y contraindicaciones. Entre los ítems de este factor estarían, p. ej., "El acto sexual interrumpido es un método anticonceptivo eficaz" o "Toda mujer puede tomar la píldora anticonceptiva ya que no tiene contraindicaciones".

El Factor 5, Enfermedades de transmisión sexual y trastornos del ciclo de la respuesta sexual, alude al conocimiento de algunas infecciones de transmisión sexual, al papel del preservativo en su prevención y a algunos trastornos de la respuesta sexual, como, por ejemplo, "En la gonorrea o purgaciones es necesario que el alumno afectado deje de asistir al centro" o "La dispareunia solo se puede producir en la mujer".

Por último, el Factor 6, Sida y mecanismos de transmisión, se centra en los conocimientos hacia esta enfermedad, las prácticas de riesgo y las actitudes hacia los infectados, incluyendo ítems como "Ser homosexual o heroinómano da lugar a que se adquiera el sida" o "No es peligroso darle un beso a una persona con sida".

En cuanto a la obtención de la puntuación, se lleva a cabo la corrección asignando un 1 a cada ítem acertado y un 0 a cada uno de los fallos, oscilando por tanto el número total de aciertos entre 0 y 63.

2.2.2. Propiedades psicométricas

La asignación de los ítems a cada uno de los factores se llevó a cabo siguiendo una estrategia racional, no habiéndose realizado ningún análisis factorial que avale dicha distribución. No obstante, los autores informan de una adecuada fiabilidad de consistencia interna en cada uno de los factores. Los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos son: 0,82 en el Factor 1 (Concepto de sexualidad, orientaciones sexuales humanas y actitudes hacia la sexualidad); 0,85 en el Factor 2 (Conocimientos del cuerpo, anatomía y respuesta sexual); 0,81 en el Factor 3 (Fecundación, embarazo y parto); 0,83 en el Factor 4 (Métodos anticonceptivos); 0,82 en el Factor 5 (Enfermedades de transmisión sexual y trastornos del ciclo de la respuesta sexual); y 0,80 en el Factor 6 (Sida y mecanismos de transmisión).

En cuanto a la validez, se ha demostrado, en una muestra de 290 jóvenes, que aquellos que recibían un programa de información y educación sexual incrementaban de forma significativa, después del mismo, las puntuaciones en todos los factores (es decir, mejoraban sus conocimientos y actitudes sexuales, en general) en comparación con

aquellos que no lo recibían (Bethencourt Pérez et al., 1997). Por su parte, Bausela Herrera (2005) incluye el ECAS al principio y al final de un programa de prevención de embarazos no deseados en alumnos de Educación Secundaria Obligatoria con el objetivo de evaluar los conocimientos, actitudes y sentimientos iniciales hacia el sexo antes y después de la aplicación del programa.

2.2.3. Referencias

Bausela Herreras, E. (2005): "Diseño de un programa de prevención de embarazos no deseados centrado en el desarrollo de las habilidades sociales y de autoestima dirigido a alumnos de educación secundaria obligatoria". *Revista de Psicodidáctica*, 10: 103-120.

Bethencourt Pérez, J.M., Fumero Hernández, A.Fernández Hernández, A. y León Rodríguez, R. (1997): "Programa de intervención comunitario para el entrenamiento de adolescentes en información y educación sexual (1): un análisis de los primeros resultados sobre conocimientos y actitudes sexuales". *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (88): 235-254.

Lameiras Fernández, M., Rodríguez Castro, Y., Ojea Rúa, M. y Dopereiro Rodríguez, M. (2004): *Programa Agarimos. Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual*. Pirámide. Madrid.

2.3. Escala de Conocimientos sobre Sexualidad en la Vejez (Aging Sexual Knowledge Scale, ASKS)

<i>Autores:</i>	C.B. White
<i>Evalúa:</i>	Conocimientos acerca de la sexualidad de las personas mayores
<i>Número de ítems:</i>	35 ítems en la versión original 31 en la versión española

Debido al significativo incremento de la esperanza de vida experimentado en las últimas décadas en las sociedades occidentales, la sexualidad de las personas mayores se ha convertido en una cuestión de especial relevancia entre los profesionales de la salud. A pesar de que existen evidencias de que las personas pueden mantener, y disfrutar, la actividad sexual hasta edades muy avanzadas, la sexualidad en la vejez suele estar asociada a mitos y distorsiones importantes de la sexualidad, tales como que la actividad sexual no es importante en los mayores, que éstos no tienen apetencia sexual o que mantener relaciones sexuales a estas edades puede ser perjudicial para la salud. Desgraciadamente, en muchos contextos, la sexualidad de las personas mayores sigue siendo un tema tabú, lo que lleva emparejado una falta de conocimientos sobre la misma. Estos mitos y tabúes son, en ocasiones, la causa de que a estas edades no se viva la

sexualidad de una manera completamente satisfactoria y saludable.

Con la edad, tanto en el hombre como en la mujer, se produce una serie de cambios anatómicos y funcionales que hacen que la respuesta sexual sea diferente a la de etapas anteriores del ciclo vital; en general, la reacción sexual es más lenta y menos vigorosa. Sin embargo, el conocimiento y su aceptación como algo natural deberían hacer que estos cambios sexuales no implicasen necesariamente una afectación de la vida sexual de las personas y no tuviesen como consecuencia la experiencia de disfunciones sexuales. La combinación de factores biológicos (alteraciones vasculares u hormonales propias de la edad) con factores psicosociales termina provocando que un porcentaje considerable de personas mayores tengan dificultades con su funcionamiento sexual y eviten o abandonen la actividad sexual (Sierra et al., 2014).

La evaluación de los conocimientos hacia la sexualidad en la vejez puede ser relevante tanto en las propias personas mayores, como entre los profesionales que tienen contacto directo con las mismas, como pueden ser médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes, cuidadores o los propios familiares. Por ello, es muy importante contar con instrumentos de evaluación estandarizados que permitan cuantificar estos conocimientos.

2.3.1. Descripción

La Escala de Conocimientos sobre Sexualidad en la Vejez (ASKS, por sus iniciales en inglés); López Sánchez y Olazábal Ulacia, 1998; White, 1982) constituye una de las dos partes que componen la Aging Sexuality Knowledge and Attitudes .Sale (ASKAS) de White (1982), la cual además de centrarse en los conocimientos se interesa también por las actitudes hacia la sexualidad en la vejez. Está diseñada para evaluar los conocimientos sobre cambios (y no cambios) de la sexualidad en la vejez, así como del contexto general de la sexualidad a estas edades. Aunque originalmente el instrumento fue pensado para su uso en personas mayores institucionalizadas, con el fin de evaluar el impacto de alguna intervención sobre su sexualidad, se puede emplear en cualquier contexto y en cualquier población relacionada con mayores.

Mientras la versión original de la escala cuenta con 35 ítems, la española está compuesta por 31, tras la eliminación de los ítems 15, 17, 26 y 33. Cada uno de ellos es valorado a partir de una de las tres posibles opciones de respuesta: verdadero (puntuación 1), falso (puntuación 2) o no sé (puntuación 3). La mayoría de ítems están planteados de forma directa (p. ej., "Los hombres de más de 65 años suelen tardar más tiempo que los jóvenes en conseguir la erección"), a excepción de siete (p. ej., "La actividad sexual de las personas de más de 65 años es frecuentemente peligrosa para su salud").

En la versión española, la puntuación total, que oscila entre 31 y 93, se obtiene a partir de la suma de los 31 elementos, una vez invertida la puntuación de los ítems 1, 10, 14, 18, 27 y 28, de modo que a menor puntuación mayor es el nivel de conocimientos

sobre la sexualidad en la vejez. Aparte de las puntuaciones numéricas obtenidas con la escala, sus ítems pueden emplearse de forma individual en el contexto clínico con el fin de mejorar los conocimientos de la sexualidad en la vejez (White, 2011).

2.3.2. Propiedades psicométricas

En el estudio original se informa de que el análisis factorial de componentes principales da lugar a un único factor con cargas factoriales superiores en 0,35 en todos los ítems, a excepción de dos de ellos. Esta estructura unidimensional de la escala se ve avalada por adecuados coeficientes de fiabilidad de consistencia interna obtenidos en diferentes muestras (personas mayores, familiares y enfermeras), iguales o superiores a 0,90 en todos los casos; también se señalan valores de fiabilidad test-retest entre 0,90 y 0,97 (White, 2011).

Recientemente, Mahieu, Dierckx de Casterlé, Van Elssen y Gastmans (2013), en un estudio llevado a cabo en Holanda, examinan la validez de contenido de la escala y terminan eliminando ocho ítems de la versión original (ítems 2, 3, 4, 5, 11, 19, 20 y 26) por presentar valores muy bajos en sus índices de validez de contenido. Una vez llevada a cabo esta depuración de ítems obtienen un coeficiente de fiabilidad de 0,80 y correlaciones ítem-total con valores que oscilan entre 0,21 y 0,48; sin embargo, la eliminación de los ítems con menores coeficientes de correlación ítem-resto no mejoraba la fiabilidad de la escala total, por lo que deciden no eliminar ningún ítem más.

La versión española presenta un alfa de Cronbach de 0,88 en una muestra de hombres y mujeres de más de 50 años (Lameiras Fernández, Menéndez Dacosta y Rodríguez Castro, 2005).

En cuanto a indicadores de validez, se ha demostrado que las puntuaciones de la escala reflejan un incremento significativo de los conocimientos sobre la sexualidad de los ancianos después de la aplicación de programas de educación sexual (White, 1982). Lameiras Fernández et al. (2005) obtienen correlaciones positivas entre el nivel de conocimientos sobre la vejez y los conocimientos sobre la sexualidad en la vejez en hombres ($r = 0,59$) y mujeres ($r = 0,56$), y señalan que a mayor nivel de estudios existe un mayor nivel de conocimientos sobre la sexualidad en la vejez en las mujeres ($r = 0,19$), pero no en los hombres. Recientemente, Helmes y Chapman (2012) indican que los conocimientos de los profesionales de la salud, acerca de la sexualidad de las personas mayores, se incrementan a medida que aumenta su edad y años de experiencia.

2.3.3. Referencias

Helmes, E. y Chapman, J. (2012): "Education about sexuality in the elderly by healthcare professionals: A survey from the Southern hemisphere". *Sex Education*, 12: 95-107.

- Lameiras Fernández, M., Menéndez Dacosta, J. y Rodríguez Castro, Y. (2005): "Creencias y actitudes sobre la sexualidad de las personas mayores". *Sexología Integral*, 2: 182-188.
- López Sánchez, F. y Olazábal Ulacia, J.C. (1998): *Sexualidad en la vejez*. Pirámide. Madrid.
- Mahieu, L., Dierckx de Casterlé, B., Van Elssen, K. y Gastmans, C. (2013): "Nurses' knowledge and attitudes towards aged sexuality: Validity and internal consistency of Dutch version of the Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale". *Journal of Advanced Nursing*, 69: 2584-2596.
- Sierra, J.C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P., Moyano, N., Granados, R. y Sánchez-Fuentes, M.M. (2014): "Funcionamiento sexual en personas mayores: influencia de la edad y de factores psicosexuales". *Revista internacional de Andrología*.
- White, C. B. (1982): "A scale for the assessment of attitudes and knowledge regarding sexuality in the aged". *Archives of Sexual Behavior*, 11: 491-502.
- White, C. B. (2011): "Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale", en Fisher T.D., Davis, C.M., Yarber, W.L. y Davis, S.L, *Handbook of sexuality-related measures*. Routledge. Nueva York.

2.4. Batería Exploratoria de Sexualidad (BES-111. Actitudes)

<i>Autores:</i>	R. Ballester Arnal y M.D. Gil Llario
<i>Evalúa:</i>	Actitudes sexuales
<i>Número de ítems:</i>	12 ítems

En el área de la sexualidad humana, tanto en el ámbito educativo como en el clínico, cualquier intervención requiere de la evaluación y, en su caso, modificación de las actitudes sexuales. Las actitudes hacia la sexualidad, producto de la educación sexual recibida y de las experiencias previas en el ámbito sexual, determinan la conducta sexual. Así, las actitudes sexuales serán las responsables, por ejemplo, de que los jóvenes lleven a cabo o no conductas sexuales saludables o de que un adulto tenga dificultades para disfrutar de una vida sexual placentera y satisfactoria.

Teniendo en cuenta que, tanto al implementar programas de educación sexual como en el contexto de la terapia sexual, es necesario evaluar las actitudes sexuales, se hace imprescindible contar con instrumentos de evaluación adecuados para dicha tarea. Además, si son breves se convierten en herramientas útiles en investigación.

2.4.1. Descripción

La Batería Exploratoria de la Sexualidad (BES III-Actitudes) fue elaborada por Ballester Arnal y Gil Llan o (1997) y forma parte de un instrumento de evaluación más amplio que evalúa, además de las actitudes sexuales, el comportamiento sexual, la información y los mitos sexuales. Su finalidad es recabar información sobre el origen de la homosexualidad, los efectos de la pornografía, la causa de la falta de reacciones sexuales en la mujer, la masturbación, la sexualidad en personas mayores, la sexualidad a lo largo del ciclo vital, la relación sexualidad-reproducción, la relación sexualidad-amor, el sexo oral, y la relación entre una vida sexual promiscua y el sida.

Se trata de un instrumento sencillo formado por 12 ítems de respuesta dicotómica (sí/no). Se contabilizan los aciertos, de modo que la puntuación total oscila entre 0 y 12, siendo las puntuaciones elevadas indicadoras de actitudes más positivas hacia la sexualidad. A modo de ejemplo, el primer ítem referido a la homosexualidad plantea "La homosexualidad es una característica con la que se nace".

2.4.2. Propiedades psicométricas

Los autores no informan acerca de la estructura factorial del cuestionario ni sobre su fiabilidad, aunque señalan correlaciones significativas entre la mayoría de los ítems entre sí.

En cambio, sí aportan algunas evidencias acerca de la validez de las medidas obtenidas con el mismo. Así, por ejemplo, se señalan diferencias entre hombres y mujeres en algunos de sus ítems, actitudes sexuales más positivas entre las personas con mayor nivel académico, así como correlaciones significativas entre actitudes sexuales y conocimientos sexuales; además, algunos de sus ítems presentan correlaciones significativas con la información sexual (Ballester Arnal y Gil Llario, 1997).

En este estudio de Ballester Arnal y Gil Llan o (1997), el BES-111 permite identificar, en una amplia muestra de personas entre 14 y 70 años, la pervivencia y mantenimiento de actitudes sexuales negativas en la sociedad actual; por ejemplo, un 68,70% cree que la heterosexualidad tiene un origen biológico y un 42,10% piensa que la homosexualidad es una característica con la que se nace; un 43,30% señala que la pornografía incita a la violencia y un 30,30% que es perjudicial; un 29,70% considera que no existen mujeres frías sino hombres inexpertos; un 22,30% asocia la sexualidad a la reproducción; un 15,80% cree que el sida es consecuencia de una vida sexual promiscua y perversa; un 11% piensa que el sexo oral y las masturbaciones mutuas son prácticas sexuales inmaduras; mientras que un 5% indica que la masturbación es una forma de infidelidad a la pareja.

Por otro lado, en un estudio más reciente, Ortega, Ojeda, Sutil y Sierra (2005) por

medio del BES-111 identifican la presencia de actitudes negativas hacia la sexualidad entre adolescentes, variando su frecuencia en función del sexo, de si los adolescentes practican la masturbación o no y del tamaño de población de residencia, encontrándose una sexualidad más coitocéntrica y exploratoria en los chicos que en las chicas, una mayor presencia de mitos sexuales entre los adolescentes sin experiencias con la masturbación, así como entre los que residen en poblaciones pequeñas.

2.4.3. Referencias

Ballester Arnal, R. y Gil Llan o M.D. (1997): "Salud sexual (II): estudio de actitudes sexuales en nuestro contexto". *Análisis y Modificación de Conducta*, 23: 181-209.

Ortega, V., Ojeda, P., Sutil, F. y Sierra, J.C. (2005): "Culpabilidad sexual en adolescentes: estudio de algunos factores relacionados". *Anales de Psicología*, 21: 268-275.

2.5. Encuesta de Opinión Sexual (Sexual Opinion Survey, SOS)

<i>Autores:</i>	W.A. Fisher, D. Byrne, L.A. White y K. Kelley
<i>Evalúa:</i>	Actitudes generales hacia la sexualidad en un continuo de erotofobia-erotofilia
<i>Número de ítems:</i>	21 ítems

La erotofobia-erotofilia es un rasgo de la personalidad que consiste en la disposición aprendida a responder ante los estímulos sexuales a través de una evaluación de afecto negativo-positiva. Este constructo se refiere a un continuo con dos extremos que representan la forma de reaccionar de las personas ante los estímulos sexuales. Así, la actitud negativa hacia la sexualidad se denomina erotofobia y la positiva, erotofilia (Fisher, Byrne, White y Kelley, 1988). La erotofobia-erotofilia está vinculada con dos aspectos importantes de la salud sexual: el funcionamiento sexual y las conductas sexuales de riesgo. Por un lado, se ha observado una relación de esta dimensión con el deseo sexual, la excitación, el número de orgasmos y la satisfacción sexual. Por otro, se ha comprobado que los individuos erotofílicos poseen una conducta contraceptiva más eficaz, empleando los métodos anticonceptivos con mayor frecuencia y de forma más consistente; además, presentan mejores habilidades de comunicación sexual y están más abiertos a conversar sobre cuestiones relacionadas con su salud sexual. Mientras, las personas erotofóbicas tienen una menor tendencia a adquirir información sobre sexualidad.

2.5.1. Descripción

La Encuesta de Opinión Sexual (SOS, por sus siglas en inglés; Fisher et al., 1988) es un autoinforme de 21 ítems, contestados en una escala tipo Likert de 7 puntos desde 1

(completamente de acuerdo) a 7 (completamente en desacuerdo), que evalúa el continuo erotofobia-erotofilia. En un principio, estaba constituido por 53 ítems, número que se redujo, empleando análisis correlacionales y de criterio externo, hasta obtener los 21 ítems actuales, los cuales correlacionan de forma significativa con la respuesta afectiva a la exposición de imágenes eróticas. De los 21 ítems, 10 de ellos están redactados de forma inversa (ítems 2, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 19 y 20; p. ej., "Sería agobiante para mí que la gente pensara que estoy interesado/a por el sexo oral"); el resto de ítems están planteados de forma directa; p. ej., "La masturbación puede ser una experiencia excitante". En este sentido a mayor puntuación, mayor erotofilia.

Estos 21 ítems, pese a no estar asignados a diferentes dimensiones desde un punto de vista teórico, han sido objeto de diversos análisis factoriales, obteniéndose soluciones factoriales muy dispares. En un primer momento, los autores originales de la escala no aportan información alguna acerca de la estructura factorial de la misma. En 1984, Gilbert y Gamache, en Estados Unidos, proponen una estructura tridimensional: Exhibición de la sexualidad, Variedad sexual y Homoerotismo. Una década después, en 1993, en Noruega, se postuló una estructura de cuatro factores: Erotofilia, Sexo no convencional, Orientación homosexual y Erotofobia.

Carpintero y Fuertes (1994) validan la escala en población española sin hacer referencia alguna a su dimensionalidad. Será Lameiras-Fernández (1997) quien proponga tres dimensiones diferentes para la versión española: erotofilia, homosexualidad y erotofobia; sin embargo, posteriormente, esta misma autora no logrará replicar esta estructura y establece una nueva distribución de los ítems en cuatro factores: Erotofilia (p. ej., "Pienso que ver una película o un libro con contenido erótico sexual podría ser algo entretenido"), Erotofobia (p. ej., "El material erótico - libros y/o películas de contenido sexual - es algo sucio y la gente no debería intentar describirlo de otro modo"), Homofobia (p. ej., "Me sentiría dolido/a si se descubriese que un amigo/a íntimo/a es homosexual") y Sexo no convencional (p. ej., "No me disgusta imaginar que tengo relaciones sexuales duraderas con más de una persona") (Lameiras-Fernández y Failde-Garrido, 1998). Por su parte, García-Vega, Fernández y Rico (2004) informan de una nueva repartición de los ítems en tres dimensiones, diferente para hombres y mujeres, y diferentes éstas a la observada en la muestra total. Finalmente, Sierra, Ortega y Gutiérrez-Quintanilla (2008) formulan una estructura unidimensional de 16 ítems después de eliminar aquellos elementos con correlaciones ítem-resto inferiores a 0,30: ítems 5, 10, 11, 14 y 21.

En definitiva, parece que uno de los grandes problemas de la escala es su dimensionalidad, la cual se muestra inestable a través de diferentes muestras y culturas. Quizá por ello se han propuesto algunas versiones breves que tratan, al reducir el número de ítems, de minimizar los problemas en la validez de constructo, asumiendo en todos los casos una estructura unidimensional. Así, se ha planteado una de cinco ítems (4, 12, 13, 17 y 21) en Estados Unidos y otra de diez (1, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 17 y 18) en España

(Carpintero y Fuertes, 1994). Recientemente, Vallejo-Medina, Granados y Sierra (en prensa), a partir de un análisis de contenido de los ítems de la escala completa, obtienen una versión breve de seis ítems (3, 4, 8, 18, 19 y 20) agrupados bajo una estructura unidimensional.

2.5.2. Propiedades psicométricas

Pese a que la escala SOS es el instrumento más empleado para evaluar la erotofobia-erotofilia, tal como se ha indicado, los investigadores no han sido capaces de consensuar una estructura factorial común. A pesar de ello, la escala siempre ha obtenido valores adecuados de fiabilidad, con coeficientes de consistencia interna superiores a 0,80, y correlaciones test-retest por encima de 0,84 a las 2 semanas y 0,85 a los 2 meses.

En España, la validación desarrollada por Carpintero y Fuertes (1994) obtiene adecuados coeficientes de fiabilidad de consistencia interna, oscilando entre 0,80 y 0,86, dependiendo del grupo de edad y sexo. García-Vega et al. (2004), a pesar de proponer una estructura de tres factores, informan de la fiabilidad para la escala total: 0,86 en hombres, 0,84 en mujeres y 0,85 en la muestra total. La versión de 16 ítems con una estructura unidimensional de Sierra et al. (2008) alcanza una fiabilidad de 0,84. Recientemente, Del Río Olvera, López Vega y Cabello Santamaría (2013), en una adaptación de los ítems a todas las orientaciones sexuales, proponen una versión de cuatro factores (Erotofobia, Erotofilia, Homofobia y Sexo no convencional), pero nuevamente se informa únicamente de la fiabilidad de la escala total ($\alpha = 0,85$).

En cuanto a los indicios de validez de las medidas del SOS, sus puntuaciones se han correlacionado con múltiples dimensiones de la sexualidad (deseo, excitación, orgasmo, satisfacción sexual, fantasías sexuales, asertividad sexual, conductas sexuales de riesgo, etc.) y, en todos los casos, la erotofilia aparece asociada a indicadores de la salud sexual. Sierra et al. (2008) han aportado evidencias discriminantes de la escala, al informar que la erotofilia es mayor en hombres que en mujeres, en personas con pareja sexual, en bisexuales y homosexuales, y en individuos sin práctica religiosa.

Por lo que respecta a las versiones breves en España, la de Carpintero y Fuertes (1994) formada por diez ítems presenta un alfa de Cronbach de 0,78. Recientemente Vallejo-Medina et al. (2013) realizaron un análisis de contenido de los ítems y un análisis factorial confirmatorio obteniéndose una versión unidimensional con seis ítems que se mostró fiable ($\alpha = 0,74$) y con evidencias claras de validez externa al correlacionar sus puntuaciones con asertividad sexual para iniciar relaciones sexuales ($r = 0,39$), ausencia de timidez sexual ($r = 0,41$), satisfacción sexual ($r = 0,30$), deseo sexual diádico ($r = 0,50$), deseo sexual solitario ($r = 0,50$), funcionamiento sexual ($r = 0,30$) y actitud positiva hacia las fantasías sexuales ($r = 0,62$). Además, esta versión breve de seis ítems dispone de baremos, tanto para hombres como para mujeres (de distintos rangos de edad), que facilitan la interpretación de las puntuaciones obtenidas.

2.5.3. Referencias

- Carpintero, E. y Fuertes, A. (1994): "Validación de la versión castellana del "Sexual Opinion Survey (SOS)". Cuadernos de Medicina Psicosomática, 31: 52-62.
- Del Río Olvera, F.J., López Vega, D.J. y Cabello Santamaría, F. (2013): "Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey: Encuesta Revisada de Opinión Sexual". Revista Internacional de Andrología, 11: 9-16.
- Fisher, W.A., Byrne, D., White, L.A. y Kelley, K. (1988): "Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality". Journal of Sex Research, 25: 123-151.
- García-Vega, E., Fernández, P. y Rico, R. (2004): "The Sexual Opinion Survey (SOS). Revisión de las características psicométricas transcurrida una década desde su traducción. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud, Supl. 2004: 269-275.
- Gilbert, F.S. y Gamache, M.P. (1984): "The Sexual Opinion Survey: Structure and use. Journal of Sex Research, 20: 293-309.
- Lameiras-Fernández, M. (1997): "Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión del VIH en un estudio piloto". Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 42-43: 46-61.
- Lameiras-Fernández, M. y Failde Garrido, J.M. (1998): "Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH". Revista de Análisis y Modificación de Conducta, 23; 27-63.
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Gutiérrez-Quintanilla, J.R. (2008): "Encuesta de Opinión Sexual: fiabilidad, validez y datos normativos de una versión reducida en muestras salvadoreñas. Revista Mexicana de Psicología, 25: 139-150.
- Vallejo-Medina, P., Granados, R. y Sierra, J.C. (2013). "Propuesta y validación de una versión breve del Sexual Opinion Survey en población española". Revista Internacional de Andrología. <http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2013.04.004>.
- ### 2.6. Inventario de Culpabilidad Sexual de Mosher Revisado (Revised Mosher Sex Guilt Inventory, R-MSGI)

<i>Autor:</i>	D.L. Mosher
<i>Evalúa:</i>	Culpabilidad sexual
<i>Número de ítems:</i>	50 ítems

La culpabilidad sexual es la tendencia a sentirse culpable por la violación, o la anticipación de la violación, de los estándares acerca de lo que una persona considera una conducta sexual apropiada. Así, los individuos con alto nivel de culpa anticiparán sentirse mal consigo mismos en caso de comportarse de una manera que ellos consideran inmoral; es decir, su comportamiento estaría influenciado en gran medida por las normas internalizadas acerca de lo que es un comportamiento sexual correcto, mientras que las personas con bajo nivel de culpa serían más sensibles a señales externas de recompensa o castigo. La culpabilidad sexual suele manifestarse en contextos que exigen una respuesta de excitación sexual o placer, surgiendo en estas situaciones un sentimiento de vergüenza como consecuencia de los criterios morales acerca de la conducta sexual (Mosher, 2011).

La expresión conductual de la culpabilidad sexual se manifiesta a través de la resistencia a las tentaciones sexuales, de conductas sexuales inhibidas y de la irrupción de procesos cognitivos en situaciones de naturaleza sexual. Por tanto, la culpabilidad sexual aparece relacionada a menores niveles de experiencia sexual en general, menor número de compañeros sexuales, menor frecuencia de relaciones coitales y al uso de métodos anticonceptivos inadecuados o al no uso de los mismos (Fuertes Martín y López Sánchez, 1997). Sierra, Perla y Santos-Iglesias (2011) asocian la culpabilidad sexual a una menor experiencia con la masturbación y las relaciones sexuales, y a frecuentar actividades religiosas; además, señalan que las mujeres tienden a presentar mayores índices de culpabilidad que los hombres.

2.6.1. Descripción

El Inventario de Culpabilidad Sexual de Mosher Revisado (R-MSGI, por sus siglas en inglés; Mosher, 1998) constituye uno de los tres inventarios de culpabilidad desarrollados por Mosher: Culpabilidad sexual, Culpabilidad por hostilidad y Conciencia de hostilidad. El R-MSGI está formado por 50 ítems que hacen referencia a 25 conductas o actividades sexuales, con dos alternativas de respuesta cada uno de ellos, debiendo ser contestadas ambas en una escala Likert de 7 puntos desde 0 (totalmente falso) hasta 6 (totalmente verdadero). Por tanto, los ítems aparecen agrupados en sets de dos afirmaciones diferentes que completan cada enunciado acerca de una actividad o conducta sexual. Ejemplos de este agrupamiento en pares serían los siguientes:

Los chistes obscenos ante personas del otro sexo...

1. No me molestan.

2. Es algo que me pone incómodo.

La masturbación...

3. Es perjudicial y devastadora.

4. Ayuda a aliviarse y relajarse.

Como se puede apreciar, la mitad de los ítems aparecen redactados de forma directa mientras que la otra mitad están planteados en sentido inverso. Puntuaciones elevadas indican mayor culpabilidad sexual.

Recientemente, Janda y Bazemore (2011) desarrollaron una forma breve de 10 ítems, seleccionando de la escala completa aquellos elementos que presentaban mejores propiedades psicométricas (correlación ítem total, media y validez de contenido), en concreto, los ítems 4, 8, 10, 12, 13, 23, 25, 39, 40 y 46. Igual que en el caso de la versión larga, puntuaciones elevadas indicarían mayor nivel de culpabilidad sexual, por lo que su corrección exige la inversión de las puntuaciones de los ítems 1, 2, 6, 8 y 10. Esta versión reducida no sigue la estructura de sets de pares de ítems, sino que aparecen listados de forma individual. Un ejemplo de ítem directo sería "Las prácticas sexuales inusuales no me interesan"; mientras que "La masturbación ayuda a aliviarse y relajarse" constituiría un ejemplo de ítem invertido.

2.6.2. Propiedades psicométricas

Mosher (1988) señala que los 50 ítems que forman el inventario presentan coeficientes de correlación ítem-total entre 0,32 y 0,62, con una media de 0,46, pero no informa sobre su estructura factorial ni acerca de su fiabilidad. Ningún estudio posterior se interesó por examinar la dimensionalidad de la escala, aunque sí son varios los que aportan datos acerca de su fiabilidad, así como evidencias acerca de la validez de sus medidas.

Tanto la versión original como la española presentan adecuados coeficientes de fiabilidad de consistencia interna en muestras de adolescentes ($\alpha = 0,86$; Sierra et al., 2011), jóvenes ($\alpha = 0,95$; Janda y Bazemore, 2011) y adultos ($\alpha = 0,93$; Shulman y Horne, 2006).

Por lo que respecta a la validez, Ortega, Ojeda, Sutil y Sierra (2005) informan de una correlación negativa de la culpabilidad sexual con erotofilia ($r = - 0,35$) y positiva con actitudes negativas hacia la masturbación ($r = 0,46$), variables que llegan a explicar un porcentaje considerable de las puntuaciones en el Inventario de Culpabilidad Sexual ($R^2 = 0,20$). Sierra et al. (2011) señalan cómo la culpabilidad sexual correlaciona en sentido negativo con las actitudes positivas hacia las fantasías sexuales ($r = - 0,42$), llegando estas

actitudes a explicar un porcentaje significativo de aquella ($R^2 = 0,35$); además, demuestran que los adolescentes con más culpabilidad sexual tienen menos experiencias en relaciones sexuales y en masturbación. Resultados similares fueron señalados por Janda y Bazemore (2011), quienes asocian altos niveles de culpabilidad sexual a menor experiencia sexual y a un inicio sexual más tardío.

La versión breve también presenta una adecuada fiabilidad de consistencia interna ($\alpha = 0,85$) y sus 10 ítems muestran correlaciones entre 0,49 y 0,79 con la escala de 50 ítems. Las puntuaciones totales de ambas escalas muestran correlaciones entre sí de 0,95, lo que está reflejando una elevada superposición entre ambas (Janda y Bazemore, 2011). Hay que señalar que esta versión breve no ha sido validada en España hasta la fecha.

2.6.3. Referencias

Fuertes Martín, A. y López Sánchez, F. (1997). Aproximaciones al estudio de la sexualidad. Amarú Ediciones. Salamanca.

Janda, H.J. y Bazemore, S.D. (2011): "The Revised Mosher Sex-Guilt Scale: Its psychometric properties a proposed ten-item version". *Journal of Sex Research*, 48: 392-396.

Mosher, D.L. (1998): "Revised Mosher Guilt Inventory", en Davis, C.M., Yarber, W.L., Bauserman, R., Schreer, G. y Davis, L., *Handbook of sexuality-related measures*. Sage. Thousand Oaks, CA.

Mosher, D.L. (2011): "Revised Mosher Guilt Inventory", en Fisher, T.D., Davis, C.M., Yarber, W. L. y Davis, S. L., *Handbook of sexuality-related measures*. Routledge. Nueva York.

Ortega, V., Ojeda, P., Sutil, F. y Sierra, J.C. (2005): "Culpabilidad sexual en adolescentes: estudio de algunos factores relacionados". *Anales de Psicología*, 21: 268-275.

Sierra, J.C., Perla, F. y Santos-Iglesias, P. (2011): "Culpabilidad sexual en jóvenes: influencia de las actitudes y la experiencia sexual". *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43: 73-81.

Shulman, J.L. y Horne, S. G. (2006): "Guilty or not? A path model of women's sexual force fantasies". *Journal of Sex Research*, 43: 368-377.

2.7. Inventario de Actitudes Negativas hacia la Masturbación (Negative Attitudes Toward Masturbation Inventory, NAMI)

<i>Autor:</i>	P.R. Abramson y D.L. Mosher
<i>Evalúa:</i>	Actitudes negativas hacia la masturbación
<i>Número de ítems:</i>	30 ítems en la versión original 21 ítems en la versión española

La masturbación es una actividad sexual frecuente en distintas etapas evolutivas que van desde la niñez hasta la vejez. A pesar de ser practicada por un elevado porcentaje de la población en diferentes sociedades y culturas, aún sigue estando asociada a sentimientos confusos entre los que se encuentra la culpabilidad, así como a mitos, creencias erróneas y actitudes negativas. A pesar de que en la actualidad se plantea el derecho al placer sexual, incluido el autoerotismo, como fuente de bienestar físico y psicológico, las ideas judeocristianas que asocian sexualidad a procreación, así como ciertas concepciones médicas que alcanzaron gran auge en el siglo XIX, que llegaban a considerar a esta práctica como algo pernicioso, hacen que la masturbación siga apareciendo vinculada en muchas ocasiones todavía hoy en día a actitudes negativas.

A pesar de la importancia y las consecuencias que tienen las actitudes hacia la masturbación en la vida de las personas, así como en el marco de la terapia sexual y de la educación sexual (Sierra, Perla y Gutiérrez-Quintanilla, 2010), no existen muchos instrumentos desarrollados con el objetivo de evaluar estas actitudes. Tanto en terapia sexual como en la implementación de programas de educación sexual es fundamental la evaluación de las actitudes hacia la masturbación. La masturbación se emplea en ocasiones en el tratamiento de algunas disfunciones sexuales, como es el caso de la anorgasmia femenina, por lo que es más que recomendable que el terapeuta evalúe las actitudes hacia esta conducta antes de que la paciente comience a practicar con el ejercicio de desensibilización masturbatoria. Por otra parte, la mayoría de programas de educación sexual incluyen entre sus contenidos la masturbación, sin embargo, no es habitual que se informe de instrumentos que permitan evaluar las actitudes hacia la misma (Lameiras Fernández, Rodríguez Castro, Ojea Rúa y Dopereiro Rodríguez, 2004).

2.7.1. Descripción

Abramson y Mosher (1975) desarrollaron el Inventario de Actitudes Negativas hacia la Masturbación (NAMI, por sus siglas en inglés) con el objetivo de evaluar las actitudes negativas hacia esta conducta, así como su relación con la culpabilidad sexual y la frecuencia de masturbación en hombres y mujeres universitarios. El inventario estaba compuesto por 30 ítems agrupados en tres factores resultantes de un análisis factorial exploratorio: Actitudes positivas hacia la masturbación (ítems 3, 4, 5, 11, 13, 14, 17, 18, 20, 22, 27 y 29; p. ej., "La masturbación es un asunto privado que ni ofende ni importa a los demás"), Falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación (ítems 1, 2, 6, 7, 9, 15, 16, 21, 24 y 28; p. ej., "La gente se masturba para escapar de sentimientos

de tensión e inquietud") y Afectos negativos en experiencias personales con la masturbación (ítems 10, 12, 19, 23, 25, 26 y 30; p. ej., "Después de la masturbación, la persona se siente degradada").

Todos los elementos se responden en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (totalmente falso) y 5 (totalmente verdadero). Los ítems 3, 5, 8, 11, 13, 17, 22, 27 y 29 deben invertirse antes de calcular la puntuación global, la cual oscila entre 30 y 150, de forma que mayores puntuaciones son indicativas de actitudes más negativas hacia la masturbación (Mosher, 2011).

La versión española de Sierra, Santos-Iglesias y Monge (2013) incluye 21 ítems agrupados en dos dimensiones: Actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación (ítems 1, 2, 3, 5, 6, 9, 13, 18 y 20; p. ej., "La masturbación en la niñez puede ayudar a desarrollar una actitud saludable y natural hacia el sexo") y Afectos negativos en experiencias personales con la masturbación (ítems 4, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19 y 21; p. ej., "Me siento culpable masturbándome"). En este caso la puntuación total de la escala oscila entre 21 y 105, indicando igualmente las puntuaciones elevadas actitudes más negativas hacia la masturbación.

2.7.2. Propiedades psicométricas

La versión original de la escala muestra adecuadas propiedades psicométricas con una fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) para la escala global igual a 0,94 y un valor por el método de dos mitades igual a 0,74 (Mosher y Vonderheide, 1985). En este estudio original no se calculó la fiabilidad de consistencia interna de cada una de las subescalas, ni tampoco se llevó a cabo un análisis de ítems.

Respecto a su validez, las actitudes negativas hacia la masturbación se relacionaron con una menor frecuencia masturbatoria, un menor porcentaje de orgasmos en la masturbación, una menor excitación subjetiva ante vídeos de hombres y mujeres masturbándose y una menor vasocongestión pélvica durante la lectura de textos eróticos (Mosher, 2011).

Dos estudios han analizado sus propiedades psicométricas en muestras hispanas. Sierra et al. (2010), en una muestra de adolescentes salvadoreños, a través de un análisis factorial exploratorio llegaron a una solución trifactorial, que no mantenía una completa correspondencia con la solución factorial propuesta originalmente por Mosher. El primer factor Afectos negativos en experiencias personales con la masturbación (ítems 10, 12, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28 y 30) mostró un valor alfa de Cronbach igual a 0,85; el segundo factor Actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación (ítems 3, 5, 8, 11, 13, 14, 17, 22, 27 y 29) mostró una fiabilidad igual a 0,76; el tercer factor Falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación (ítems 1, 2, 4, 6, 7 y 9) obtuvo una fiabilidad igual a 0,61. Las evidencias de validez únicamente

mostraron diferencias entre hombres y mujeres en Actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación. Por último, se encontró una correlación negativa entre la erotofilia y las actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación y las falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación.

En un segundo estudio, llevado a cabo con adolescentes peruanos, Sierra et al. (2013) terminan desarrollando una versión más breve de la escala. Después de realizar un análisis factorial exploratorio obtienen tres factores bastante similares a los informados por Sierra et al. (2010): Actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación (ítems 1, 3, 5, 11, 13, 14, 17, 22, 27 y 29; $\alpha = 0,62$), Afectos negativos en experiencias personales con la masturbación (ítems 12, 15, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 28 y 30; $\alpha = 0,75$) y Falsas creencias sobre la naturaleza nociva de la masturbación (ítems 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10 y 20; $\alpha = 0,40$). Sin embargo, al realizar el análisis de ítems y calcular la fiabilidad de cada dimensión, se descubre que el tercer factor presenta malas propiedades métricas, por lo que se decide eliminarlo. Además, se prescinde también del ítem 1 del primer factor, lo cual permite incrementar su fiabilidad hasta 0,74. La estructura resultante se replica mediante análisis factorial confirmatorio obteniendo un buen ajuste. Por último, las pruebas de validez mostraron correlaciones significativas de signo negativo entre ambas subescalas y la erotofilia (valores que oscilaron entre 0,13 y 0,41, dependiendo de la escala y del sexo de los sujetos) y las actitudes positivas hacia las fantasías sexuales (valores entre 0,12 y 0,48). Además, los jóvenes (tanto varones como mujeres) que nunca se habían masturbado presentaban puntuaciones significativamente más elevadas en actitudes negativas hacia la masturbación que los que tenían experiencias con esta conducta sexual.

2.7.3. Referencias

- Abramson, P.R. y Mosher, D.L. (1975): "Development of a measure of negative attitudes toward masturbation". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43: 485-490.
- Lameiras Fernández, M., Rodríguez Castro, Y., Ojea Rúa, M. y Dopereiro Rodríguez, M. (2004): Programa Agarimos. Programa coeducativo de desarrollo psicoafectivo y sexual. Pirámide. Madrid.
- Mosher, D. L. (2011): "Negative Attitudes Toward Masturbation", en Fisher, T. D., Davis, C. M., Yarber, W. L. y Davis, S. L., *Handbook of sexuality-related measures*. Routledge. Nueva York.
- Mosher, D.L. y Vonderheide, S.G. (1985): "Contributions of sex guilt and masturbation guilt to women's contraceptive attitudes and use". *Journal of Sex Research*, 21: 24-39.

Sierra, J. C., Perla, F. y Gutiérrez-Quintanilla, R. (2010): "Actitudes hacia la masturbación en adolescentes: propiedades psicométricas de la versión española del Attitudes Toward Masturbation Inventory". *Universitas Psychologica*, 9: 531-542.

Sierra, J. C., Santos-Iglesias, P. y Monge, F. S. (2013): "Inventario de Actitudes Negativas hacia la Masturbación: validez, fiabilidad y propuesta de una versión breve reducida para población adolescente". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22: 57-66.

2.8. Índice Hurlbert de Fantasías Sexuales (Hurlbert Index of Sexual Fantasy, HISF)

<i>Autores:</i>	D.F. Hurlbert y C. Apt
<i>Evalúa:</i>	Actitud hacia las fantasías sexuales
<i>Número de ítems:</i>	25 ítems en la versión original 10 ítems en la versión española

Las fantasías sexuales constituyen un pensamiento o imagen sexual que altera las emociones o el estado fisiológico. Una de sus funciones más importantes es la de incrementar el deseo y la excitación sexual. Por ello, tradicionalmente se han considerado como un indicador de salud sexual. En terapia sexual se suelen emplear frecuentemente como una herramienta útil en la reducción de los niveles de ansiedad de rendimiento que presentan muchos pacientes durante sus relaciones sexuales.

Gran parte de los instrumentos elaborados para evaluar las fantasías sexuales se centran en considerar su presencia, frecuencia o contenido. Sin embargo, de forma previa a la evaluación de la frecuencia y del contenido, es relevante conocer la actitud que las personas tienen hacia esta conducta sexual, pues en ocasiones la disposición hacia los pensamientos sexuales aparece asociada a culpabilidad sexual (Sierra, Perla y Santos-Iglesias, 2011).

Esta cuestión cobra especial importancia en terapia sexual, en donde antes de poner en marcha un entrenamiento en fantasías sexuales sería imprescindible evaluar las actitudes hacia las mismas. Reconocer el papel que juegan las actitudes resulta de gran importancia, debido a que gran parte de las conductas sexuales se ven influidas por las actitudes hacia la sexualidad, en general, y las actitudes hacia determinados comportamientos sexuales, en particular. Es por ello que en el marco de la terapia sexual, resulta de interés conocer la actitud del paciente hacia las fantasías sexuales para, a continuación, considerar otros aspectos relacionados con las mismas, tales como la capacidad de fantasear y la frecuencia o contenido de las fantasías. En concreto, una actitud negativa hacia las fantasías sexuales dificulta que la persona disponga y utilice este tipo de pensamientos como herramienta útil para la mejora de su vida sexual, en tanto que actitudes más positivas hacia las fantasías facilitarían su entrenamiento en terapia.

2.8.1. Descripción

El índice Hurlbert de Fantasías Sexuales (HISF, por sus siglas en inglés; Hurlbert y Apt, 1993) introduce un matiz importante en la evaluación de las fantasías sexuales al describir aspectos cognitivos, emocionales y conductuales asociados a las mismas, por lo que su versión original es una herramienta útil para examinar la disposición del individuo para fantasear. Su versión reducida española resulta adecuada para evaluar la actitud positiva hacia las fantasías sexuales.

La versión original del HISF es un instrumento que evalúa la disposición del individuo hacia las fantasías sexuales. Está formado por 25 ítems, que son contestados en una escala tipo Likert de 5 puntos que oscila desde 0 (siempre) hasta 4 (nunca). En algunos estudios pueden encontrarse valores numéricos de respuesta que oscilen entre 1 y 5. Los ítems son redactados con enunciados negativos (14 reactivos; p. ej., "Incluso cuando me apetece tener relaciones sexuales, me es difícil pensar en cosas sexuales") y positivos (11 reactivos; p. ej., "Considero sanas las fantasías sexuales") siendo, a diferencia de lo que ocurre en otros instrumentos, los enunciados positivos los que deben invertir su puntuación para computar la puntuación total. La puntuación total es obtenida al sumar las respuestas, pudiendo oscilar entre 0 y 100. Puntuaciones más bajas reflejan una disposición más negativa hacia las fantasías sexuales y puntuaciones más elevadas indican una disposición más positiva. En la versión original no se llevó a cabo ningún estudio acerca de su estructura factorial, aunque los autores conciben un uso unidimensional del instrumento.

En España, Desvarieux, Salamanca, Ortega y Sierra (2005) realizan una validación del instrumento en una muestra de 250 estudiantes de postgrado. A través de análisis factorial se obtuvieron hasta seis factores, que fueron difícilmente interpretables conceptualmente. Por ello, se procedió a un análisis factorial de segundo orden que dio lugar a dos factores que aglutinaron los ítems con enunciados positivos (disposición positiva hacia las fantasías sexuales) y enunciados negativos (disposición negativa hacia las fantasías sexuales). Debido a la falta de relación que mostró el factor que refleja una disposición negativa hacia las fantasías sexuales con las variables criterio (cuatro tipos de fantasías sexuales, deseo sexual diádico y deseo sexual solitario), así como ante la posibilidad de estar ante un "efecto método"-que agrupa a los ítems positivos en una dimensión y a los negativos en otra-, se optó por eliminar este factor, quedando la versión original reducida a una forma breve de 10 ítems que se constituyeron en un único factor, la cual describe una disposición positiva hacia las fantasías sexuales. Un ejemplo de ítem sería "Disfruto con las fantasías sexuales". La escala de respuesta se mantuvo como la original, sin embargo, se recomienda la asignación inversa de los valores para facilitar su uso e interpretación siendo 0 = nunca, 1 = raras veces, 2 = algunas veces, 3 = casi siempre y 4 = siempre. Las puntuaciones son obtenidas a través del sumatorio de todos los ítems, por lo que la puntuación máxima que se puede alcanzar es de 40. Puntuaciones elevadas son indicadoras de una disposición favorable hacia las fantasías

sexuales, pudiendo por ello considerarse una medida de actitud hacia las mismas, es decir, puntuaciones elevadas indican, por tanto, una actitud más positiva. Un estudio posterior realizado por Perla, Sierra, Vallejo-Medina y Gutiérrez-Quintanilla (2009) ratifica la estructura unidimensional del instrumento en una muestra de 205 adultos españoles de la población general y en otra compuesta por 200 adolescentes salvadoreños.

2.8.2. Propiedades psicométricas

En una reducida muestra de personal de enfermería (21 hombres y 42 mujeres), los autores de la versión original informan de una adecuada fiabilidad test-retest igual a 0,86 (en un período de 1 semana) y un alfa de Cronbach para la escala total de 0,82. El valor de fiabilidad a través del método de las dos mitades es igual a 0,90. En cuanto a la versión española, Desvarieux et al. (2005) encuentran en la versión reducida de 10 ítems un valor alfa de Cronbach de 0,85; posteriormente Perla et al. (2009) obtienen un coeficiente de 0,92 en adultos y de 0,87 en adolescentes.

Por lo que respecta a la validez, se ha informado de múltiples evidencias acerca de la misma. En el estudio original realizado por Hurlbert y Apt (1993) se observó que las mujeres heterosexuales presentan una mejor disposición hacia las fantasías sexuales que las mujeres homosexuales. En el estudio realizado por Covarrúbias (1997) se informa de una relación positiva de la actitud hacia las fantasías sexuales con la satisfacción sexual y de una relación negativa con el funcionamiento sexual.

En el estudio llevado a cabo por Desvarieux et al. (2005), se encontraron correlaciones significativas entre la actitud positiva hacia las fantasías sexuales y la frecuencia de distintos tipos de fantasías sexuales (íntimas, exploratorias, sadomasoquistas e impersonales), el deseo sexual diádico y el deseo sexual solitario, las cuales oscilaron entre 0,33 y 0,54. Por su parte, Perla et al. (2009) informan que los varones manifiestan actitudes más positivas hacia las fantasías sexuales en comparación con las mujeres, tanto en la edad adulta como en la adolescencia; en este mismo estudio, las puntuaciones del índice Hurlbert de Fantasías Sexuales correlacionaron de manera significativa, en sentido positivo, con las tres dimensiones de la Escala de Ensoñaciones Sexuales que evalúa la tendencia o predisposición general a tener fantasías sexuales (tendencia a ensoñaciones heterosexuales, intensidad de las ensoñaciones heterosexuales y ensoñaciones eróticas personalizadas) y con erotofilia, oscilando los coeficientes entre 0,39 y 0,63. Otros estudios llevados a cabo con la versión española reducida han correlacionado la actitud positiva hacia las fantasías sexuales de forma negativa con las actitudes negativas hacia la masturbación (Sierra, Santos-Iglesias y Monge, 2013) y han demostrado que esta actitud constituye un excelente predictor de la asertividad sexual (Santos-Iglesias, Sierra y Vallejo-Medina, 2013), de la ensoñación sexual (Pérez-González, Moyano y Sierra, 2011) o de la culpabilidad sexual - en sentido negativo - (Sierra et al., 2011).

2.8.3. Referencias

- Covarrubias, L.D. (1997): "The relationships among disposition toward fantasy, force fantasy, sexual dysfunction, satisfaction, and female sexual history". Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences and Engineering, 57, 4700.
- Desvarieux, A.R., Salamanca, Y., Ortega, V. y Sierra, J.C. (2005): "Validación de la versión en castellano del Hurlbert Index of Sexual Fantasy: Una medida de actitud hacia las fantasías sexuales". Revista Mexicana de Psicología, 22: 529-539.
- Hurlbert, D.F. y Apt, C. (1993): "Female sexuality: A comparative study between women in homosexual and heterosexual relationships". Journal of Sex & Marital Therapy, 19: 315-327.
- Pérez-González, S., Moyano, N. y Sierra, J.C. (2011): "La capacidad de ensoñación sexual: su relación con la actitud hacia las fantasías sexuales y rasgos de personalidad". Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 99: 9-20.
- Perla, F., Sierra J.C., Vallejo-Medina, P. y Gutiérrez-Quintanilla, R. (2009): "Un estudio psicométrico de la versión española reducida del Hurlbert Index of Sexual Fantasy". Boletín de Psicología, 96: 7-16.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J.C. y Vallejo-Medina, P. (2013): "Predictors of sexual assertiveness: The role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse". Archives of Sexual Behavior, 42: 1043-1052.
- Sierra, J.C., Perla, F. y Santos-Iglesias, P. (2011): "Culpabilidad sexual en jóvenes: influencia de las actitudes y la experiencia sexual". Revista Latinoamericana de Psicología, 43: 73-81.
- Sierra, J.C., Santos-Iglesias, P. y Monge, F.S. (2013): "Inventario de Actitudes Negativas hacia la Masturbación: validez, fiabilidad y propuesta de una versión reducida en población adolescente". Revista Argentina de Clínica Psicológica, XXII: 57-66.

2.9. Escala de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (Aging Sexual and Attitudes Scale, ASAS)

<i>Autores:</i>	C.B. White
<i>Evalúa:</i>	Actitudes hacia la sexualidad en la vejez
<i>Número de ítems:</i>	26 ítems en la versión original 39 ítems en la versión española

A pesar de que el ser humano puede mantener la actividad sexual hasta edades avanzadas, la sociedad habitualmente suele mostrar una visión negativa acerca de la sexualidad de las personas mayores, siendo precisamente estas actitudes negativas las que inhiben en muchas ocasiones su actividad sexual o hacen que ésta sea vivida de manera poco satisfactoria. Con relativa frecuencia los factores psicosociales constituyen las causas más importantes que provocan o mantienen las disfunciones sexuales a estas edades (Sierra et al., 2013).

En ciertos contextos, la sexualidad de las personas mayores provoca censura, asco o risa, calificándose a los ancianos que tienen actividades sexuales como perversos o inmaduros. Las sociedades occidentales priman y refuerzan la cultura de la juventud, siendo en el campo de la sexualidad en donde se puede apreciar de forma más clara este fenómeno, estableciéndose habitualmente un paralelismo entre sexo y juventud en muchas ocasiones. Además, tradicionalmente, la actividad sexual se ha asociado al coito y la sexualidad a su función reproductiva, por lo que las prácticas sexuales en etapas de la vida en las que es más difícil o imposible alcanzar dichos objetivos se pueden ver como algo raro o anormal.

Por tanto, es importante evaluar las actitudes hacia la sexualidad en la vejez, tanto en personas mayores como en profesionales responsables de su salud, con el fin de mejorar su vida sexual. Las actitudes sexuales que tienen las personas mayores, así como las de los profesionales de la salud o personas que los asisten, van a determinar en cierta medida sus experiencias sexuales. En su evaluación, es fundamental disponer de instrumentos adecuados que presenten las suficientes garantías psicométricas, aunque lamentablemente éstos son escasos.

2.9.1. Descripción

La Escala de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (ASAS, por sus siglas en inglés) forma parte de la Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale (ASKAS) de White (1982). Su autor asume que las actitudes hacia la sexualidad en el contexto de las instituciones encargadas del cuidado de personas mayores predicen estas actitudes en cualquier otro contexto, por lo que varios de los ítems incluidos en la escala hacen referencia a la sexualidad en el ámbito de las residencias de mayores.

La versión original está formada por 26 ítems contestados en una escala tipo Likert de 7 puntos desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 7 (muy de acuerdo), de los cuales 17 aluden a la sexualidad en el ámbito de una residencia de mayores. Ejemplos de ítems serían los siguientes: "Las personas de más de 65 años tienen poco interés en la sexualidad" o "Las instituciones, como las residencias de viejos, no deberían animar o apoyar de ninguna manera la actividad sexual de sus residentes".

Posteriormente, López Sánchez y Olazábal Ulacia (1998), en la versión española,

añaden 13 nuevos ítems referidos a la sexualidad en un ámbito residencial, quedando por tanto una escala formada por 39 ítems contestados en una escala Likert de siete puntos similar a la original. Ejemplos de estos nuevos ítems son "Las relaciones sexuales entre varones viejos homosexuales deben estar prohibidas en las residencias de mayores" o "Si dos residentes llevan tiempo mostrándose como pareja (aún sin estar casados) y piden a la dirección que desean compartir la habitación debe permitírsele".

En la versión española, la puntuación final oscila entre 39 y 273. Una vez invertidas las puntuaciones de los ítems 9, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 28, 29, 32, 34, 37 y 39, una mayor puntuación total indicaría actitudes más negativas hacia la sexualidad en la vejez.

2.9.2. Propiedades psicométricas

White (1982), como resultado de un análisis factorial de componentes principales, consigue agrupar los 26 ítems de la escala en un único factor, presentando todos ellos cargas factoriales superiores a 0,35 a excepción de cuatro. Posteriormente, Hillman y Stricker (1996) informan de dos factores: en uno de ellos se agrupan los ítems referidos a actitudes sexuales más restrictivas, mientras que en el otro estarían los ítems que reflejan actitudes más empáticas hacia la sexualidad en la vejez.

Los coeficientes de fiabilidad de consistencia interna obtenidos para la escala en diferentes muestras se sitúan por encima de 0,75 en todos los casos (Steinke, 1994; White, 1982, 2011); en una reciente adaptación a población holandesa se obtuvo un coeficiente de 0,88 (Mahieu, Dierckx de Casterlé, Van Elssen y Gastmans, 2013). Los coeficientes de fiabilidad test-retest están por encima de 0,70 (White, 1982, 2011). La validez de las medidas de la escala fue demostrada en el momento en que sus puntuaciones se ven modificadas como consecuencia de la aplicación de programas de educación sexual, en la dirección de actitudes más permisivas hacia la sexualidad de los mayores, es decir, en todos los casos los programas de intervención provocaban un aumento de actitudes más positivas (White, 1982). Por otro lado, se ha demostrado que estas actitudes son más positivas y permisivas a medida que se incrementa al nivel de estudios de los encuestados (Helmes y Chapman, 2012).

Los datos psicométricos de la versión española son escasos y se reducen a los coeficientes de fiabilidad de consistencia interna ofrecidos por Lameiras Fernández, Menéndez Dacosta y Rodríguez Castro (2005) en muestras de diferentes intervalos de edad: 0,50 en una muestra de 18 a 30 años, 0,62 en una de 31 a 20 años y 0,67 en una de 51 a 65 años. Además, en este estudio se informa de la ausencia de diferencias significativas en las puntuaciones de la escala entre hombres y mujeres, así como de correlaciones negativas entre las actitudes hacia la sexualidad en la vejez y el nivel de estudios.

2.9.3. Referencias

- Helmes, E. y Chapman, J. (2012): "Education about sexuality in the elderly by healthcare professionals: A survey from the Southern hemisphere". *Sex Education*, 12: 95-107.
- Hillman, J.L. y Stricker, G. (1996): "College students' attitudes toward elderly sexuality: A two factor solution". *Canadian Journal on Aging*, 15: 543-558.
- Lameiras Fernández, M., Menéndez Dacosta, J. y Rodríguez Castro, Y. (2005): "Creencias y actitudes sobre la sexualidad de las personas mayores". *Sexología Integral*, 2: 182-188.
- López Sánchez, F. y Olazábal Ulacia, J.C. (1998): *Sexualidad en la vejez*. Pirámide. Madrid.
- Mahieu, L., Dierckx de Casterlé, B., Van Elssen, K. y Gastmans, C. (2013). "Nurses' knowledge and attitudes towards aged sexuality: Validity and internal consistency of Dutch version of the Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale". *Journal of Advanced Nursing*, 69: 25 84-2596.
- Sierra, J.C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P., Moyano, N., Granados, R. y Sánchez-Fuentes, M.M. (2014): "Funcionamiento sexual en personas mayores: influencia de la edad y de factores psicosexuales". *Revista internacional de Andrología*.
- Steinke, E. (1994). "Knowledge and attitudes of older adults about sexuality in ageing: A comparison of two studies". *Journal of Advanced Nursing*, 19: 477-485.
- White, C.B. (1982): "A scale for the assessment of attitudes and knowledge regarding sexuality in the aged". *Archives of Sexual Behavior*, 11: 491-502.
- White, C.B. (2011): "Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale", en Fisher T.D., Davis, C.M., Yarber, W. L. y Davis, S. L, *Handbook of sexuality related measures*. Routledge. Nueva York.

2.10. Escala de Doble Moral (Double Standard Scale, DSS)

<i>Autores:</i>	S L. Caron, C.M. Davis, W.A. Halteman y M. Stickle
<i>Evalúa:</i>	Doble moral sexual
<i>Número de ítems:</i>	10 ítems

La doble moral sexual alude a la distinta valoración que se hace de la conducta sexual dependiendo del sexo de la persona que la lleva a cabo. Así, se espera que los hombres, a

diferencia de las mujeres, tengan mayor libertad en cuanto al sexo prematrimonial, sean más activos sexualmente y manifiesten más abiertamente y públicamente su sexualidad. A pesar de que en las últimas décadas se ha producido una equiparación entre los roles sexuales de hombres y mujeres, todavía siguen existiendo facetas de la sexualidad que son valoradas de forma distinta entre ambos sexos. De hecho, el estudio de Gutiérrez-Quintanilla, Rojas-García y Sierra (2010) deja entrever que los porcentajes de estudiantes universitarios con doble moral sexual no difieren prácticamente de los que se informan en estudios de los años sesenta. Este tipo de actitudes sexuales machistas se ha descrito prácticamente a todas las edades (adolescentes, jóvenes y adultos) y, aunque son más frecuentes en los hombres, su presencia también se ha observado en las mujeres.

El interés por el estudio de la doble moral sexual radica en su asociación con diferentes indicadores de la salud sexual. Así, su presencia se ha relacionado de forma negativa con la satisfacción sexual, tanto en hombres como en mujeres y, de forma positiva, con un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, la perpetración de agresiones sexuales y las experiencias de victimización en el seno de la pareja.

2.10.1. Descripción

La Escala de Doble Moral (DSS, por sus siglas en inglés), elaborada por Caron, Davis, Halteman y Stickle (1993), está formada por 10 ítems contestados en un formato tipo Likert de 5 puntos, desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 5 (muy de acuerdo), al igual que ocurre con la adaptación española (Sierra, Rojas, Ortega y Martín Ortiz, 2007). Por tanto, la puntuación total oscila entre 10 y 50, indicando las puntuaciones más elevadas una mayor aceptación de la doble moral sexual. Todos sus ítems aluden a una mayor experiencia y a un papel más activo por parte del hombre que de la mujer en el ámbito de las relaciones heterosexuales, como por ejemplo, "Se espera que una mujer sea menos experimentada sexualmente que su pareja". Todos ellos están planteados de forma directa, a excepción del ítem 8 ("Es aconsejable que una mujer lleve condones"), el cual fue eliminado en las adaptaciones realizadas en El Salvador (Sierra y Gutiérrez-Quintanilla, 2007), Brasil (Sierra, Costa y Ortega, 2009) y Perú (Sierra, Monge y Salinas, 2013; Sierra, Monge, Santos-Iglesias, Rodríguez y Aparicio, 2010) debido a su baja correlación con el resto de la escala.

2.10.2. Propiedades psicométricas

Tanto la versión original, como las diferentes adaptaciones realizadas en países iberoamericanos, presentan una estructura unidimensional, la cual fue avalada mediante análisis factoriales exploratorios y confirmatorios. Además, recientemente, se llegó a demostrar su invarianza factorial y la ausencia de funcionamiento diferencial de sus ítems en cuanto al sexo (Sierra et al., 2013), lo que convierte a la DSS en un instrumento de gran interés en la evaluación de las actitudes sexuales machistas al poder ser comparadas sus puntuaciones entre hombres y mujeres, pues como se ha comentado, la doble moral

sexual está presente en ambos sexos, aunque en mayor magnitud en los varones.

Los autores originales informan de un coeficiente de fiabilidad de consistencia interna de 0,72 en una muestra de estudiantes universitarios (Caron et al., 1993). Empleando muestras universitarias con características similares a las del estudio original, en la adaptación española (Sierra et al., 2007) se alcanza un alfa de Cronbach de 0,76 en hombres y de 0,70 en mujeres, mientras que en la salvadoreña el valor obtenido fue de 0,78 (Sierra y Gutiérrez-Quintanilla, 2007). En población general, también se obtuvieron coeficientes de fiabilidad adecuados: 0,77 en mujeres brasileñas (Sierra et al., 2009), 0,79 en mujeres peruanas (Sierra et al., 2010) y 0,78 en varones peruanos (Sierra et al., 2013). Valores más modestos fueron encontrados en adolescentes: 0,67 en varones y 0,69 en mujeres (Sierra et al., 2013).

En cuanto a las evidencias de validez de las medidas obtenidas con la DSS, tal como cabría esperar, los hombres puntúan más alto que las mujeres (Gutiérrez-Quintanilla et al., 2010; Sierra y Gutiérrez-Quintanilla, 2007; Sierra et al., 2007), es decir, aunque hombres y mujeres presentan doble moral sexual, son los primeros quienes informan de una mayor frecuencia de actitudes sexuales machistas. Además, sus puntuaciones correlacionan en sentido positivo con la actitud favorable hacia la violación, oscilando los valores entre 0,57 (Sierra et al., 2009) y 0,59 (Sierra et al., 2010), lo cual pone de manifiesto que, tanto la doble moral sexual como la actitud favorable hacia el uso de la agresividad o violencia del hombre hacia la mujer, en el contexto de las relaciones heterosexuales, constituyen un claro reflejo del machismo en el ámbito sexual. Las puntuaciones de la DSS correlacionan de forma positiva con la frecuencia de conductas sexuales agresivas del hombre hacia la mujer, llegando a convertirse en un predictor significativo de estas conductas. También se han encontrado correlaciones significativas positivas con la frecuencia de abuso sufrido por la mujer a manos de sus parejas, demostrándose que estas actitudes sexuales machistas en las mujeres constituyen un factor de riesgo de victimización en el seno de la pareja (véase Sierra et al., 2013). Una cuestión interesante es la correlación negativa ($r = - 0,35$) entre la doble moral sexual y la satisfacción sexual informada en el estudio de Santos Iglesias et al. (2009), lo cual implicaría que las actitudes sexuales machistas no serían beneficiosas para el funcionamiento sexual, y que los potenciales beneficios obtenidos por las personas que presentan estas actitudes serían de otra índole, tal vez sociales, pero en ningún caso sexuales. En el estudio original, Caron et al. (1993) asocian la doble moral sexual a un mal uso del preservativo.

2.10.3. Referencias

Caron, S.L., Davis, C. M., Halteman, W.A. y Stickle, M. (1993): "Predictors of condom related behaviors among first-year college students". *Journal of Sex Research*, 30: 252-259.

- Gutiérrez-Quintanilla, J.R., Rojas-García, A. y Sierra, J.C. (2010): "Comparación transcultural de la doble moral sexual entre estudiantes universitarios salvadoreños y españoles". *Revista Salvadoreña de Psicología*, 1: 31-51.
- Santos Iglesias, P., Sierra, J.C., García, M., Martínez, A., Sánchez, A. y Tapia, M.I. (2009): "Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9: 259-273.
- Sierra, J.C., Costa, N. y Ortega, V. (2009): "Un estudio de validación de la Double Standard Scale y la Rape Supportive Attitude Scale en mujeres brasileñas". *International Journal of Psychological Research*, 2: 90-98.
- Sierra, J.C. y Gutiérrez-Quintanilla, J.R. (2007): "Estudio psicométrico de la versión salvadoreña de la Double Standard Scale". *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 82: 23-30.
- Sierra, J.C., Monge, F.S. y Salinas, J.M. (2013): "Equivalencia factorial y métrica de la Double Standard Scale por sexo y edad". *Suma Psicológica*, 20: 7-14.
- Sierra, J.C., Monge, F.S., Santos-Iglesias, P., Rodríguez, K. y Aparicio, D.L. (2010): "Propiedades psicométricas de las versiones en español de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS) en mujeres peruanas". *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 95: 57-66.
- Sierra, J.C., Rojas, A., Ortega, V. y Martín Ortiz, J.D. (2007): "Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Scale (RSAS)". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7: 41-60.

2.11. Escala de Actitud Favorable hacia la Violación (Rape Supportive Attitude Scale, RSAS)

<i>Autor:</i>	I.L. Lottes
<i>Evalúa:</i>	Actitudes favorables hacia el uso de la violencia del hombre hacia la mujer en el marco de las relaciones sexuales
<i>Número de ítems:</i>	20 ítems

Una de las diversas manifestaciones de las actitudes sexuales machistas es el uso de la agresividad, e incluso de la violencia, por parte del hombre hacia la mujer en el contexto de las relaciones heterosexuales. Diversos estudios e informes han puesto de manifiesto que el fenómeno de la violencia sexual del hombre hacia la mujer ocurre prácticamente

en todos los ámbitos culturales. En este contexto cobran especial relevancia las actitudes hacia este tipo de violencia, pues su presencia puede promover conductas sexuales agresivas de los hombres hacia las mujeres (Sierra, Gutiérrez-Quintanilla, Bermúdez y Buela-Casal, 2009) o exponer a éstas a un mayor riesgo de padecerlas (Sierra, Monge, Bermúdez, Buela-Casal y Salinas, 2014). En definitiva, estamos ante actitudes que justifican estas conductas o suponen falsas creencias acerca de las mismas o de sus perpetradores.

Lottes (1991) enumera hasta siete creencias diferentes que constituyen un reflejo de estas actitudes favorables hacia la violación: 1) las mujeres disfrutan con la violencia sexual; 2) las mujeres son responsables de la prevención de la violación; 3) la principal causa de la violación es el aspecto primario del sexo; 4) la violación sucede solo a cierta clase de mujeres; 5) una mujer es menos deseable después de haber sido violada; 6) algunas mujeres fingen haber sufrido una violación para llamar la atención; y 7) la violación está justificada en algunas ocasiones. La presencia de estas creencias no solo fomenta la violación sino que alarga el proceso de recuperación de las víctimas.

Sierra, Santos-Iglesias, Gutiérrez-Quintanilla, Bermúdez y Buela-Casal (2010) indican que los mejores predictores de estas actitudes son el género, la edad, la doble moral sexual y la hostilidad, resultando significativa la interacción género-edad, es decir, que mientras las mujeres no se diferencian en estas actitudes con respecto a la edad, los hombres más jóvenes presentan mayor número de ellas que los mayores.

2.11.1. Descripción

La Escala de Actitud Favorable hacia la Violación (RSAS, por sus siglas en inglés) fue elaborada por Lottes (1991) agrupando 20 ítems que hacen referencia a cada una de las siete creencias sobre la violación y los violadores señaladas anteriormente. Ejemplos de ítems representativos de cada una de estas categorías serían los siguientes: "El hecho de ser maltratadas es un estímulo sexual para muchas mujeres", "Un hombre tiene cierta justificación al obligar a una mujer a tener sexo si ella le permitió creer que se acostaría con él", "La razón por la que muchos violadores cometen una violación es por su impulso sexual", "En la mayoría de violaciones, la víctima es promiscua o tiene mala reputación", "Una mujer violada es una mujer menos deseable", "Una razón por la cual las mujeres denuncian violaciones falsas es que ellas frecuentemente tienen la necesidad de llamar la atención" y "De alguna manera se justifica que un hombre obligue a una mujer a tener sexo con él si ellos han estado saliendo durante mucho tiempo".

Las opciones de respuesta a cada uno de los 20 ítems oscilan entre 1 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo), fluctuando la puntuación total entre 20 y 100; a mayor puntuación, mayor aceptación de actitudes justificadoras de la violencia del hombre hacia la mujer en el contexto de las relaciones heterosexuales.

2.11.2. Propiedades psicométricas

A pesar de que en el estudio original de Lottes (1991) no se alude directamente a la estructura factorial de la escala, se intuye unidimensional, pues uno de los criterios para seleccionar a cada uno de los 20 ítems que la componen fue tener una elevada correlación ítem-resto de la escala, así como una alta carga factorial. Posteriormente, Lottes (2011) señala que un análisis de componentes principales revela un único factor que explica el 37% de la varianza, presentando sus ítems cargas factoriales de 0,39 o más. En la adaptación española de Sierra, Rojas, Ortega y Martín-Ortiz (2007) se constata la unidimensionalidad del instrumento mediante análisis factorial exploratorio, llegando a explicarse el 45,09% de la varianza en hombres y el 43,66% en mujeres. Las correlaciones ítem-resto y los pesos factoriales de los ítems se situaron en todos los casos por encima de 0,35, a excepción del ítem 4 en las mujeres. Esta misma estructura unifactorial fue informada también en las adaptaciones salvadoreña (Sierra, Delgado-Domínguez y Gutiérrez-Quintanilla, 2007) y brasileña (Sierra, Costa y Ortega, 2009) a partir de análisis factoriales exploratorios; en el caso de la versión peruana, esta unidimensionalidad fue ratificada mediante análisis factorial confirmatorio (Sierra, Monge, Santos-Iglesias, Rodríguez y Aparicio, 2010).

En cuanto a la fiabilidad de consistencia interna, Lottes (1991) obtiene en muestras de estudiantes un coeficiente de 0,91, valor similar al señalado por Sierra, Rojas et al. (2007) en muestras de estudiantes universitarios españoles y ligeramente superior al informado por Sierra, Delgado-Domínguez et al. (2007) en estudiantes salvadoreños. En mujeres de la población general se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,87 con la versión peruana (Sierra et al., 2010) y de 0,86 con la brasileña (Sierra et al., 2009).

Por lo que respecta a la validez, las puntuaciones de la RSAS correlacionan de forma positiva con creencias de roles de género no igualitarios, actitudes tradicionales hacia la sexualidad femenina, excitación hacia la violencia sexual y rechazo de la homosexualidad (Lottes, 2011). Se ha informado también de correlaciones positivas superiores a 0,50 entre las actitudes favorables hacia la violación y la doble moral sexual (Sierra et al., 2009, 2010), lo que presenta a estas actitudes dentro del espectro de las actitudes sexuales machistas, así como con erotofobia y homofobia (Sierra, Rojas et al., 2007). Por otro lado, la actitud favorable hacia la violación se ha correlacionado en sentido positivo con las conductas sexuales agresivas del hombre hacia la mujer ($r = 0,24$), erigiéndose en un predictor significativo de éstas (Sierra et al., 2009); asimismo, recientemente, se ha puesto de manifiesto que constituyen también un buen predictor de abuso no físico (OR: 1,03: IC 95%: 1,01-1,05) y físico (OR: 1,04: IC 95%: 1,02-1,06) padecido por las mujeres a manos de sus parejas (Sierra et al., 2014).

2.11.3. Referencias

Lottes, I.L. (1991): "Belief system: Sexuality and rape". *Journal of Psychology and*

Human Sexuality, 4: 37-59.

- Lottes, I.L. (2011): "Rape Supportive Attitude Scale", en Fisher T.D., Davis, C.M., Yarber, W.L. y Davis, S.L., Handbook of sexuality-related measures (3.a ed.). Routledge. Nueva York.
- Sierra, J.C., Costa, N. y Ortega, V. (2009): "Un estudio de validación de la Double Standard Scale y la Rape Supportive Attitude Scale en mujeres brasileñas". International Journal of Psychological Research, 2: 90-98.
- Sierra, J.C., Delgado-Domínguez, C.J. y Gutiérrez-Quintanilla, J.R. (2007): "Escala de Actitud Favorable hacia la Violación: primeras evidencias acerca de su fiabilidad y validez en muestras salvadoreñas". Universitas Psychologica, 6: 539-548.
- Sierra, J.C., Gutiérrez-Quintanilla, R., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2009): "Male sexual coercion: Analysis of a few associated factors". Psychological Reports, 105: 69-79.
- Sierra, J.C., Monge, F.S., Bermúdez, M.P., Buela-Casal, G. y Salinas, J.M. (2014): "Variables asociadas a la experiencia de abuso en la pareja y su denuncia en una muestra de mujeres". Universitas Psychologica, 13.
- Sierra, J.C., Monge, F.S., Santos-Iglesias, P., Rodríguez, K. y Aparicio, D.L. (2010): "Propiedades psicométricas de las versiones en español de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS) en mujeres peruanas". Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 95: 57-66.
- Sierra, J.C., Rojas, A., Ortega, V. y Martín Ortiz, J.D. (2007): "Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Scale (RSAS)". International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 7: 41-60.
- Sierra, J.C., Santos-Iglesias, P., Gutiérrez-Quintanilla, R., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2010): "Factors associated with rape-supportive attitudes: Sociodemographic variables, aggressive personality, and sexist attitudes". The Spanish Journal of Psychology, 13: 202-209.
- 2.12. Aceptación de Mitos Modernos hacia la Agresión Sexual (Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression, AMMSA)

<i>Autor:</i>	H. Gerger, H. Kley, G. Bohner y F. Siebler
<i>Evalúa:</i>	Aceptación de mitos sobre las agresiones sexuales
<i>Número de ítems:</i>	30 ítems

Aunque no es fácil estimar la incidencia de las agresiones sexuales contra las mujeres, este tipo de abusos constituye una de las modalidades más frecuentes de la violencia de género, aunque lamentablemente muchos de los casos no salen a la luz pública, al no ser denunciados por miedo, vergüenza o simplemente porque las víctimas no son conscientes de este tipo de delitos. Una de las razones por las que estas conductas violentas no son denunciadas tiene que ver con las actitudes que la sociedad en general, y los agresores y las víctimas en particular, tienen acerca de las agresiones sexuales. En muchas ocasiones se justifican los actos del agresor, se culpa a la víctima o se minimizan los efectos de la agresión, lo cual deja entrever cierta tolerancia frente a estos hechos.

Los mitos sobre las agresiones sexuales pueden definirse como "creencias descriptivas o prescriptivas sobre la violación (p. ej., sobre sus causas, contexto, consecuencias, agresores, víctimas y su interacción) que sirven para denigrar, menospreciar y justificar la violencia sexual del hombre hacia la mujer" (Bohner, 1998: 14).

La investigación ha demostrado la importancia del estudio de estos mitos, ya que aquellas víctimas que presentan este tipo de creencias muestran menor probabilidad de denunciar la agresión, incrementándose además las repercusiones negativas de la agresión sobre ellas, y haciendo que su proceso de recuperación sea más lento y difícil (Campbell, Ahrens, Sefi, Wasco y Barnes, 2001). En el caso de los hombres, se ha encontrado que aquellos que muestran este tipo de actitudes son más proclives a cometer una agresión sexual, así como a justificar y racionalizar este tipo de agresiones (Bohner, Jarvis, Eyssel y Siebler, 2005).

El hecho de que los mitos sobre la violación hayan cambiado sus contenidos en las últimas décadas, junto a que, en muchas de las escalas tradicionales, los ítems estén redactados de una manera demasiado explícita, viéndose afectados por tanto por la deseabilidad social, ha dado paso al desarrollo de nuevas escalas más actualizadas.

2.12.1. Descripción

La escala de Aceptación de Mitos Modernos sobre la Agresión Sexual (AMMSA, por sus siglas en inglés; Gerger, Kley, Bohner y Siebler, 2007) fue desarrollada para evaluar la aceptación de mitos sobre la violación de una forma más sutil y menos obvia que en escalas desarrolladas previamente. Con ella se pretende evitar los efectos de la deseabilidad social, permitiendo obtener medias de respuesta más elevadas que las que se obtienen normalmente con escalas que evalúan aceptación de mitos sobre la violación.

Para dicho objetivo se desarrolló un banco de 60 ítems que cubrían cinco categorías de mitos: a) minimizar la magnitud del problema, b) animadversión hacia las reivindicaciones de las víctimas, c) falta de apoyo hacia las políticas destinadas a aliviar los efectos negativos de las agresiones sexuales, d) creer que la coerción masculina forma parte de las relaciones sexuales, y e) creencias que liberan la culpa de los agresores al culpar a la víctima. Estos 60 ítems se redujeron a 43 después de eliminar algunos duplicados que no describían correctamente algunas de las categorías previas. Por último, después de examinar las medias y correlaciones ítem-total de esos ítems la escala se redujo a un total de 30 elementos que se agrupaban en una única dimensión. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). La puntuación global se obtiene al calcular la media de las puntuaciones a los ítems de la escala. Ejemplos de ítems incluidos en la AMMSA serían "En cuanto un hombre y una mujer empiezan a enrollarse, los reparos de la mujer respecto al sexo desaparecen automáticamente" o "Muchas mujeres se quejan de agresiones sexuales por motivos insignificantes, solo para demostrar que son mujeres con fuertes convicciones igualitarias".

2.12.2. Propiedades psicométricas

La versión original de la escala mostró adecuadas propiedades psicométricas, tanto en su versión en inglés como en alemán. Los valores de fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) oscilaron entre 0,90 y 0,95. La fiabilidad test-retest obtuvo valores comprendidos entre 0,67 después de un intervalo de tres semanas y 0,88 en un intervalo comprendido entre seis y diez semanas.

Como evidencias de validez se encontró que la media de respuesta de la AMMSA era mayor que la media de otras escalas desarrolladas para evaluar aceptación de mitos sobre la violación. Además, la distribución de las puntuaciones se acercaba a una distribución normal, permitiendo alcanzar uno de los objetivos para los que fue diseñada la escala. Tal y como se predijo en el estudio original, los hombres mostraron puntuaciones medias más altas que las mujeres. Como pruebas de validez convergente se encontraron correlaciones positivas con otras medidas de aceptación de mitos sobre la violación. Por último, las pruebas de validez predictiva mostraron correlaciones positivas entre la puntuación en la AMMSA y medidas de proclividad a la violación y culpabilización de la víctima.

La adaptación española se llevó a cabo con dos muestras diferentes de estudiantes universitarios por Megías, Romero-Sánchez, Durán, Moya y Bohner (2011). En ella se volvió a encontrar una estructura unidimensional, tanto a través de análisis factorial exploratorio como análisis factorial confirmatorio. Esta versión unidimensional mostró valores de fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) iguales a 0,90 y 0,91 en las diferentes muestras, e índices de correlación ítem-resto de escala entre 0,26 y 0,68. La versión española adaptada a población colombiana obtiene coeficientes de fiabilidad

de 0,87 y 0,86 en dos muestras de estudiantes universitarios, respectivamente (Romero-Sánchez, López Megías, Carretero-Dios y Rincón Neira, 2013).

Al igual que en la versión original, las medias de respuesta de la versión española de la AMMSA fueron mayores que las medias de respuesta de otras escalas similares, encontrándose también la distribución de las puntuaciones muy próxima a la normalidad. Esto demuestra una mayor sensibilidad de esta escala para detectar la aceptación de mitos sobre la violación.

En cuanto a la validez de sus medidas se encontraron correlaciones positivas con culpabilización de la víctima ($r = 0,36$ en mujeres; $r = 0,51$ en hombres) y negativas con la responsabilidad del agresor ($r = - 0,17$ en mujeres; $r = - 0,21$ en hombres), de modo que cuanto mayor es la aceptación de mitos, mayor es la responsabilidad que se le otorga a la víctima en los hechos, mientras que una menor aceptación implica atribuir mayor responsabilidad al agresor. Las puntuaciones de la AMMSA correlacionaron también en sentido positivo con el uso de resistencia simbólica por parte de la víctima ($r = 0,36$ en mujeres; $r = 0,51$ en hombres). Por último, en el caso de los hombres, se encontraron correlaciones significativas con la proclividad hacia la violación ($r = 0,27$) (Megías et al., 2011). Resultados muy similares fueron obtenidos en muestras colombianas, en donde además, las puntuaciones de la AMMSA correlacionaron con las de la Rape Myth Acceptance Scale ($r = 0,48$), con el sexismo hostil ($r = 0,72$) y el sexismo benévolo ($r = 0,37$) (Romero-Sánchez et al., 2013).

2.12.3. Referencias

- Bohner, G. (1998): "Vergewaltigungsmymthen: Sozialpsychologische Untersuchungen über tciterentlastende und opferfeindliche Überzeugungen im Bereich sexueller Gewalt [Rape myths: Social-psychological studies about beliefs that exonerate perpetrators and blame victims of sexual violence]". Verlag Empirische Pädagogik. Landau.
- Bohner, G., Jarvis, C.I., Eyssel, F. y Siebler, F. (2005): "The causal impact of rape myth acceptance on men's rape proclivity: Comparing sexually coercive and non coercive men". *European Journal of Social Psychology*, 35: 819-828.
- Campbell, R., Ahrens, C.E., Sefi, T., Wasco, S.M. y Barnes, H.E. (2001): "Social reactions to rape victims: Healing and hurtful effects of psychological and physical health outcomes". *Violence and Victims*, 16: 287-302.
- Gerger, H., Kley, H., Bohner, G. y Siebler, F. (2007): "The acceptance of modern myths about sexual aggression (AMMSA) scale: Development and validation in German and English". *Aggressive Behavior*, 33: 422-440.
- Megías, J.L., Romero-Sánchez, M., Durán, M., Moya, M. y Bohner, G. (2011):

"Spanish validation of the Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression scale (AMMSA)". *The Spanish Journal of Psychology*, 14: 912-925.

Romero-Sánchez, M., López Megías, J., Carretero-Dios, H. y Rincón Neira, L. (2013): "Versión colombiana de la escala Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression: primeros análisis psicométricos". *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45: 121-134.

2.13. Escala de Homofobia Moderna (Modern Homophobia Scale, MHS)

<i>Autor:</i>	S.H. Raja y J.P. Stokes
<i>Evalúa:</i>	Homofobia hacia gays y lesbianas
<i>Número de ítems:</i>	46 ítems (22 de homofobia hacia los gays y 24 de homofobia hacia las lesbianas)

En la década de los años sesenta del pasado siglo se acuñó el término homofobia para referirse al rechazo y desprecio que las personas, principalmente heterosexuales, sienten hacia los que se definen como gays o lesbianas. La homofobia es un prejuicio o una actitud discriminatoria dirigida hacia una persona en función de su identidad homosexual. Se caracteriza por un sentimiento de superioridad con respecto al otro, deshumanización del otro, que se ve como carente de emociones y conciencia (Viñuales, 2002).

La homofobia es un tipo de relación interindividual muy similar a otros conflictos como el racismo o el sexismo. Existen actitudes homófobas explícitas y hostiles, tales como la agresión verbal, física o psicológica hacia las personas homosexuales, y actitudes homófobas latentes o sutiles, tales como los discursos culturales o médicos sobre el carácter patológico de la homosexualidad o la incapacitación de las parejas homosexuales para la adopción, entre otras cuestiones que pretenden coartar la vivencia y expresión homosexual. Las investigaciones sobre estos fenómenos han apreciado una adaptación de estas conductas en las últimas décadas hacia expresiones más suaves y sutiles. Esta nueva forma de racismo se ha denominado ambivalente, simbólico, sutil o moderno.

Otra cuestión relevante es la sugerencia hecha por algunos autores para evaluar de forma separada las actitudes homofóbicas hacia lesbianas y gays, porque es conocido que los hombres evalúan de forma menos negativa a las lesbianas que a los hombres homosexuales, debido a que muchos de ellos atribuyen un elevado valor erótico a la homosexualidad femenina, más concretamente a la visualización de actividades sexuales entre dos mujeres.

La escala aquí presentada responde a esta naturaleza simbólica y evalúa esta forma sutil de racismo, basado en un odio encubierto e indirecto, tanto hacia hombres como hacia mujeres homosexuales, pues las actitudes varían en función del sexo de la persona

discriminada (Morrison y Morrison, 2002, 2011).

2.13.1. Descripción

La Escala de Homofobia Moderna (MHS, por sus siglas en inglés; Raja y Stokes, 1998) es un autoinforme que evalúa tres dimensiones de la homofobia moderna, tanto hacia hombres como hacia mujeres: homofobia institucional, malestar personal y desviación/modificación.

La escala se creó a partir de un conjunto inicial de 97 ítems, los cuales fueron obtenidos a partir de otros cuestionarios. Se pretendía con ello cubrir un rango de conductas delimitado, para lo cual se formuló una definición semántica clara que contenía malestar personal y homofobia institucional. De estos ítems, se eliminaron 19 que mostraron una excesiva asimetría; otros fueron eliminados siguiendo criterios psicométricos, tales como el peso del ítem en los análisis factoriales, la fiabilidad o la correlación ítem-total corregida, hasta quedar una de 46 elementos.

Los 24 ítems de la forma Homofobia hacia las Lesbianas (L) y los 22 de la de Homofobia hacia los Gays (G) se agruparon en tres factores. En la forma L, del ítem 1 al 11 forman el factor Homofobia institucional (p. ej., "Los empresarios deberían proporcionar un seguro médico para las parejas de sus empleadas lesbianas"), del 12 al 21 saturan en Malestar personal (p. ej., "No me importaría ir a una fiesta a la que asistan lesbianas") y, por último, los ítems 22, 23 y 24 se agrupan formando la dimensión Desviación/cambiabilidad (p. ej., "Los profesionales de la medicina y de la psicología deberían esforzarse para encontrar una cura para la homosexualidad femenina").

Por su parte la forma G, presenta una misma estructura tridimensional. Así, la dimensión Malestar personal está constituida por los ítems 1 a 9 (p. ej., "No me importaría trabajar con un chico homosexual"), Desviación/cambiabilidad está compuesta por los ítems 10 a 13 (p. ej., "La homosexualidad masculina es una enfermedad psicológica") y, por último, Homofobia institucional estaría formada por los ítems 14 a 22 (p. ej., "No me importa que las empresas usen homosexuales famosos para anunciar sus productos").

Algunos de los elementos que componen la MHS están redactados de forma inversa, por lo que habría que invertir las puntuaciones de los ítems 8, 9, 10, 11, 17, 22, 23 y 24 en la forma L y las de los ítems 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21 y 22 de la forma G. Todos ellos se contestan en una escala tipo Likert en la que 1 = Muy en desacuerdo, 2 = Bastante en desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4 = Bastante de acuerdo y 5 = Muy de acuerdo. En este sentido, puntuaciones más altas implicarían menor homofobia.

2.13.2. Propiedades psicométricas

Raja y Stokes (1998) validaron la escala original en una muestra de 322 estudiantes universitarios, llevando a cabo un análisis factorial exploratorio que dio lugar a la factorización expuesta en el apartado anterior, es decir, tres factores en cada una de las formas (G y L). La fiabilidad de las subescalas en esta muestra fue adecuada, oscilando los coeficientes alfa de Cronbach entre 0,85 de Desviación/cambiabilidad en la forma G y 0,92 en Malestar personal en la forma L; además, el coeficiente de fiabilidad de consistencia interna obtenido para las formas completas L y G fue de 0,95. Cabe reseñar las elevadas correlaciones observadas entre las distintas subescalas dentro de cada una de las formas G y L, lo cual estaría indicando que las escalas están relacionadas, pudiéndose emplear medidas generales de homofobia o, en su defecto, las específicas que otorgan las subescalas. Por otro lado, los indicadores de validez externa también fueron adecuados. Se ha observado una mayor homofobia (menores puntuaciones en el test) en los hombres que en las mujeres y se aprecian correlaciones significativas entre las puntuaciones de la MHS y otras escalas afines.

Rodríguez-Castro, Lameiras-Fernández, Carrera-Fernández y Vallejo-Medina (2013) llevaron a cabo la validación de la versión española en una muestra de 800 adolescentes. En este estudio se confirmó la dimensionalidad de la escala, empleándose para ello modelos de ecuaciones estructurales. De esta manera se replicó exactamente la estructura hallada por Raja y Stokes (1998), siendo el modelo tridimensional relacionado el que mejores índices de ajuste obtuvo, tanto en la forma G (RMSEA = 0,059) como en la L (RMSEA = 0,053). En España, la escala también obtuvo una buena fiabilidad, siendo el alfa de Cronbach mínimo observado de 0,83 y el más alto de 0,91. Todas las correlaciones ítem-total corregidas se situaron por encima de 0,30 y solo dos ítems aumentaban el alfa de la correspondiente subescala si eran eliminados (G13 y G14). Al igual que en la versión original, los varones españoles también se muestran de forma significativa más homófobos que las mujeres. Finalmente, las etiquetas de validez externa también sustentan unas buenas propiedades psicométricas de la escala, obteniéndose correlaciones significativas entre las puntuaciones de la MHS y transfobia, ataques contra el género, y sexismo hostil y benevolente, de modo que las personas que tienen actitudes más homofóbicas son, a su vez, las que asumen actitudes más sexistas hostiles y benevolentes.

2.13.3. Referencias

Morrison, M.A. y Morrison, T.G. (2002): "Development and validation of a scale measuring modern prejudice toward gay men and lesbian women". *Journal of Homosexuality*, 43: 15-37.

Morrison, M. A. y Morrison, T. G. (2011): "Sexual orientation bias toward gay men and lesbian women: Modera homonegative attitudes and their association with discriminatory behavioral intentions". *Journal of Applied Social Psychology*, 41: 2573-2599.

Raja, S.H. y Stokes, J.P. (1998): "Assessing Attitudes toward lesbians and gay men: The Modera Homophobia Scale". *Journal of Gay, Lesbian and Bisexual Identity*, 3: 113-134.

Rodríguez-Castro, Y., Lameiras-Fernández, M., Carrera-Fernández, V. y VallejoMedina, P. (2013): "Validación de la Escala de Homofobia Moderna en una muestra de adolescentes". *Anales de Psicología*, 29: 523-533.

Viñuales, O. (2002): *Lesbofobia*. Bellaterra. Barcelona.

3

Autoinformes para evaluar el funcionamiento sexual

3.1. Introducción

Entre los profesionales de la salud, el funcionamiento sexual ha sido, y sigue siéndolo, un área de gran interés y relevancia. Desde los planteamientos iniciales de Havellock Ellis en 1906, en los que la respuesta sexual se reducía a dos fases (tumescencia y detumescencia), pasando por otros autores clásicos de mitad del siglo xx como Alfred Kinsey, William H. Masters, Virginia E. Johnson o Hellen S. Kaplan, quienes fueron ampliando y completando sus fases (deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución), hasta situarnos en la época actual, el interés por la respuesta sexual ha ido en constante crecimiento. En la actualidad, existe cierto consenso al considerar que la respuesta o funcionamiento sexual estaría formada por diferentes fases: deseo, excitación, orgasmo y satisfacción sexual. No obstante, el acuerdo no es completo. Así, en la actualidad se está debatiendo si el deseo sexual y la excitación sexual son dos áreas diferentes, o si realmente representan el componente cognitivo y fisiológico de una misma dimensión. Ya en el año 1991, Snarch señalaba que el deseo sexual no constituía una fase estanca previa a la excitación sexual, tal como planteaba Kaplan en la década de los años setenta, sino que en realidad acompañaba a la excitación sexual, pudiendo experimentar oscilaciones a lo largo de todo el proceso, pasándose de este modo de un modelo bidimensional a uno tridimensional al explicar la respuesta sexual. En la edición del Diagnostic and Statistical Manual of Disorders-5 (DSM-5) publicada en 2013, en el caso de las mujeres, una de las novedades más significativas con respecto a las ediciones anteriores es que se combinan en una única disfunción sexual la alteración del deseo y la de la excitación sexual bajo la etiqueta de trastorno femenino del interés/ excitación sexual, el cual para ser diagnosticado requiere de la presencia de un mínimo de cuatro de los siguientes síntomas durante, al menos, seis meses: 1) ausencia o reducción del interés por la actividad sexual; 2) ausencia o reducción de pensamientos sexuales o fantasías eróticas; 3) ausencia de iniciativa para la actividad sexual y rara vez, o nunca, se es receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla; 4) ausencia o reducción de la excitación sexual/placer durante la actividad sexual (en todos o en casi todos los encuentros sexuales); 5) el deseo, rara vez o nunca, surge a partir de estímulos sexuales/eróticos internos o externos (p. ej., de forma escrita, verbal, visual, etc.); y 6) ausencia o reducción de sensaciones genitales y/o no genitales durante la actividad sexual en todos, o en casi todos, los encuentros sexuales. Los argumentos planteados para esta combinación

se fundamentan en la elevada correlación encontrada en las mujeres entre las puntuaciones en deseo y excitación (a diferencia de los hombres), en que los incrementos en excitación sexual van acompañados de aumentos del deseo sexual, y en que las mujeres tienen dificultades para diferenciar entre deseo y excitación sexual subjetiva. Este hecho no es más que un reflejo del planteamiento que se viene haciendo en los últimos años acerca de la existencia de modelos diferentes en la respuesta sexual de hombres (modelo lineal) y de mujeres (modelo no lineal), defendido entre otros autores por Basson. Aun teniendo en cuenta que el objetivo de este libro no es entrar en esta polémica, se debe señalar que los autoinformes estandarizados, hasta el momento, se muestran ajenos a estos debates, centrándose todos ellos en las fases de deseo, excitación, orgasmo y satisfacción sexual.

El deseo sexual constituye una dimensión de la respuesta sexual integrada claramente por factores biopsicosociales, pudiendo definirse como la frecuencia o interés con que una persona quiere o le apetece tener actividades o relaciones sexuales, independientemente del grado de excitación que alcance en ellas. En la actualidad se recomienda el uso del término interés sexual, pues enfatiza una mayor amplitud del constructo, en lugar de deseo, debido a su connotación más biológica. Por su parte, la excitación y el orgasmo, a pesar de que tienen una dimensión subjetiva muy importante, constituyen las fases de la respuesta sexual en las que más claramente se evidencian cambios fisiológicos, tal como los describieron Masters y Johnson en la década de los años sesenta del pasado siglo. La excitación sexual se caracteriza por una vasocongestión genital provocada por la vasodilatación de las arterias como consecuencia de la relajación de la musculatura lisa que rodea a las mismas y de la acción de determinados neurotransmisores como es el caso del óxido nítrico; además de la vasocongestión se produce una marcada miotonía en la zona genital y en otras zonas corporales. El orgasmo, a nivel fisiológico, se caracteriza básicamente por contracciones rápidas e intensas de todas las estructuras internas y externas de los órganos genitales; a nivel subjetivo se caracterizaría por una sensación de intenso placer acompañada de una alteración del nivel de conciencia. Por último, la satisfacción sexual constituiría el único componente exclusivamente subjetivo de la respuesta sexual y podría ser definida como una valoración subjetiva que hace el propio individuo de los aspectos positivos y negativos de sus actividades (relaciones) sexuales. La satisfacción sexual está determinada por múltiples factores del propio individuo (p. ej., actitudes sexuales o estados emocionales), de las relaciones íntimas (p. ej., asertividad sexual o deseo y excitación sexual), de las redes de apoyo social e, incluso, de factores socioculturales, como por ejemplo, la religiosidad.

Si no existe un acuerdo completo acerca de las dimensiones que realmente componen la respuesta sexual humana, lógicamente, las discrepancias relacionadas con las alteraciones de la misma, es decir, con la clasificación de las disfunciones sexuales, también son habituales. Existen múltiples clasificaciones - las cuales llegan a emplear

diferente terminología - para categorizar los problemas del funcionamiento sexual. La publicación del DSM-5, lejos de encontrar consenso, ha incrementado la diversidad aún más. Así, en la actual clasificación de trastornos mentales de la American Psychiatric Association se proponen las siguientes disfunciones sexuales: trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino, trastorno de la erección, eyaculación precoz, eyaculación retardada, trastorno femenino del interés/excitación sexual, trastorno orgásmico femenino, trastorno de dolor genito-pélvico/penetración, disfunción sexual inducida por sustancias/medicación, otras disfunciones sexuales especificadas (p. ej., aversión sexual) y, por último, disfunción sexual no especificada.

Teniendo en cuenta estas discrepancias y cuestiones polémicas, de forma general, y a grandes rasgos, se podría hablar de problemas en cada una de las áreas de la respuesta sexual asociados a: a) presencia o duración de los componentes de la respuesta sexual en mayor medida de lo deseado; b) menor presencia o duración de lo deseado en algunas de las áreas de la respuesta sexual; y c) aparición de dolor en alguna fase concreta de la respuesta sexual. Algunos de los trastornos más comunes entre los hombres son la disfunción eréctil o la eyaculación precoz, mientras que en las mujeres éstos suelen estar relacionados con un bajo deseo sexual, la incapacidad para alcanzar el orgasmo o el sexo no placentero.

3.1.1. Prevalencia de las disfunciones sexuales

Al igual que sucede en la mayoría de psicopatologías, los datos de prevalencia de los problemas en el funcionamiento sexual son bastante heterogéneos. En el presente libro, se han recopilado algunas de las estadísticas que cuentan con mayor aval científico. En general, parece ser que la prevalencia de problemas sexuales en la mujer (43%) es más común que en los hombres (31%) (Laumann, Paik y Rosen, 1999; Sierra, Vallejo-Medina, Santos-Iglesias y Lameiras Fernández, 2012). En el estudio de Nicolosi et al. (2004) se observa cómo el 39% de mujeres y el 28% de hombres sufren al menos una disfunción sexual. Además, hay que considerar la gran relación existente entre funcionamiento sexual y edad, lo que provoca grandes diferencias en las cifras si la edad no es controlada, ya que multitud de estudios han evidenciado que a mayor edad, mayor es el número de problemas con la función sexual (Sierra et al., 2012, 2013).

De forma más específica, en varones, la prevalencia de la disfunción eréctil es, junto con la eyaculación precoz, uno de los trastornos sexuales más prevalentes. En un estudio epidemiológico llevado a cabo en Estados Unidos, empleando una muestra de 1.709 hombres, se observa una probabilidad de sufrir disfunción eréctil (de cualquier magnitud) en algún momento de la vida en el 52% de los casos; si hablamos de disfunción eréctil moderada, el porcentaje sería del 17%, por un 5% si nos referimos a problemas graves (Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane y McKinlay, 1994). En otro estudio, Johannes et al. (2000) observaron que, de media, la incidencia de la disfunción eréctil es de un 2,6%. En España, Sierra et al. (2012) aprecian que un 19,06% de una muestra de 1.385

varones de 18 a 83 años tenían dificultades para conseguir la erección. No obstante, hay que considerar que la edad es una variable muy influyente en la disfunción eréctil, haciendo que los porcentajes puedan variar bastante en función de la edad media de la muestra.

La eyaculación precoz es igualmente un trastorno sexual altamente prevalente en varones. Estudios clásicos han sugerido que la prevalencia de esta disfunción, que no está tan influenciada por la edad como la disfunción eréctil, oscila entre el 4% y el 39%. Estudios más recientes, como por ejemplo el de Porst et al. (2007), realizado sobre una muestra de 12.133 varones de tres países (Estados Unidos, Alemania e Italia), señala una tasa de prevalencia del 22,7%. En otro estudio, se observó cómo el 32,5% de los 1.158 hombres de 21 años evaluados, reconocieron que al menos el 50% de las veces que eyaculan lo hacen antes de lo que les gustaría; entre estos, a un 16,3% este hecho le supone un problema (Rowland et al., 2004).

Otros trastornos presentes en varones como bajo deseo sexual o sexo no placentero son menos prevalentes, siendo de un 14,65% y un 8,34%, respectivamente, según Laumann et al. (1999). En el estudio de Sierra et al. (2012), realizado en España, se informa de que un 25,7% de varones presenta bajo interés sexual y que un 29,2% manifiesta baja satisfacción sexual.

Con respecto a las mujeres, la inhibición en el deseo sexual constituye uno de los problemas más prevalentes. En el estudio de Laumann et al. (1999), un 31,56% de las mujeres evaluadas mostraban un bajo deseo sexual. West et al. (2008), en una muestra representativa de Estados Unidos formada por 2.207 mujeres, hallaron un porcentaje del 26,7% en mujeres premenopáusicas, duplicándose en el caso de mujeres menopáusicas (52,4%). En España, este porcentaje ha sido ligeramente superior, ya que un 39,8% de las mujeres entrevistadas informaban de un bajo interés sexual (Sierra et al., 2012).

Otro trastorno de gran relevancia entre la población femenina es el relacionado con la dificultad o imposibilidad para alcanzar el orgasmo. Spector y Carey (1990) informan, tras analizar los resultados de 23 estudios, que la prevalencia de este trastorno femenino está en torno al 5-10%. Por su parte, Laumann et al. (1999) observaron que casi el 24% de las mujeres tenían este problema. En España, Sierra et al. (2012) indican datos más elevados a los descritos en otras muestras: 35,2% de las mujeres evaluadas.

El último de los trastornos de gran prevalencia en mujeres tiene que ver con la insatisfacción sexual. En el estudio de referencia, Laumann et al. (1999) encuentran que un 24% de las mujeres sufren este problema. En España, Sierra et al. (2012) informan un porcentaje sensiblemente superior: un 35%.

Otros trastornos menos prevalentes en mujeres serían los problemas de lubricación (16%) (Nicolosi et al., 2004) o la aparición de dolor durante el acto sexual (15,5%)

(Laumann et al., 1999).

3.1.2. Variables biosociopsicosexuales relacionadas con el funcionamiento sexual

El funcionamiento sexual es una de las dimensiones de la sexualidad más ampliamente evaluada. No obstante, debido a su naturaleza multicausal, en ocasiones evaluar exclusivamente la función sexual puede no ser lo más recomendable. A lo largo del último medio siglo, los investigadores en este campo han compilado mucha información acerca de qué variables o patologías pueden afectar a la función sexual. Así, las disfunciones sexuales pueden tener en ocasiones un carácter primario, pero otras muchas veces pueden estar asociadas y ser secundarias, por tanto, a otros trastornos. Sin ser el objetivo del presente libro elaborar un listado completo de los factores biológicos, sociales y psicológicos que afectan al funcionamiento sexual, hay que destacar al menos los más relevantes para el conocimiento del lector.

Algunas de las variables biológicas más importantes que pueden afectar al funcionamiento sexual serían la edad, el daño o desequilibrio a nivel de neurotransmisores en algunas regiones cerebrales o medulares, diversos desequilibrios hormonales, el consumo de drogas o fármacos, algunas enfermedades metabólicas como la diabetes, las enfermedades cardíacas, la artritis, el cáncer o el sida, entre otras.

Diversas variables sociales o interpersonales también afectan directamente a la función sexual; algunas de las más comunes serían los conflictos maritales, las diferencias culturales dentro de la pareja, la religiosidad, los roles de género estereotipados o las expectativas sociales de un encuentro sexual.

Por último, en el ámbito psicológico estarían interviniendo variables psicológicas y psicosexuales. Las más relevantes serían las experiencias previas, las fantasías sexuales, la personalidad, las actitudes hacia la sexualidad, la culpabilidad sexual, la ansiedad, el estrés, la depresión, la asertividad sexual o la autoestima sexual.

3.1.3. Tipos de autoinformes para evaluar el funcionamiento sexual

Los investigadores en el campo de la sexualidad humana y los especialistas en Sexología Clínica llevan más de 50 años creando cuestionarios, escalas, tests, inventarios o listados para evaluar el funcionamiento sexual. En la actualidad, se dispone de un amplio abanico de posibilidades para evaluar la respuesta sexual y en función del objetivo planteado se podrán emplear unos u otros. En la monografía de Fisher et al. (2011), que supone el compendio más importante de autoinformes relacionados con la sexualidad, se incluyen 18 instrumentos para evaluar funcionamiento sexual o disfunciones sexuales, 3 para deseo sexual, 7 para excitación, 4 para el orgasmo y 3 para la satisfacción sexual.

La clasificación podría abordarse de diferentes maneras, pero se ha optado por

considerar cuatro aspectos que permitan una clasificación útil y funcional: 1) sexo de la persona evaluada (autoinformes para hombres, para mujeres o para ambos); 2) extensión del autoinforme (muy breves, breves o largos); 3) componentes evaluados del funcionamiento sexual (autoinformes globales, autoinformes que evalúan varias dimensiones o autoinformes específicos que solo evalúan una dimensión); y 4) acercamiento a la respuesta sexual: visión positiva o centrada en el funcionamiento sexual y visión más patológica centrada en las disfunciones sexuales. Véase el cuadro 3.1, en el cual los autoinformes adaptados a población española mantienen sus siglas en inglés.

A) Según el sexo de la persona evaluada

Hasta la fecha parece existir consenso respecto a que hombres y mujeres presentan prácticamente las mismas fases de la respuesta sexual: deseo, excitación, orgasmo, resolución y satisfacción sexual. La fase de resolución es más propia de los varones y no suele incluirse en los autoinformes. Ahora bien, como se ha comentado anteriormente, aunque la existencia de las fases es aplicable a ambos sexos, la importancia de éstas, y los problemas asociados a ellas, varían de un sexo a otro. Por este motivo, existen autoinformes que abordan el funcionamiento sexual de forma exclusiva en hombres o en mujeres, mientras que otros se podrían aplicar a ambos sexos con preguntas comunes y específicas para cada uno de ellos. A continuación se ubica cada uno de los autoinformes que se presentan en este libro en la sección que le corresponde según el sexo de la persona evaluada.

1. Autoinformes exclusivos para hombres. Inventario Breve de Función Sexual (BSFI), Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual-Forma Reducida para Hombres (CFSQ-14-M), índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) y Escalas de Inhibición y Excitación Sexual (SIS/SES).
2. Autoinformes exclusivos para mujeres. Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual-Forma Reducida para Mujeres (CFSQ-14-F) e Inventario de Excitación Sexual/Inhibición Sexual para Mujeres (SESII-W).
3. Autoinformes mixtos. Funcionamiento Sexual Global (GSF), Cuestionario de Funcionamiento Sexual-Hospital General de Massachusetts (MGHSFQ), Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria al Tratamiento con Psicofármacos (PRSex-DQ), Inventario de Interacción Sexual (511), Test del Deseo Sexual Inhibido (TDSI), Inventario de Deseo Sexual (SDI), Inventario de Excitación Sexual-Ampliado (SAI-E), Escalas de Inhibición y Excitación Sexual-Forma Breve (SIS/SES-SF), Escala de Calificación del Orgasmo (ORS), Índice de Satisfacción Sexual (ISS) y Cuestionario del Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual (IEMSSQ).

B) Según la extensión del autoinforme

Otra forma útil de clasificar a los autoinformes es teniendo en cuenta su extensión. En función del tiempo disponible para realizar la evaluación, se puede seleccionar un instrumento más breve o más largo. De manera orientativa, y arbitraria, se podrían clasificar los instrumentos incluidos en este libro en tres tipos: muy breves (aquellos de 10 o menos ítems), breves (entre 11 y 20 ítems) y largos (de más de 20 ítems).

1. Autoinformes muy breves. Cuestionario de Funcionamiento Sexual Hospital General de Massachusetts (MGH-SFQ), Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria al Tratamiento con Psicofármacos (PRSex-DQ) e Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF).
2. Autoinformes breves. Funcionamiento Sexual Global (GSF), Inventario Breve de Función Sexual (BSFI), índice de Función Sexual Femenina (FSFI), Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual-Forma Reducida para Hombres (CFSQ-14-M), Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual-Forma Reducida para Mujeres (CFSQ-14-F), Inventario de Interacción Sexual (SI1), Test del Deseo Sexual Inhibido (TDSI), Inventario de Deseo Sexual (SDI) y Escalas de Inhibición y Excitación Sexual-Forma Breve (SIS/SES-SF).
3. Autoinformes largos. Inventario de Excitación Sexual-Ampliado (SAI-E), Escalas de Inhibición y Excitación Sexual (SIS/SES), Inventario de Excitación Sexual/Inhibición Sexual para Mujeres (SESII-W), Escala de Calificación del Orgasmo (ORS), Índice de Satisfacción Sexual (ISS) y Cuestionario del Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual (IEMSSQ).

C) Según los componentes de la respuesta sexual evaluados

Otro criterio de elección para seleccionar un determinado autoinforme sería el área de la respuesta sexual humana que se desee evaluar. En algunas ocasiones una medida general podría ser adecuada, en otras sería necesario obtener información precisa de diversas áreas, o es posible que se busque información sobre una sola dimensión del funcionamiento sexual en particular. Según este esquema existirían tres tipos de autoinformes: globales, diferentes componentes de la respuesta sexual (multidimensionales) y específicos de un solo componente. Cabe indicar que algunos de ellos pueden interpretarse de forma global, a partir de la puntuación total, o teniendo en cuenta las diferentes subescalas, examinando la puntuación en cada una de ellas, como es el caso del Inventario Breve Funcional Sexual (BSFI), por ejemplo.

1. Autoinformes globales. Funcionamiento Sexual Global (GFS), Cuestionario de Funcionamiento Sexual-Hospital General de Massachusetts (MGHSFQ), Inventario Breve de Función Sexual (BSFI) y Cuestionario de Disfunción Sexual

Secundaria al Tratamiento con Psicofármacos (PRSexDQ).

2. Autoinformes con diferentes subescalas para diferentes componentes. Cuestionario de Funcionamiento Sexual-Hospital General de Massachusetts (MGH-SFQ), Inventario Breve de Función Sexual (BSFI), índice de Función Sexual Femenina (FSFI), Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual-Forma Reducida para Hombres (CFSQ-14-M), Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual-Forma Reducida para Mujeres (CFSQ-14-F) e Inventario de Interacción Sexual (511).
3. Autoinformes que evalúan una única dimensión de la respuesta sexual. Test del Deseo Sexual Inhibido (TDSI), Inventario de Deseo Sexual (SDI), índice Internacional de Función Eréctil (IIEF), Inventario de Excitación Sexual-Ampliado (SAI-E), Escalas de Inhibición y Excitación Sexual (SIS/SES), Inventario de Excitación Sexual/Inhibición Sexual para Mujeres (SESII-W), Escalas de Inhibición y Excitación Sexual-Forma Breve (SIS/SES-SF), Escala de Calificación del Orgasmo (ORS), índice de Satisfacción Sexual (SII) y Cuestionario del Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual (IEMSSQ).

D) Según enfoquen una visión más centrada en el grado de salud sexual o en la identificación de disfunciones sexuales

No todos los autoinformes que evalúan la respuesta sexual se pueden posicionar claramente en una de estas dos categorías. No obstante, es interesante para los lectores la posibilidad de escoger un cuestionario en función de la perspectiva de la evaluación. En ocasiones, simplemente se desea conocer el funcionamiento sexual, mientras que en otras se requiere observar la presencia de disfunciones sexuales. Así, existen algunos cuestionarios que preguntan claramente por la respuesta sexual habitual mientras que otros indagan sobre la presencia de disfunciones sexuales. No obstante, cabe señalar que suele ser habitual emplear autoinformes con una visión positiva para identificar problemas en el funcionamiento sexual a partir de puntuaciones bajas en los mismos.

1. Autoinformes centrados en el grado de salud sexual. Funcionamiento Sexual Global (GSF), Cuestionario de Funcionamiento Sexual-Hospital General de Massachusetts (MGH-SFQ), Inventario Breve de Función Sexual (BSFI), índice de Función Sexual Femenina (FSFI), Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual-Forma Reducida para Hombres (CFSQ-14-M), Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual-Forma Reducida para Mujeres (CFSQ-14-F), Inventario de Interacción Sexual (SII), Inventario de Deseo Sexual (SDI), Inventario de Excitación Sexual-Ampliado (SAI-E), Escalas de Inhibición y Excitación Sexual (SIS/SES), Inventario de Excitación Sexual/Inhibición Sexual para Mujeres (SESII-W), Escalas de Inhibición y Excitación Sexual-Forma Breve (SIS/SES-SF), Escala de Calificación del Orgasmo (ORS), Índice de Satisfacción Sexual (ISS) y

Cuestionario del Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual (IEMSSQ).

2. Autoinformes centrados en la identificación de disfunciones sexuales. Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria al Tratamiento con Psicofármacos (PRSex-DQ), Test del Deseo Sexual Inhibido (TDSI) e índice Internacional de Función Eréctil (IIEF).

Cuadro 3.1. Clasificación de autoinformes para evaluar el funcionamiento sexual

	H	M	Mx	Mb	B	L	G	Md	E	Sal	Disf
GSF			X		X		X			X	
MGH-SFQ			X				X	X		X	
BSFI	X			X	X		X	X		X	
FSFI		X			X		X	X		X	
CSFQ-14-M	X				X		X	X		X	
CSFQ-14-F		X			X		X	X		X	
PRSex-DQ			X	X			X	X			X
SII			X		X			X		X	
TDSI			X		X				X		X
SDI			X		X				X	X	
IIEF		X			X				X		X
SAI-E			X					X	X	X	
SIS/SES	X							X	X	X	
SESII-W		X						X	X	X	
SIS/SES-SF			X					X	X	X	
ORS			X					X	X	X	
ISS			X					X	X	X	
IEMSSQ			X					X	X	X	

Notas. Los autoinformes adaptados a población española mantienen sus siglas en inglés. H: hombres; M: mujeres; Mx: mixto, ambos sexos; Mb: muy breve; B: breve; L: largo; G: global; Md: multidimensional; E: específico; Sal: autoinformes más centrados en la salud sexual; Disf: autoinformes más centrados en la identificación de disfunciones sexuales. GSF: Funcionamiento Sexual Global; MGH-SFQ: Cuestionario de Funcionamiento Sexual-Hospital General de Massachusetts; BSFI: Inventario Breve de Función Sexual; FSFI: Índice de Función Sexual Femenina; CSFQ-14-M: Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual-Forma Reducida para Hombres; CSFQ-14-F: Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual-Forma Reducida para Mujeres; PRSex-DQ: Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria al Tratamiento con Psicofármacos; SII: Inventario de Interacción Sexual; TDSI: Test del Deseo Sexual Inhibido; SDI: Inventario de Deseo Sexual; IIEF: Índice Internacional de Función Eréctil; SAI-E: Inventario de Excitación Sexual-Ampliado; SIS/SES: Escalas de Inhibición y Excitación Sexual; SESII-W: Inventario de Excitación Sexual/Inhibición Sexual para Mujeres; SIS/SES-SF: Escalas de Inhibición y Excitación Sexual-Forma Breve; ORS: Escala de Calificación del Orgasmo; ISS: Índice de Satisfacción Sexual; IEMSSQ: Cuestionario del Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual.

3.2. Funcionamiento Sexual Global (Global Sexual Functioning, GSF)

<i>Autores:</i>	L. Creti, C.S. Fichten, R. Amsel, W. Brender, L.R. Schover, D. Kalogeropoulos y E. Libman
<i>Evalúa:</i>	Funcionamiento sexual global
<i>Número de ítems:</i>	12 ítems para hombres y 12 para mujeres

El funcionamiento sexual es uno de los constructos relacionados con la sexualidad humana que cuenta con más instrumentos autoadministrables de evaluación, lo cual parece lógico pues los datos de prevalencia de las disfunciones sexuales suelen situarse por encima del 30%, tanto en mujeres como en hombres. Con unas cifras de prevalencia tan elevadas, es de gran importancia realizar una evaluación clínica precisa, que permita examinar con detalle el funcionamiento sexual, incluso valorando su evolución a lo largo de la terapia sexual.

Pese a que muchas alteraciones de la respuesta sexual son específicas, o al menos más prevalentes, a uno de los dos sexos, en ocasiones se puede equiparar a hombres y mujeres al hablar del funcionamiento sexual global. De esta forma, se haría uso de una sola medida estandarizada para ambos. Un buen ejemplo de este tipo de instrumentos lo constituye la escala de Funcionamiento Sexual Global (GFS, por sus siglas en inglés; Creti et al., 1998), la cual permite evaluar el funcionamiento sexual de hombres y mujeres de forma global.

3.2.1. Descripción

La GFS es una escala formada por 12 ítems para hombres y 12 para mujeres (16 en total, ya que algunos son comunes a ambos sexos). Está basada en una escala previa de Nowinski y LoPiccolo (1979), la Sexual History Form (SHF), la cual agrupaba originalmente 28 ítems, y a la que se le adicionaron nuevos elementos hasta alcanzar un total de 46. Entre estos 46 ítems se encuentran los 16 que forman la FSG, concretamente, los ítems 1, 2, 6, 7, 10 (este último solo para hombres), 16, 18 (éste exclusivo para hombres), 19 (solo para hombres), 22 (exclusivo para hombres), 23, 24, 25, 26 (este último solo para mujeres), 27 (solo para mujeres), 29 (exclusivo para mujeres) y 37 (solo para mujeres). Estos ítems se seleccionaron de forma que fueran representativos de algunas áreas concretas de la sexualidad y función sexual (frecuencia de la actividad sexual, deseo sexual, excitación, orgasmo y capacidad eréctil). Algunos ejemplos de ítems son los siguientes: 1) comunes para hombres y mujeres, p. ej., "¿Con qué frecuencia tienen usted y su pareja relaciones o actividades sexuales?"; 2) exclusivos para hombres, p. ej., "¿Alcanza el orgasmo mientras trata de introducir el pene en la vagina?"; y 3) exclusivos para las mujeres, p. ej., "¿Puede alcanzar el orgasmo (sensación de clímax) mediante la estimulación de sus genitales con un vibrador o cualquier otro medio (por ejemplo, agua corriente, frotación con algún objeto, etc.)?".

Los ítems que forman la FSG se responden en una escala de tipo Likert de 5, 6 o 9 alternativas, cada una de ellas con una etiqueta lingüística diferente. La puntuación total estandarizada, la cual oscila entre 0 y 1, se obtiene de la siguiente manera. Cada una de las puntuaciones de los ítems 1, 2, 6 y 7 se dividen entre 9, las de los ítems 10, 18, 19, 22 y 29 se dividen entre 6, y las de los ítems 16, 23, 24, 25, 26, 27 y 37 entre 5. En el caso de los ítems 23, 24, 25, 26, 27 y 37 si el sujeto marca la opción 6 ("No lo he intentado"), se elimina el ítem del cómputo final. Una vez llevadas a cabo estas operaciones se calcula la suma de todos los ítems y se divide entre el número de ellos (12 en el caso de no ser eliminado alguno por no intentar la conducta sexual recogida en ese ítem), calculando de este modo una media que será la puntuación final estandarizada, la cual oscilará entre 0 (buen funcionamiento sexual) y 1 (mal funcionamiento sexual), es decir, cuanto más se aproxime a cero mejor será el funcionamiento sexual del sujeto. En resumen, la puntuación final se obtiene mediante tres pasos: 1) conversión de las puntuaciones de cada ítem en proporciones; 2) suma de las proporciones; y 3) división de la suma total entre el número de ítems considerados (12 en el caso de no haber descartado ninguno).

A pesar de que, hasta donde conocemos, la escala de Funcionamiento Sexual Global no ha sido validada en población española, la SHF original de 28 ítems (de la cual surge la GSF) fue empleada en el estudio de Ávila Escribano, Pérez Madruga, Olazábal Ulacia y López Fidalgo (2004) para evaluar la frecuencia de disfunciones sexuales en una muestra de pacientes con alcoholismo.

3.2.2. Propiedades psicométricas

Los autores de la escala GSF informan de coeficientes de fiabilidad de consistencia interna que oscilan entre 0,50 y 0,70, así como de una estabilidad temporal con valores promedio de 0,92 (Creti et al., 2011). A pesar de que la GSF ha sido publicada por Creti et al. en 1998, existen algunos estudios previos a ese año que ya se interesaron por algunas de sus propiedades psicométricas.

En cuanto a la validez de la versión masculina, se ha observado una adecuada validez discriminante al encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas por un grupo de varones diagnosticados con disfunciones sexuales y otro grupo con buen funcionamiento sexual, así como cambios significativos en las puntuaciones de pacientes en tratamiento a medida que evolucionaba la terapia sexual o en función de la edad. Además, sus puntuaciones se han correlacionado con la satisfacción sexual, la autoeficacia sexual o el deseo sexual (Creti et al., 2011). Por lo que respecta a la versión femenina, su validez discriminante ha sido puesta a prueba, obteniéndose peores puntuaciones en mujeres con disfunciones sexuales y en mujeres mayores; sus puntuaciones correlacionaron con la armonía sexual, la satisfacción sexual, con el deseo sexual y con un repertorio sexual diverso (Creti et al., 2011). Otros indicios

acerca de la validez de la escala se pueden encontrar en Creti et al. (2011).

Como ya se ha comentado, hasta la fecha no se ha llevado a cabo la validación de este instrumento en población española. El único dato empírico es la puntuación media obtenida por Ávila Escribano et al. (2004) en una muestra de pacientes alcohólicos: 0,41 (desviación típica = 0,15).

3.2.3. Referencias

Ávila Escribano, J.J., Pérez Madruga, A., Olazábal Ulacia, J.C. y López Fidalgo, J. (2004): "Disfunciones sexuales en el alcoholismo". *Adicciones*, 16 (4): 1-6.

Creti, L., Fichten, C.S., Amsel, R., Brender, W., Schover, L.R., Kalogeropoulos, D. y Libman, E. (1998): "Global Sexual Functioning: A Single Summary Score for Nowinski and LoPiccolo's Sexual History Form (SHF)". En Davis C.M., Yarber, W.L., Bauserman, R., Schreer, G. y Davis, S.L., *Handbook of sexuality-related measures*. Sage Publications. Thousand Oaks.

Creti, L., Fichten, C.S., Amsel, R., Brender, W., Schover, L.R., Kalogeropoulos, D. y Libman, E. (2011): "Global Sexual Functioning: A Single Summary Score for Nowinski and LoPiccolo's Sexual History Form (SHF)". En Fisher, T., Davis C.M., Yarber, W.L. y Davis, S.L., *Handbook of sexuality-related measures*. Routledge. Nueva York.

Nowinski, J.K. y LoPiccolo, J. (1979): "Assessing sexual behaviors in couples". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 5: 225-243.

3.3. Cuestionario de Funcionamiento Sexual-Hospital General de Massachusetts (Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire, MGH-SFQ)

<i>Autores:</i>	L.A. Labbate y S.B. Lare
<i>Evalúa:</i>	Dimensiones del funcionamiento sexual de hombres y mujeres (deseo, excitación, orgasmo y satisfacción); además, en los hombres evalúa la erección
<i>Número de ítems:</i>	5 ítems para hombres y 4 para mujeres

Encuestas realizadas en múltiples países señalan que entre un 40% de mujeres y un 30% de hombres presentan algún tipo de disfunción sexual. Estos datos hacen que las alteraciones en alguno de los componentes de la respuesta sexual constituyan uno de los trastornos más frecuentes de origen psicobiológico. Desde un punto de vista orgánico, los problemas en el funcionamiento sexual pueden deberse a múltiples causas (problemas vasculares, neurológicos, hormonales, asociados a enfermedades, asociados a

medicamentos/drogas, etc.). Desde un punto de vista psicológico, se trata igualmente de un fenómeno complejo, pues las disfunciones sexuales pueden estar asociadas a problemas de pareja, a una baja autoestima sexual, a problemas de asertividad sexual, erotofobia, ansiedad, depresión, etc. Evaluar no solo el origen de los problemas sexuales, sino también su naturaleza se ha convertido en una constante a lo largo de los últimos años. Por tanto, cobran especial interés aquellos instrumentos que permiten identificar de forma rápida, fiable y válida cualquier afectación de la respuesta sexual.

3.3.1. Descripción

El Cuestionario de Funcionamiento Sexual-Hospital General de Massachusetts (HGM-SFQ, por sus siglas en inglés; Labbate y Lare, 2001) es un instrumento muy breve que evalúa, en el contexto temporal del último mes, cinco dimensiones del funcionamiento sexual en hombres y cuatro en mujeres. Los cinco ítems se elaboraron a partir del Guided Interview Questionnaire y de la Arizona Sexual Experience Scale (Faya, Rankin, Alpert, Nierenberg y Worthington, 1998). Sus ítems se refieren al interés sexual, a la capacidad de excitación, a la capacidad para conseguir el orgasmo, a la satisfacción sexual global y a la capacidad para mantener la erección (solo en el caso de los hombres). Los ítems se han contestado tradicionalmente en una escala de seis alternativas, desde 1 (más de lo normal) hasta 6 (totalmente disminuido). Dado que la opción de respuesta "más de lo normal" es ambigua en su interpretación (se podría considerar tanto como algo positivo como algo negativo), ésta fue eliminada de la adaptación española de Sierra, VallejoMedina, Santos-Iglesias y Lameiras Fernández (2012), quedando la escala de respuesta de los cinco ítems de la siguiente manera: 0 (totalmente disminuido), 1 (marcadamente disminuido), 2 (moderadamente disminuido), 3 (mínimamente disminuido) y 4 (normal). De esta manera, mientras en la escala original una mayor puntuación implica un peor funcionamiento sexual, en la adaptación española sucede justamente lo contrario.

En el estudio original se estableció como criterio de diagnóstico laxo, puntuaciones iguales o peores a "mínimamente disminuido" y como criterio más estricto puntuaciones iguales o peores a "moderadamente disminuido".

La brevedad del instrumento le otorga un marcado interés para la práctica clínica sobre todo en evaluaciones con una notable presión temporal como por ejemplo en el contexto de la atención primaria. El HGM-SFQ es capaz de detectar los efectos de fármacos en el funcionamiento sexual. Además, es sensible a cambios en el funcionamiento sexual en pacientes con trastornos psicológicos que reciben tratamiento cognitivo-conductual. Por tanto, el HGM-SFQ constituye un instrumento con una excelente relación coste-beneficio al identificar disfunciones sexuales, tanto en hombres como en mujeres.

3.3.2. Propiedades psicométricas

El HGM-SFQ fue validado originalmente en una muestra de 100 hombres con una media de 50 años que estaban bajo tratamiento ambulatorio en una clínica estadounidense. Labbate y Lare (2001) encontraron correlaciones moderadas y significativas entre las áreas del Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) y cada ítem correspondiente del HGM-SFQ. El CSFQ mostró un 90% de casos de disfunción sexual en la muestra clínica, por un 77% observado mediante el HGMSFQ. Salvo en la versión española, no existen indicios de validación en mujeres, ni evidencias de validez o de estructura factorial.

Sierra et al. (2012), basándose en la traducción de Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz y Bousoño (2002), realizaron la validación de la escala en España, para la que emplearon una amplia muestra de 3.050 sujetos (45,41% eran varones y un 54,59% eran mujeres) de entre 18 y 83 años (siendo la media 41,51 años). La media de respuesta de los participantes se situó, tanto en hombres como en mujeres, en 3 (recordamos que las puntuaciones oscilan de 0 a 4), siendo la media por tanto superior al punto medio teórico del cuestionario, tal como sería esperable en poblaciones no clínicas. Las correlaciones ítem-total corregidas de todos los ítems son superiores a 0,68 en todos los casos. La fiabilidad de consistencia interna de la escala es de 0,90 y 0,93 en hombres y mujeres, respectivamente. Sierra et al. (2012) pusieron a prueba la dimensionalidad de la escala observando que en ambos sexos se hallaba una estructura unidimensional que explicaba un 71% de varianza en hombres y un 83% en mujeres. No obstante, Sierra y colaboradores defienden que a raíz de las correlaciones observadas entre los ítems - que si bien son elevadas-, no lo son tanto como para no permitir una interpretación de cada ítem por separado. Se puede concluir, por tanto, que la puntuación total sería un reflejo del funcionamiento sexual global, mientras que las puntuaciones parciales de los cinco ítems constituirían un indicador de la afección de cada una de las cinco áreas del funcionamiento sexual evaluadas. En esta validación española de Sierra et al. (2012) se obtienen adecuados indicadores de validez externa al observarse correlaciones significativas (bajas y moderadas) entre las puntuaciones del HGM-SFQ y la asertividad sexual (0,18 y 0,31 en hombres y mujeres, respectivamente), el deseo sexual diádico (0,44 y 0,58 en hombres y mujeres, respectivamente) y la satisfacción sexual (0,44 y 0,58 en hombres y mujeres, respectivamente). Además, el HGM-SFQ se ha mostrado con capacidad para detectar más mujeres que hombres con disfunciones sexuales, así como más personas mayores que jóvenes con alguna afectación de la respuesta sexual.

En la versión española los autores plantean un punto de corte liberal para considerar - al menos - indicio de problemas en el funcionamiento sexual. Así, se considera que puntuaciones inferiores o equivalentes a 3 (mínimamente disminuido) en población sana serían indicadores de algún problema asociado al contenido de cada ítem.

3.3.3. Referencias

Bobes, J.G., Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2002): Banco de

instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Psiquiatría Editores. Barcelona.

Fava, M., Rankin, M.A., Alpert, J.E., Nierenberg, A.A. y Worthington, J.J. (1998): "An open trial of oral sildenafil in antidepressant-induced sexual dysfunction". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67: 328-331.

Labbate, L.A. y Lare, S. B. (2001): "Sexual dysfunction in male psychiatric outpatients: Validity of the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70: 221-225.

Sierra, J.C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P. y Lameiras Fernández, M. (2012): "Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española". *Atención Primaria*, 44: 516-524.

3.4. Inventario Breve de Función Sexual (Brief Sexual Function Inventory, BSFI)

<i>Autores:</i>	M.P. O'Leary, F.J. Fowler, W.R. Lenderking, B. Barber, P.P. Sagner, H.A. Guess y M.J. Barry
<i>Evalúa:</i>	Cinco áreas relacionadas con el funcionamiento sexual de los hombres: impulso sexual, función eréctil, eyaculación, problemas y satisfacción general
<i>Número de ítems:</i>	11 ítems

En los hombres, la sexualidad constituye una de las áreas más afectadas a lo largo de la vida por problemas de salud. Según la Declaración Universal de los Derechos Sexuales (World Association for Sexual Health, 1999), todas las personas tienen derecho al placer sexual y a la atención clínica de la salud sexual. Así, y debido a la gran presión temporal a la que están sometidos muchos de los profesionales de la salud, resulta sumamente conveniente disponer de instrumentos que, además de ser fiables y válidos, sean breves. Al existir múltiples causas por las que la respuesta sexual masculina puede verse perjudicada (ansiedad, depresión, problemas de pareja, hipertensión, cáncer, diabetes, medicaciones, etc.), en ocasiones resulta útil explorar de forma breve y precisa la posible aparición de problemas asociados al funcionamiento sexual. Para ello, instrumentos breves no intrusivos serían altamente recomendables. Un ejemplo de ellos sería el Inventario Breve de Función Sexual de O'Leary et al. (1995).

3.4.1. Descripción

El Inventario Breve de Función Sexual (BSFI, por sus siglas en inglés; O'Leary et al., 1995) es un autoinforme breve que permite evaluar el funcionamiento sexual del hombre en los últimos 30 días. Ha sido validado en diversos países, incluido España. La

aplicación dura menos de 5 minutos.

El BSFI está formado por 11 ítems, de los cuales seis de ellos están redactados de forma negativa, pero la propia escala de respuesta corrige el sentido de la redacción haciendo que no sea necesario invertir las puntuaciones. Los ítems se contestan sobre una escala tipo Likert de cinco alternativas variables, reflejando siempre la primera opción una situación problemática y la última un funcionamiento sexual normal.

Los 11 ítems evalúan cuatro áreas de la respuesta sexual masculina y una de problemas sexuales: impulso sexual, función eréctil, eyaculación, problemas y satisfacción general. Los ítems 1 y 2 examinan el impulso sexual, entendido éste como deseo sexual (p. ej., "Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días ha experimentado impulsos sexuales?"). Los ítems 3, 4 y 5 forman la dimensión función eréctil (p. ej., "Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo erecciones completas o parciales tras recibir cualquier forma de estimulación sexual?"). Los ítems 6 y 7 conforman la dimensión relativa a la eyaculación (p. ej., "Durante los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad tuvo para eyacular tras haber sido estimulado sexualmente?"). Los ítems 8, 9 y 10 hacen alusión a la dimensión de problemas (que recoge problemas en el impulso sexual, erección y eyaculación, respectivamente) (p. ej., "En los últimos 30 días, ¿en qué medida ha considerado como problemática la falta de actividad sexual?"). Y, finalmente, el ítem 11 ("En conjunto, durante los últimos 30 días, ¿cómo de satisfecho se ha sentido con su vida sexual?") evalúa la satisfacción general. Además, según los autores originales, los 11 ítems pueden administrarse conjuntamente siguiendo un modelo unidimensional del funcionamiento sexual, o bien seleccionar aquellos ítems que formen una dimensión concreta. Mayores puntuaciones indican un mejor funcionamiento sexual.

El BSFI fue creado a partir de un conjunto de más de 50 ítems. Tras una primera revisión, éstos se redujeron a 41. Tras un nuevo proceso de filtrado en 144 varones, se obtienen 22 ítems. Finalmente estos 22 ítems, mediante un depurado psicométrico realizado en 134 varones, fueron reducidos a los 11 que forman la versión final y fueron traducidos a más de 10 idiomas.

3.4.2. Propiedades psicométricas

La escala original fue validada en una muestra de 134 varones, de los cuales 74 tenían problemas sexuales y 60 presentaban afecciones de otras áreas no relacionadas con la sexualidad (no se informa si en estos últimos se excluye la presencia de problemas sexuales). En esta muestra, los coeficientes de fiabilidad de consistencia interna y temporal obtenidos fueron los siguientes: Impulso sexual (alfa de Cronbach de 0,88 y fiabilidad test-retest de 0,89), Función eréctil (alfa de 0,95 y fiabilidad test-retest de 0,85), Eyaculación (alfa de Cronbach de 0,62 y fiabilidad test-retest de 0,79), Problemas (alfa de Cronbach de 0,81 y fiabilidad test-retest de 0,87); por último, la escala Satisfacción general correlacionó negativamente con la dimensión de Problemas. Con

respecto a la validez discriminante, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con disfunciones sexuales y el control en función eréctil, problemas y satisfacción general, pero no en eyaculación e impulso sexual. Finalmente, O'Leary et al. (1995) se plantearon examinar la dimensionalidad de la escala mediante una matriz de correlaciones. De esta matriz se puede extraer, no sin cierta prudencia, que los ítems de las dimensiones de Impulso, Eyaculación y Erección parecen correlacionar adecuadamente entre sí (aunque también con ítems de otras escalas), mientras que la escala de Problemas es más conflictiva. Con posterioridad, O'Leary et al. (2003) también informan de algunas propiedades de validez discriminante adecuadas.

En un estudio llevado a cabo en Noruega, Mykletun, Dahl, O'Leary y Fossa (2005) ponen a prueba por primera vez la estructura factorial del BSFI. Una vez eliminados el último ítem de Satisfacción y los ítems correspondientes a la dimensión de Problemas (que no parecen responder a un patrón común) obtienen una estructura formada por tres factores (Impulso, Erección y Eyaculación) que explica el 87% de la varianza. No obstante, los mismos autores acaban defendiendo una dimensión unifactorial con el 66% de la varianza explicada y un alfa de Cronbach de 0,95. Además, observan una adecuada validez discriminante en función de la edad.

Por su parte, en España, Vallejo-Medina, Guillén-Riquelme y Sierra (2009) validan el BSFI en una muestra de varones consumidores de drogas. En esta adaptación española, mediante análisis factorial exploratorio, se llega a replicar la estructura de cinco factores, aunque los ítems no se distribuyen de forma similar a como planteaban los autores originales. Así, teniendo en cuenta el análisis factorial exploratorio y el contenido de los ítems, el ítem 8 es susceptible de evaluar satisfacción general, y el ítem 3 no se posiciona en el factor en el que teóricamente debería, situándose en la dimensión Impulso sexual. Así, se obtiene una estructura penta factorial con dos ítems cambiados de factor con respecto a la versión original. En esta adaptación, los coeficientes de fiabilidad de consistencia interna obtenidos fueron los siguientes: Impulso sexual ($\alpha = 0,75$), Satisfacción ($\alpha = 0,63$), Erección ($\alpha = 0,70$), Eyaculación ($\alpha = 0,74$) y Problemas ($\alpha = 0,70$). El índice de discriminación de los ítems fue en todos los casos mayor a 0,50. Se observaron correlaciones moderadas entre los factores, lo cual indicaría que habría que tomar con cierta prudencia la posibilidad de interpretar la escala como unidimensional. Finalmente, se observan adecuadas etiquetas de validez externa con correlaciones coherentes con las dimensiones del Changes in Sexual Functioning Questionnaire-14 (CSFQ-14).

3.4.3. Referencias

Mykletun, A., Dahl, A.A., O'Leary, M.P. y Fossa, S.D. (2005): "Assessment of male sexual function by the Brief Sexual Function Inventory". *BJU International*, 97: 316-323.

O'Leary, M.P., Fowler, F.J., Lenderking, W.R., Barber, B., Sagnier, P.P., Guess, H.A. y Barry, M.J. (1995): "A brief male sexual function inventory for urology". *Urology*, 46: 697-706.

O'Leary, M.P., Rhodes, T., Girman, C.J., Jacobson, D.J., Roberts, R.O., Lieber, M.M. y Jacobse, S.J. (2003): "Distribution of the Brief Male Sexual Inventory in community men". *International Journal of Impotence Research*, 15: 185-191.

Vallejo-Medina, P., Guillén-Riquelme, A. y Sierra, J.C. (2009): "Análisis psicométrico de la versión española del Brief Sexual Function Inventory (BSFI) en una muestra de hombres con historia de abuso de drogas". *Adicciones*, 21: 221-228.

World Association of Sexology (1999, agosto). Universal Declaration of Sexual Rights. 14° Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, Republica Popular de China.

3.5. Índice de Función Sexual Femenina (Female Sexual Function Index, FSFI)

<i>Autores:</i>	R. Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson y R. D'Agostino
<i>Evalúa:</i>	Función sexual global en la mujer y seis áreas relacionadas con el funcionamiento sexual femenino: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor
<i>Número de ítems:</i>	19 ítems

Los problemas sexuales femeninos han sido tradicionalmente olvidados en la investigación biomédica. Solo recientemente, el número de estudios que evalúan esta problemática en mujeres se empieza a equiparar con el de estudios realizados entre la población masculina. Se trata de trastornos que presentan mayor prevalencia (43%) que en los hombres, y tienen que ver básicamente con la disminución del deseo sexual o alteraciones en la excitación (lubricación), con las dificultades para alcanzar el orgasmo y con el dolor/incomodidad durante las relaciones sexuales. Por tanto, disponer de herramientas adecuadas para su evaluación es algo fundamental.

Una de las diferencias que se viene planteando en los últimos años entre la respuesta sexual masculina y la femenina se sitúa en la fase de excitación sexual. Este componente de la función sexual presenta dos claras dimensiones: la objetiva (o fisiológica), reflejada por la vasocongestión y miotonía a nivel genital, y la subjetiva que tiene que ver con la experiencia de sentirse excitado. Mientras en el caso de los hombres estas dos dimensiones son habitualmente inseparables, en las mujeres se pueden presentar de forma independiente. Así, en estas últimas podría darse el caso de que el componente subjetivo de la excitación no fuese acompañado de la percepción de cambios genitales. De hecho, algunas clasificaciones desarrolladas en las últimas décadas de las disfunciones

sexuales femeninas, como por ejemplo la planteada por Leiblum y Graziottin (2004), recogen hasta cuatro trastornos de la excitación sexual femenina: trastorno subjetivo, trastorno genital, trastorno mixto (subjetivo y genital) y trastorno de la excitación sexual persistente.

Uno de los escasos autoinformes que recoge de forma clara esta diferencia entre la excitación subjetiva y la excitación genital (lubricación) es el índice de Función Sexual Femenina (Rosen et al., 2000).

3.4.1. Descripción

El índice de Función Sexual Femenina (FSFI, por sus siglas en inglés) fue elaborado por Rosen et al. (2000) y constituye una de las escalas más utilizadas en la evaluación del funcionamiento sexual en la mujer. Ha sido validado en múltiples países (Brasil, Chile, China, Corea, España, Estados Unidos, Holanda, Japón, Irán, Italia, Malasia, Portugal, etc.) y en distintas muestras (población general, pacientes con inhibición del deseo sexual, supervivientes de cáncer, pacientes con disfunciones sexuales, etc.).

El FSFI es un autoinforme autoaplicado formado por 19 ítems que se contestan sobre una escala de respuesta variable de tipo Likert de 5 (1 a 5) o 6 (0 a 5) alternativas. Los ítems 1 y 2 evalúan el dominio Deseo sexual, la Excitación es evaluada mediante los ítems 3, 4, 5 y 6, los ítems 7, 8, 9 y 10 evalúan la Lubricación, la dimensión Orgasmo la forman tres ítems (11, 12 y 13), el dominio Satisfacción lo componen los ítems 14, 15, 16 y, por último, el Dolor es evaluado mediante los ítems 17, 18 y 19. Ejemplos de ítems de cada uno de los dominios serían: "Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido deseo sexual o interés por el sexo?" (Deseo); "Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido excitación sexual durante la estimulación sexual o el acto sexual?" (Excitación); "Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha conseguido lubricar (humedecer) su vagina durante la actividad o el acto sexual?" (Lubricación); "Durante las últimas cuatro semanas, cuando ha tenido estimulación sexual o ha realizado el acto sexual, ¿con qué frecuencia ha alcanzado el orgasmo?" (Orgasmo); "Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida se ha sentido satisfecha con el nivel de sintonía emocional alcanzado entre usted y su pareja durante la actividad sexual?" (Satisfacción sexual); y, por último, "Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido dolor o malestar durante la penetración vaginal?" (Dolor).

La corrección de la escala, en cada una de sus dimensiones, se lleva a cabo de la siguiente manera:

- Deseo. La escala de respuesta oscila entre 1 y 5. La puntuación de cada ítem se multiplica por 0,6 y a continuación se suman. El rango sería 1,2-6.

- Excitación. La escala de respuesta oscila entre 0 y 5. La puntuación de cada ítem se multiplica por 0,3 y a continuación se suman. El rango se sitúa entre 0 y 6.
- Lubricación. La escala de respuesta oscila entre 0 y 5. La puntuación de cada ítem se multiplica por 0,3 y a continuación se suman. El rango es de 0-6.
- Orgasmo. Las respuestas a los ítems oscilan entre 0 y 5. Cada ítem se multiplica por 0,4. Una vez realizada la multiplicación se suman y el rango oscilará entre 0 y 6.
- Satisfacción. El ítem 14 tiene una escala de respuesta que va de 0 a 5, mientras que los ítems 15 y 16 se contestan sobre una escala de 1 a 5. La puntuación de cada ítem se multiplica por 0,4 y a continuación se suman. El rango oscila entre 0,8 y 6.
- Dolor. Los ítems son contestados en una escala que va de 0 a 5. Cada ítem se multiplica por 0,4. Una vez realizada la multiplicación se suman y el rango oscila entre 0 y 6.

Una vez transformadas las puntuaciones, la escala total alcanzará una puntuación que oscila entre 2 y 36. Sobre estas transformaciones, Wiegel, Meston y Rosen (2005) calcularon unos puntos de corte empleando curvas COR. Mediante esta técnica extrajeron concretamente dos puntos de corte, que eran los que mejor discriminaban la presencia/ausencia de disfunción sexual: puntuación total menor o igual a 26,55 o puntuación parcial en Lubricación menor a 4,35.

Si no se realizan las transformaciones de las puntuaciones se pueden obtener puntuaciones parciales en cada una de las dimensiones que oscilarían entre 2 y 10 para Deseo, 0 y 20 para Excitación, 0 y 20 para Lubricación, 0 y 15 para Orgasmo, 2 y 15 para Satisfacción, y 0 y 15 para Dolor. Estas puntuaciones sin transformar obtenidas se podrían comparar, con fines interpretativos, con las medias informadas por Meston (2003) en mujeres de un grupo control de referencia: Deseo ($7,72 \pm 1,56$), Excitación ($17,59 \pm 2,07$), Lubricación ($18,72 \pm 3,32$), Orgasmo ($13,03 \pm 2,71$), Satisfacción ($12,38 \pm 2,71$) y Dolor ($14,72 \pm 0,90$).

3.4.2. Propiedades psicométricas

El FSFI es uno de los autoinformes para evaluar el funcionamiento sexual que más aval psicométrico posee, pues son múltiples los estudios que se han interesado por estudiar su fiabilidad y validez. Sin ser exhaustivos en la revisión de sus propiedades psicométricas, cabe destacar algunos estudios. Rosen et al. (2000), en una muestra de 128 mujeres con problemas en la excitación y otra muestra de 131 mujeres controles, con una edad media de aproximadamente 40 años, plantearon una estructura inicial de cinco factores (en contra de los seis esperados), en donde Deseo y Excitación saturaban en un único factor. Atendiendo a motivos clínicos, este factor se separó en dos, quedando finalmente las seis

dimensiones planteadas. Estos factores se encuentran - salvo excepciones - moderadamente relacionados entre sí, lo que indicaría cierta independencia entre las dimensiones.

En cuanto a la fiabilidad de consistencia interna, en la revisión llevada a cabo por Wiegel et al. (2005), los valores del alfa de Cronbach de las diferentes subescalas oscilan entre 0,82 (Satisfacción) y 0,98 (Dolor), dependiendo del estudio. La fiabilidad test-retest oscila entre 0,79 y 0,86 (Rosen et al., 2000).

Diversos estudios han puesto a prueba la validez discriminante comparando las puntuaciones entre mujeres con disfunciones sexuales y mujeres normales, observándose siempre una mayor afectación del funcionamiento sexual en las primeras (Rosen et al., 2000; Wiegel et al., 2005).

En Chile, Blümel et al. (2004) llevan a cabo una adaptación del FSFI al español en una muestra de 383 mujeres de la población general. Los coeficientes de fiabilidad de consistencia interna oscilaron entre 0,71 (Deseo) y 0,88 (Satisfacción). Además, las mujeres con más edad muestran mayor deterioro en el funcionamiento sexual que las jóvenes, lo cual es un indicador claro de la validez del cuestionario.

En España, Fernández Agis, De la Fuente Sánchez, García García y La Calle Marcos (2008) realizan un estudio piloto en estudiantes universitarias para la adaptación del FSFI a población española. El análisis factorial exploratorio arrojó una estructura similar a la del estudio original, en la que las dimensiones de deseo y excitación conforman un solo factor. Sin embargo, el análisis factorial confirmatorio posterior indicó un mejor ajuste para un modelo tridimensional: Respuesta sexual (que agrupa las dimensiones de excitación, lubricación, orgasmo y dolor), Satisfacción y Deseo. El alfa de Cronbach obtenido para la escala total fue de 0,92.

3.4.3. Referencias

Blümel, J.E., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H. y Sarrá, S. (2004): "Índice de Función Sexual Femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69: 118-125.

Fernández Agis, L., De la Fuente Sánchez, L., García García, J. y La Calle Marcos, P. (2008): "Estudio piloto de adaptación del cuestionario Female Sexual Function Index (FSFI) en una muestra de estudiantes universitarias españolas". *Sexología Integral*, 5: 117-119.

Leiblum, S.R. y Graziottin, A. (2004): "Clasificación de los trastornos sexuales femeninos: nuevas perspectivas". *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, 19: 4-30.

Meston, C.M. (2003): "Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29: 39-46.

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C.M., Shabsigh, R., Ferguson, D. y D'Agostino, R. (2000): "The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26: 191-208.

Wiegel, M., Meston, C. y Rosen, R. (2005): "The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31: 1-20.

3.6. Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual-Forma Reducida (Changes in Sexual Functioning Questionnaire-Brief Form, CSFQ-14)

<i>Autores:</i>	A. Keller, E.L. McGarvey y A.H. Clayton
<i>Evalúa:</i>	Cuatro áreas del funcionamiento sexual en versiones diferentes para hombres y mujeres: deseo, excitación, orgasmo y placer
<i>Número de ítems:</i>	14 ítems

La respuesta sexual humana ha recibido gran atención desde los estudios pioneros de Masters y Johnson. Parte de esta atención se ha centrado en generar instrumentos de evaluación que permitieran recoger información sobre la respuesta sexual humana de forma válida y fiable. Los instrumentos, generalmente autoaplicados, han abordado la respuesta sexual desde una visión positiva o desde una perspectiva más patológica. Los primeros han estado orientados a evaluar el funcionamiento sexual, centrándose en la recogida de información sobre distintos aspectos de la respuesta sexual humana, mientras que los segundos focalizan su atención en las disfunciones sexuales, tratando de acotar y diagnosticar los distintos problemas asociados a la respuesta sexual.

El Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual-Forma Reducida (CSFQ-14; por sus siglas en inglés; Keller, McGarvey y Clayton, 2006) constituye un buen ejemplo de los instrumentos centrados en el funcionamiento sexual, interesándose concretamente en los cambios en el mismo.

3.6.1. Descripción

El CSFQ-14, por sus siglas en inglés (Keller et al., 2006), es un instrumento breve (formado por 14 ítems) diseñado originalmente para evaluar cambios en el funcionamiento sexual tras la administración de medicación. No obstante, en la actualidad, el cuestionario es comúnmente empleado para evaluar el funcionamiento

sexual en cualquier otro contexto diferente al planteado originalmente.

El CSFQ-14 está formado por 12 ítems directos y 2 indirectos que evalúan cuatro áreas del funcionamiento sexual: Deseo, Satisfacción (placer), Orgasmo y Excitación. Los 14 ítems fueron extraídos de la Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ), una entrevista semiestructurada desarrollada por Clayton McGarvey y Clavet en 1997. La entrevista está formada por dos formas paralelas: una para hombres (constituida por 36 preguntas) y otra para mujeres (formada por 35 preguntas) que permiten evaluar el funcionamiento sexual actual y el de la historia vital de la persona. De esta entrevista semiestructurada, se seleccionaron 14 ítems que evaluaban el funcionamiento sexual de los varones y otros 14 que evaluaban el de las mujeres. La elección de estos ítems viene determinada por la recomendación de las autoras originales (Clayton et al., 1997).

El cuestionario formado por estos 14 ítems puede administrarse tanto en personas de orientación heterosexual como homosexual, si bien la escala no ha sido validada en población homosexual. Los 14 ítems, en sus dos formas (hombres y mujeres), se responden en una escala de respuesta de tipo Likert de cinco alternativas variables. De los 14 ítems, 12 evalúan el funcionamiento en sentido positivo, significando las puntuaciones elevadas un mejor funcionamiento sexual, mientras que dos ítems (el 10 y el 14) hacen alusión al dolor y deben ser invertidos. Algunos ejemplos de ítems son los siguientes. Para Placer: "En comparación con el periodo de su vida de más placer y satisfacción sexual, ¿cómo de placentera es actualmente su vida sexual?"; para Deseo: "¿Con qué frecuencia desea tener relaciones sexuales?"; para Excitación: "¿Consigue la erección fácilmente?" (hombres) / "¿Se excita fácilmente?" (mujeres); y para Orgasmo: "¿Con qué frecuencia experimenta un orgasmo?".

El CSFQ-14 ha sido validado, tanto en inglés como en español, en diversas muestras clínicas y no clínicas. Si bien el contenido de los ítems recoge las cuatro áreas del funcionamiento sexual mencionadas, éstas se dispersan al confirmar la estructura factorial de la escala. Este problema junto a otros que se abordarán en el siguiente apartado llevaron a Vallejo-Medina y Sierra (2013) a desarrollar una versión de 15 ítems (solo para varones) obteniendo una estructura dimensional que coincide con las cuatro dimensiones teóricas planteadas originalmente.

3.6.2. Propiedades psicométricas

La versión original del CSFQ-14 fue validada en una muestra de 6.297 pacientes de diferentes clínicas estadounidenses. La edad media de los participantes era de 43,6 años (DT = 11,3) y la mayoría eran mujeres (72%). En esta muestra se puso a prueba la consistencia interna de la escala y su dimensionalidad. El alfa de Cronbach oscilaba entre 0,45 y 0,90; no obstante, únicamente la dimensión Orgasmo, en varones, alcanzó este valor tan bajo, siendo el resto de coeficientes de fiabilidad superior a 0,60 en todos los casos.

Con respecto a la dimensionalidad de la escala, se observan algunos problemas. Por ejemplo, los ítems 10 y 14 (referidos al dolor) han sido sistemáticamente eliminados de los análisis. Probablemente, el principal problema es la ausencia de validez de contenido del cuestionario y el hecho de no haber construido los ítems siguiendo una definición clara. Así, desde un inicio se toma como válida la factorización - que hasta la fecha no ha sido replicada - de cinco factores de la CSFQ original (Clayton et al., 1997): Placer, Frecuencia de deseo, Interés de deseo, Excitación y Orgasmo. En la validación americana, Keller et al. (2006) postulan una estructura dimensional de 11 ítems (a los ya eliminados 10 y 14 se les añade el ítem 1, el único que parece evaluar placer). La realidad es que el análisis factorial no parece responder a un patrón fijo y éste cambia en función del sexo de los evaluados y de su situación médica. Los ítems 10 y 14 se alejan de la visión positiva de la respuesta sexual evaluando dolor o problemas sexuales: "¿Con qué frecuencia sufre erecciones dolorosas?" (hombres) o "¿Con qué frecuencia se excita y luego pierde el interés?" (mujeres) y "¿Con qué frecuencia sufre orgasmos dolorosos?". Estos ítems son eliminados del estudio original y también de la validación en español realizada por Bobes et al. (2000).

En la validación española de Bobes et al. (2000) participaron 580 personas con una edad media similar a la del estudio estadounidense. Se observa una adecuada capacidad discriminante, siendo las puntuaciones de los pacientes depresivos más bajas que las del grupo control. La fiabilidad de consistencia interna es aceptable, con índices superiores a 0,80 en todas las dimensiones, excepto en Frecuencia de deseo. Los índices de fiabilidad test-retest son igualmente adecuados (correlaciones a un mes superiores a 0,80). Pese a que desde un inicio Bobes y sus colaboradores asumen la dimensionalidad de cinco factores como la adecuada y real, los resultados del análisis factorial realizado en ese mismo estudio desaconseja considerar esta dimensionalidad. De hecho, el análisis factorial se muestra inestable, mostrando diferentes resultados para hombres y mujeres.

En una validación llevada a cabo en una muestra española consumidora de drogas, Vallejo-Medina, Guillén-Riquelme y Sierra (2010) observan problemas similares a los destacados anteriormente, por lo que estos autores desarrollan recientemente una versión revisada del CSFQ formada por 15 ítems (VallejoMedina y Sierra, 2013). Esta versión fue validada tanto en población (masculina) drogodependiente como en población general. Desde un principio se eliminaron los ítems 10 y 14, los cuales fueron sustituidos por tres nuevos ítems que evalúan placer (en la versión de 14 ítems solo hay un ítem que evalúa esta dimensión). Las formas para consumidores y no consumidores de sustancias confirman una estructura de cuatro factores (Placer, Deseo, Excitación y Orgasmo) fuertemente invariante e insesgada entre ambas muestras. La fiabilidad es adecuada, obteniéndose en todos los casos coeficientes superiores a 0,60 y presenta una adecuada validez externa.

3.6.3. Referencias

Bobes, J., González, M.P., Rico-Villademoros, F., Bascarán, M.T., Sarasa, P. y Clayton, A. (2000): "Validation of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ)". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26: 119-131.

Clayton, A.H., McGarvey, E.L. y Clavet, G.J. (1997): "The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development, reliability and validity". *Psychopharmacology Bulletin*, 33: 731-745.

Keller, A., McGarvey, E.L. y Clayton, A.H. (2006): "Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32: 43-52.

Vallejo-Medina, P., Guillén-Riquelme, A. y Sierra, J.C. (2010): "Psychometric properties of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire-Short-Form (CSFQ-14) in a sample of males with drug abuse history". *Sexuality and Disability*, 28: 105-118.

Vallejo-Medina, P. y Sierra, J.C. (2013): "Adaptation, equivalence, and validation of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire-Drugs in a sample of drug-dependent men". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39: 368-384.

3.7. Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria al Tratamiento con Psicofármacos (Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire, PRSexDQ)

<i>Autores:</i>	A.L. Montejo y F. Rico-Villademoros
<i>Evalúa:</i>	Afectación de la función sexual como consecuencia del consumo de psicofármacos
<i>Número de ítems:</i>	7 ítems

Los problemas en el funcionamiento sexual pueden estar asociados al consumo de fármacos o drogas. De hecho, el DSM-5, en la actual clasificación de las disfunciones sexuales, incluye la disfunción sexual inducida por sustancias o medicación. Se trata de una alteración significativa en el funcionamiento sexual de la cual existen evidencias, por la historia clínica, los exámenes médicos o los análisis clínicos, que aparece con el inicio de la medicación prescrita por algún trastorno médico o mental, y que desaparece una vez finalizado dicho tratamiento.

Se han identificado muchas reacciones adversas de los fármacos sobre la respuesta sexual, tanto en el hombre como en la mujer, siendo mucho más frecuentes las provocadas por los psicofármacos. Entre los psicofármacos de los que se tienen evidencias acerca de los efectos negativos sobre la respuesta sexual humana cabe señalar las benzodiacepinas, los antidepresivos, los antimaníacos y los antipsicóticos. De hecho,

la presencia de disfunciones sexuales suele ser algo habitual en los pacientes con trastornos psiquiátricos, como con secuencia de la medicación, especialmente en pacientes psicóticos (Montejo et al., 2010). También tienen un efecto perjudicial sobre el funcionamiento sexual los psicoestimulantes como las anfetaminas, la cocaína, los opiáceos, la marihuana o el alcohol.

En algunos casos, los problemas concretos en el funcionamiento sexual pueden poner en peligro la adherencia terapéutica y hacer que los pacientes dejen de consumir el fármaco indicado. De esta forma, problemas específicos en el deseo, la excitación o el orgasmo, así como la importancia subjetiva que el sujeto le da a la afectación de estas áreas, pueden ser de gran interés para un mejor control terapéutico. Por ello, es fundamental contar con autoinformes sencillos que permitan detectar de forma rápida las posibles afectaciones de la respuesta sexual como consecuencia del consumo de psicofármacos, pues debido a que los pacientes no suelen informar sobre estos efectos, es probable que estos trastornos estén infraevaluados. Entre los escasos autoinformes específicos para evaluar estas cuestiones destaca el Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria al Tratamiento con Psicofármacos.

3.7.1. Descripción

El Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria al Tratamiento con Psicofármacos (PRSex-DQ) fue elaborado por Montejo et al. (2000) con un doble objetivo: por un lado, tratar de evaluar y cuantificar los problemas sexuales que aparecen como consecuencia del consumo de psicofármacos y, por otro, examinar cómo estos problemas sexuales pueden influir en la adherencia terapéutica y en el control terapéutico.

El cuestionario está constituido por siete ítems: dos dicotómicos (sí/no) y cinco contestados en una escala de respuesta tipo Likert que va desde 0 (buen funcionamiento) a 3 (mal funcionamiento). El primer ítem está referido a si la toma del fármaco ha supuesto algún cambio en la función sexual. El segundo - que es contestado por el propio terapeuta - hace alusión a si el problema con el funcionamiento sexual fue autoinformado de forma espontánea o no. Los cuatro siguientes ítems hacen alusión, respectivamente, a problemas con el deseo o el interés sexual, al retraso en la eyaculación o el orgasmo, a la incapacidad para eyacular o alcanzar el orgasmo y a la presencia de dificultades en la erección o la lubricación vaginal. El último ítem incide en el grado de aceptación que muestra el paciente ante los cambios producidos en la función sexual.

En el cálculo de la puntuación total no se incluyen los dos primeros ítems dicotómicos, por lo que ésta oscila entre 0 y 15. La interpretación de esta puntuación se hace de la siguiente manera: grado de disfunción sexual leve cuando la puntuación se encuentra entre 1 y 5 (siempre que ningún ítem iguale o supere la puntuación de 2); disfunción moderada si la puntuación oscila entre 6 y 10 (o bien, si cualquier ítem es igual a 2); y disfunción intensa si la puntuación total se sitúa entre 11 y 15 (o si bien, la

de cualquier ítem es igual a 3).

El cuestionario fue elaborado originalmente en España, y en español, y ha sido traducido a 12 idiomas. Los autores originales recomiendan su uso de forma heteroaplicada.

Este instrumento puede descargarse de la página web de la Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental (<http://sexualidadysaludmental.com/salsex.html>).

3.7.2. Propiedades psicométricas

En el estudio original, Montejo et al. (2000), en una muestra de 1.022 pacientes ambulatorios (610 mujeres y 412 hombres) con una edad media de 39,8 años (desviación típica = 11,3) obtienen una adecuada fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,93). La validez de constructo del cuestionario no ha sido explorada hasta la fecha, si bien el instrumento goza de una adecuada validez externa, habiéndose observado correlaciones altas y significativas entre sus puntuaciones y las del Cuestionario de Impresión Clínica Global de Disfunciones Sexuales ($r = 0,79$) y las de la Escala de Depresión de Hamilton ($r = 0,63$). El PRSex-DQ también mostró un adecuado poder discriminante al detectar cambios clínicos en las defunciones sexuales tras la administración de un fármaco, observándose diferencias significativas en pacientes antes y después de tomar nefazodona.

Con posterioridad, Montejo y Rico-Villademoros (2008) en una muestra de 45 pacientes psiquiátricos, diagnosticados con algún trastorno psicótico obtuvieron un alfa de Cronbach de 0,68, sin que la supresión de alguno de los ítems mejorase la fiabilidad de consistencia interna. Al igual que en el estudio anterior, en éste también se observan correlaciones significativas entre el PRSex-DQ y el Cuestionario de Impresión Clínica Global de Disfunciones Sexuales. Igualmente, el cuestionario ofrece un adecuado poder discriminante en población psicótica.

La escala también ha sido utilizada con éxito para detectar mejoras en el funcionamiento sexual en pacientes esquizofrénicos a los tres meses de tratamiento con aripiprazol (Montejo, Riesgo, Luque y Barber, 2010).

3.7.3. Referencias

Montejo, A.L., García, M., Espada, M., Rico-Villademoros, F., Llorca, G. e Izquierdo J.A. (2000): "Psychometric characteristics of the psychotropic-related sexual dysfunction questionnaire. Spanish work group for the study of psychotropic-related sexual dysfunctions". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28: 141-150.

Montejo, A.L., Majadas, S., Rico-Villademoros, F., Llorca, G., de la Gándara, J.,

Franco, M., Martín-Carrasco, M., Aguera, L. y Prieto, N. (2010): "Frequency of sexual dysfunction in patients with psychotic disorder receiving antipsychotics". *Journal of Sexual Medicine*, 7: 3404-3413.

Montejo, A.L. y Rico-Villademoros, F. (2008): "Psychometric properties of the Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQSALSEX) in patients with schizophrenia and other psychotic disorders". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34: 227-239.

Montejo, A.L., Riesgo, Y., Luque, J. y Barber, I. (2010): "Estudio sobre la función sexual en pacientes que inician tratamiento con aripiprazol". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38: 13-21.

3.8. Inventario de Interacción Sexual (Sexual Interaction Inventory, SII)

<i>Autores:</i>	J. Lopiccolo y J. Steger
<i>Evalúa:</i>	Grado de armonía sexual en la pareja
<i>Número de ítems:</i>	17 ítems

El Inventario de Interacción Sexual (SII, por sus siglas en inglés) de Lopiccolo y Steger (1974) surge con el objetivo de crear una medida que reflejase de manera precisa la naturaleza de las relaciones sexuales de la pareja en términos de funcionamiento sexual y satisfacción. Las diferentes escalas que son evaluadas a través de este inventario fueron elegidas en función de la experiencia clínica en el tratamiento de las disfunciones sexuales en parejas. En la construcción del instrumento los autores siguieron tres principios básicos:

1. Centrarse en las conductas sexuales de la pareja, así como en el disfrute y satisfacción obtenidos a partir de esas conductas, como una medida directa para el abordaje terapéutico.
2. Debido a la falta de criterios objetivos para considerar cuándo una conducta sexual puede ser "normal", "adecuada" o "funcional", la disfunción debería evaluarse en términos de satisfacción con respecto a la propia pareja en lugar de establecer comparaciones con criterios arbitrarios externos.
3. Los ítems de este instrumento deberían ser "obvios y directos" más que "sutiles y proyectivos", ya que los primeros han demostrado mayor validez.

3.8.1. Descripción

El Inventario de Interacción Sexual permite evaluar el grado de armonía sexual en la

pareja. En concreto, se pregunta por 17 actividades o conductas sexuales de tipo heterosexual (p. ej., "El hombre mirando a la mujer cuando está desnuda"). Cada una de las actividades debe ser valorada en seis dimensiones: A) Actualmente ocurre... (frecuencia real); B) Me gustaría que ocurriese... (frecuencia deseada); C) Para mí esta actividad es... (placer real experimentado); D) Creo que para mi pareja esta actividad es... (placer que produce en la pareja); E) Me gustaría que esta actividad me resultase... (satisfacción deseada para mí); y F) Me gustaría que a mi pareja le resultase... (satisfacción deseada para mi pareja).

Cada pregunta ofrece una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos (1-6). Para las dimensiones A y B las opciones de respuesta son: 1 = nunca; 2 = raramente (10% de las veces); 3 = ocasionalmente (25%); 4 bastante a menudo (50%); 5 muy a menudo (75%) y 6 siempre. Las opciones de respuesta de las dimensiones C, D, E y F son: 1 = extremadamente desagradable; 2 = moderadamente desagradable; 3 ligeramente desagradable; 4 = ligeramente agradable; 5 moderadamente agradable; y 6 extremadamente agradable. Cada miembro de la pareja debe responder en una hoja de respuestas en forma de parrilla en la que constan, en la parte superior las 6 dimensiones y su letra correspondiente (A, B, C, D, E y F), formando seis columnas, y en el lateral 17 filas correspondientes a cada una de las actividades sexuales del instrumento. Las puntuaciones de cada columna se suman y a partir de estos sumatorios por columna se pueden calcular las puntuaciones directas de 11 escalas: cinco para el hombre, cinco para la mujer y una común para ambos. Las dimensiones específicas para cada sexo evalúan los mismos aspectos, en concreto: 1) satisfacción con la frecuencia de actividad sexual; 2) autoaceptación en el terreno sexual (comparación entre el placer real y el que se desearía de forma ideal); 3) grado medio de placer subjetivo; 4) exactitud perceptiva del otro miembro de la pareja en el ámbito sexual; y 5) aceptación del otro en el terreno sexual (comparación del modo en el que se percibe a la pareja real y a la ideal). Cada una de las escalas descritas es etiquetada en cada sexo como E1, E2, E3, E4 y E5 en el varón, y E7, E8, E9, E10 y E11 en la mujer. La escala restante (E6) evalúa el grado de desacuerdo y su puntuación es común para ambos.

Las puntuaciones para cada escala se obtienen del siguiente modo. Para E1 y E7, se restan los valores obtenidos en las dimensiones A y B; para E2 y E8, se restan las puntuaciones correspondientes a C y E; para las escalas E3 y E9, la puntuación obtenida en C se divide entre 17; para E4 se restan los valores obtenidos en D (del varón) y C (de la mujer) y para la escala E10 se resta la puntuación de D (de la mujer) y C (del varón); para E5 y E11 se restan los valores de D y F. Las puntuaciones que son obtenidas a través del cálculo de la diferencia entre dos valores han de utilizar valores absolutos, aunque el sentido del signo da significado a la faceta sexual evaluada. Finalmente, la puntuación en la escala E6 (Desacuerdo) se obtiene realizando el sumatorio de todas las escalas a excepción de las escalas E3 y E9 (al tratarse de valores medios). Las puntuaciones han de transformarse a puntuaciones tipificadas para su interpretación (véase Aluja 1996).

No existen puntos de corte, aunque puntuaciones elevadas en cada una de las escalas tendrían un significado concreto. Para E1 y E7, puntuaciones elevadas indican insatisfacción con el repertorio de conductas sexuales de la pareja. En E1 probablemente existe alguna disfunción en la mujer (p. ej., disfunción orgásmica o inhibición sexual) y en E7 probablemente existe una disfunción en el varón (p. ej., eyaculación precoz o poca habilidad en juegos preliminares). Para E1 deben tomarse como referencia las puntuaciones obtenidas en E7 y E9, y para E7 debe considerarse la puntuación en E3, ya que puede ser que el otro miembro de la pareja sea muy exigente.

Para E2 y E8, puntuaciones altas indican baja aceptación de sí mismo (probabilidad de eyaculación precoz o disfunción eréctil en E2 y de anorgasmia en E8).

Es necesario considerar la puntuación obtenida en E3 y E9 para cada escala, respectivamente. Para E3, puntuaciones superiores a 70 indicarían la necesidad de focalización sensorial o desensibilización sistemática (si las puntuaciones superan 80). Puntuaciones inferiores a 40 podrían indicar la existencia de eyaculación precoz, o bien que todas las actividades resultan sumamente agradables. Para E9, puntuaciones superiores a 80 son comunes en mujeres con disfunciones orgásmicas primarias o en mujeres que no consiguen excitarse o presentan aversión sexual.

Para E4 y E10, puntuaciones muy elevadas podrían indicar que el otro miembro de la pareja sea muy retraído en mostrar excitación sexual, o falta de comunicación, ya que no se conocen las preferencias sexuales de la pareja. En el primer caso sería recomendable el entrenamiento para reforzar la sexualidad del otro miembro, y en el segundo caso, sería necesario incrementar la comunicación entre ambos.

Para E5 puntuaciones muy altas indicarían la posibilidad de problemas de deseo o excitación en la mujer. Se recomienda considerar las puntuaciones en E4 para conocer el grado en que el varón percibe con exactitud a su pareja. Si E9 es normal, el varón debería ser menos exigente. Para E11, puntuaciones elevadas podrían responder a problemas o dificultades de erección en el varón. Sería necesario tener en cuenta las puntuaciones en E10 relativo a la exactitud perceptiva sobre la pareja.

Finalmente E6 es considerado un indicador de desajuste sexual.

3.8.2. Propiedades psicométricas

Los autores informan de valores de fiabilidad alfa de Cronbach que oscilan entre 0,79 en E8 y 0,93 en E6. La fiabilidad test-retest (en un período de dos semanas) osciló entre 0,53 en E7 y 0,90 en E9, por lo que esta última escala demuestra mayor estabilidad a través del tiempo. LoPiccolo (1978) realiza la validación del instrumento, evidenciando tanto validez convergente como discriminante. En cuanto a la primera, se ha encontrado que las escalas están relacionadas con la satisfacción sexual que informan los miembros

de una pareja. En concreto, se han encontrado asociaciones positivas entre mayor satisfacción sexual con E5 y E6 y asociaciones negativas con el resto de escalas, a excepción de E7 y EIO para las que no se ha encontrado relación. Como validez discriminante se han comparado a sujetos funcionales y disfuncionales, demostrándose que estos últimos presentan medias más altas en la mayoría de escalas del instrumento, indicando mayor grado de insatisfacción y desajuste, a excepción de las escalas E5 y EIO para las que no existen diferencias entre ambos grupos (Aluja, 1996; Trudel, Fortin y Matte, 1997).

3.8.3. Referencias

Aluja, A. (1996): "Evaluación de algunos aspectos del comportamiento sexual: instrumentos de medida para su uso clínico". *Psiquis*, 17: 68-86.

LoPiccolo, J. (1978): "Direct treatment of sexual dysfunction", en LoPiccolo, J. y LoPiccolo, L., *Handbook of sex therapy*. Plenum Press. Nueva York.

LoPiccolo, J. y Steger, J. (1974): "The Sexual Interaction Inventory: A new instrument for assessment of sexual dysfunction". *Archives of Sexual Behavior*, 3: 585-595.

Trudel, G., Fortin, C. y Matte, B. (1997): "Sexual interaction and communication in couples with hypoactive sexual desire". *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 26: 49-53.

3.9. Test de Deseo Sexual Inhibido (TDSI)

Autores: W.H. Masters, V.E. Johnson y R.C. Kolodny

Evalúa: Inhibición del deseo sexual

Número de ítems: 15 ítems

El deseo sexual es un componente fundamental del funcionamiento sexual humano, aunque en los últimos años se viene planteando que su rol dentro de la respuesta sexual puede diferir entre hombres y mujeres. Lief en 1977 fue el primero en emplear el término deseo sexual inhibido, y destacó la relevancia de esta problemática. Será en el año 1979, cuando Helen S.Kaplan publica su obra *Trastornos del deseo sexual*, la cual supondrá un referente en el estudio de esta dimensión de la sexualidad. En la actualidad, la inhibición del deseo sexual está considerada como uno de los trastornos sexuales más prevalentes entre las mujeres, siendo además, por el que más ayuda terapéutica se demanda.

El deseo sexual es un componente complejo de la sexualidad humana. Está relacionado con aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, siendo por tanto

compleja su evaluación. Kaplan (1979) lo describió como las sensaciones que motivan a un individuo a iniciar o ser receptivo a la estimulación sexual, señalando que puede surgir de dos maneras: o bien a partir de estímulos externos (apreciación de un estímulo erótico eficaz) o bien a partir de estimulación interna (debido a factores neurohormonales o pensamientos). Fuertes Martín y López Sánchez (1997) plantean tres dimensiones necesarias para la experiencia de deseo sexual en el ser humano: dimensión neurofisiológica (estructuras neurofisiológicas y hormonas), disposición cognitivo-emocional (actitudes sexuales y estados emocionales) y estímulos sexuales efectivos (externos e internos). Zubeidat, Ortega y Sierra (2004) evaluaron el poder predictivo de algunos de estos elementos y concluyeron que, en los hombres, las actitudes sexuales positivas y las fantasías sexuales de tipo íntimo incrementaban el deseo sexual, mientras que las fantasías sexuales sadomasoquistas lo inhibían; en el caso de las mujeres, la ansiedad rasgo y las actitudes sexuales erotofóbicas reducen el deseo sexual, mientras que las fantasías sexuales íntimas lo incrementan.

En la actualidad, a pesar de que se recomienda el uso del término "interés sexual" en lugar de "deseo sexual", debido a las connotaciones biológicas del primero y a la mayor amplitud de concepto del segundo (Brotto, 2010) -y así ocurre ya en el actual DSM-5 -son muchas las escalas que siguen utilizando la expresión "deseo" tal como ocurre con el Test del Deseo Sexual Inhibido.

3.9.1. Descripción

El Test de Deseo Sexual Inhibido (TDSI; Masters, Johnson y Kolodny, 1996) es una escala breve formada por 15 ítems que permite evaluar el deseo sexual, más en concreto su inhibición. Los ítems redactados originalmente responden a problemas asociados con un bajo deseo sexual, pero también con otras variables afines (como por ejemplo, autoestima sexual, actitudes generales hacia la sexualidad o asertividad sexual). Teóricamente, todos los componentes se agrupan en una sola dimensión, aunque ello no fue demostrado empíricamente por sus autores.

En España, Sierra, Zubeidat, Carretero-Dios y Reina (2003) llevan a cabo una validación de la prueba, detectándose baja calidad métrica en cuatro de los 15 ítems, por lo que se decide descartarlos, proponiéndose una versión de 11 ítems agrupados en dos dimensiones: Deseo sexual inhibido diádico (DSID) y Deseo sexual inhibido general (DSIG). DSID estaría formado por 7 ítems (4, 5, 9, 11, 12, 14 y 15), mientras que DSIG lo componen cuatro ítems (1, 2, 3 y 6). Un ejemplo de ítem de la primera dimensión sería "Con frecuencia rechazo las aproximaciones de mi pareja para hacer el amor", mientras que "Nunca inicio las relaciones sexuales" constituye un ejemplo de ítem de DSIG. Esta numeración está extraída de la versión de 15 ítems. Todos los ítems están redactados en sentido directo, de forma que una vez sumadas las puntuaciones, cuanto más elevada sea la de cada una de las dos subescalas, mayor deseo sexual inhibido. Todos los ítems se contestan sobre una escala de respuesta tipo Likert de 9 alternativas

(donde 1 = Totalmente falso y 9 = Totalmente verdadero).

3.9.2. Propiedades psicométricas

El TDSI solo ha sido validado en España en una muestra de 150 estudiantes universitarios con pareja. Probablemente no haya alcanzado todavía su versión definitiva, pues como se extrae del estudio de Sierra et al. (2003), ésta necesita ser revisada y mejorada. No obstante, goza de unas adecuadas propiedades psicométricas, aunque originalmente no ha sido creado a partir de una definición clara de la inhibición del deseo sexual. El análisis factorial exploratorio llevado a cabo por Sierra et al. aisló cuatro factores, dos de los cuales fueron desechados por no aunar un contenido teórico claro. Los dos factores definitivos (Deseo sexual inhibido diádico y Deseo sexual inhibido general) agrupan a 11 ítems, tal como se ha señalado. Ambos factores presentan coeficientes de fiabilidad de consistencia interna adecuados (alfa de Cronbach igual a 0,85 y 0,70, respectivamente). Además, los ítems que los componen tienen unas correlaciones ítem-total igual o mayor a 0,50 en todos los casos.

Finalmente, también se puso a prueba la validez externa de la escala obteniéndose correlaciones significativas entre las puntuaciones del TDSI y erotofilia ($r = -0,18$), erotofobia ($r = 0,19$), fantasías sexuales íntimas ($r = -0,40$), fantasías sexuales exploratorias ($r = -0,22$) y fantasías sexuales impersonales ($r = -0,11$).

3.9.3. Referencias

- Brotto, L.A. (2010): "The DSM diagnostic criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in women". *Archives of Sexual Behavior*, 29: 221-239.
- Fuertes Martín, A. y López Sánchez, F. (1997): *Aproximaciones al estudio de la sexualidad*. Amarú Ediciones. Salamanca.
- Kaplan, H.S. (1979): *Trastornos del deseo sexual*. Grijalbo. Barcelona.
- Lief, H. (1977): "What's new in sex research? Inhibited sexual desire". *Medical Aspects of Human Sexuality*, 7: 94-95.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1996): *Eros. Los mundos de la sexualidad*. Grijalbo. Barcelona.
- Sierra, J.C., Zubeidat, L, Carretero-Dios, H. y Reina, S. (2003): "Estudio psicométrico preliminar del Test del Deseo Sexual Inhibido en una muestra española no clínica". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3: 489-504.
- Zubeidat, L, Ortega, V. y Sierra, J.C. (2004): "Evaluación de algunos factores determinantes del deseo sexual: estado emocional, actitudes sexuales y fantasías

sexuales". *Análisis Y Modificación de Conducta*, 30: 105-128.

3.10. Inventario de Deseo Sexual (Sexual Desire Inventory, SDI)

<i>Autores:</i>	I.P. Spector, M.P. Carey. y L. Steinberg
<i>Evalúa:</i>	Deseo sexual en dos dimensiones: deseo sexual diádico y deseo sexual solitario
<i>Número de ítems:</i>	14 ítems en la versión original y 13 en la versión española

El deseo sexual sigue siendo en la actualidad uno de los conceptos más difíciles de definir en el área de la sexualidad humana y, en consecuencia, su evaluación se convierte en una tarea compleja. En muchas ocasiones, el deseo sexual se ha evaluado de forma indirecta a través de la frecuencia de las conductas sexuales o de forma genérica preguntando simplemente por el "nivel de deseo sexual". En la actualidad estos planteamientos se consideran inadmisibles porque está claramente demostrado, por un lado, que el deseo sexual tiene una naturaleza multicomponente y, por otro, que no siempre el nivel de deseo sexual correlaciona de forma clara con la frecuencia de las conductas sexuales (Spector, Carey y Steinberg, 2011).

Kaplan (1977) definió el deseo sexual como el conjunto de sensaciones que motivan a una persona a iniciar o a mostrarse receptiva ante un posible contacto sexual. En esta línea conceptual, Spector, Carey y Steinberg (1996) se refieren al deseo sexual como el interés por la actividad sexual, tanto con una pareja sexual (deseo sexual diádico) como hacia actividades sexuales autoeróticas (deseo sexual solitario); con base en este concepto, estos autores desarrollaron el Inventario de Deseo Sexual (SDI, por sus siglas en inglés).

Uno de los modelos multidimensionales del deseo sexual más aceptado es el planteado por Levine (2003), en el cual se defienden tres componentes: 1) biológico (base anatómica y neuroendocrina); 2) psicológico (estado emocional, relaciones interpersonales, etc.) y 3) cultural (valores). En un reciente estudio, Santos-Iglesias, Calvillo y Sierra (2013), con el objetivo de poner a prueba este modelo, demuestran que el deseo sexual diádico está determinado por la edad y el sexo (dimensión biológica), por las fantasías sexuales de tipo íntimo y exploratorio (dimensión psicológica) y por la asertividad sexual (dimensión cultural). Por otro lado, estos autores demuestran que el sexo (componente biológico), las fantasías sexuales de tipo exploratorio e impersonal (componente psicológico) y la asertividad sexual (componente cultural) constituyen factores con capacidad para predecir el deseo sexual solitario.

3.10.1. Descripción

El Inventario de Deseo Sexual se elaboró a partir de una batería de 20 ítems sobre

distintos dominios: interés en la actividad sexual diádica, interés en la actividad sexual individual, cogniciones y la importancia de las necesidades sexuales. Con los datos obtenidos a través de una serie de análisis factoriales y análisis de las correlaciones entre los diferentes factores obtenidos, se llegó a una solución final compuesta por 14 ítems que se agrupaban en dos factores: Deseo sexual diádico (ítems 1-9), que hace referencia al interés por mantener contactos sexuales con otra persona; y Deseo sexual solitario (ítems 10-13) o interés por la actividad sexual solitaria como la masturbación o el material erótico. El ítem 14 hace referencia al malestar experimentado ante la abstinencia de la actividad sexual. Los ítems se responden en una escala de 8 o 9 puntos en función de los ítems (véase Spector et al., 1996). Un ejemplo de ítem relacionado con el deseo sexual diádico es "Durante el último mes, ¿con qué frecuencia le ha apetecido tener actividad sexual con su pareja (por ejemplo, acariciar el uno al otro los genitales, dar o recibir estimulación oral, coito, etc.)?"; un ítem relativo al deseo sexual solitario sería "Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha deseado tener comportamientos sexuales autoeróticos (por ejemplo, masturbación, acariciarse los genitales, etc.)?".

Las puntuaciones de ambos factores se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems de manera que mayores puntuaciones indican mayor deseo sexual diádico y solitario.

3.10.2. Propiedades psicométricas

El estudio llevado a cabo con la versión original mostró una correlación entre los dos factores igual a 0,35, y valores de fiabilidad de consistencia interna igual a 0,86 para el deseo diádico y 0,96 para el solitario. Su fiabilidad test-retest después de un mes de intervalo fue igual a 0,76 (Spector et al., 2011). Respecto a su validez, las puntuaciones en deseo sexual diádico correlacionaron de forma positiva con la frecuencia de la actividad sexual diádica ($r = 0,34$), mientras que el deseo sexual solitario correlacionó de forma positiva con la actividad sexual en solitario ($r = 0,28$), lo que demuestra que las correlaciones entre deseo sexual y frecuencia de conducta sexual, a pesar de ser significativas, no alcanzan una excesiva magnitud (Spector et al., 2011).

La adaptación española llevada a cabo por Ortega, Zubeidat y Sierra (2006) mostró unas adecuadas propiedades psicométricas. Así, el análisis factorial confirmatorio indica que el mejor ajuste se produce para un modelo de dos factores relacionados, al igual que en la propuesta original de Spector et al. (1996). La fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) fue 0,87 para el deseo sexual diádico y 0,88 para el solitario. Otros estudios que utilizaron posteriormente esta adaptación informaron también de valores de fiabilidad de consistencia interna óptimos: 0,73 y 0,83 en hombres y mujeres, respectivamente, para deseo diádico, y 0,90 y 0,92 para deseo sexual solitario (Santos-Iglesias, Sierra y Vallejo-Medina, 2013), o 0,84 para diádico y 0,92 para solitario (Santos-Iglesias, Calvillo et al., 2013).

Las pruebas de validez convergente de la versión española señalaron que las fantasías sexuales íntimas correlacionaban con mayor intensidad con el deseo sexual diádico que con el solitario, mientras que las fantasías impersonales sólo correlacionaron con el deseo sexual solitario (Ortega et al., 2006). Santos-Iglesias, Sierra et al. (2013) informan de una correlación entre el deseo sexual diádico y el solitario de 0,38 en hombres y de 0,35 en mujeres; en este mismo estudio se informa de que, en ambos sexos, tanto el deseo sexual diádico como el solitario correlacionan positivamente con erotofilia, actitudes positivas hacia las fantasías sexuales y excitación sexual. Por su parte, Santos-Iglesias, Calvillo et al. (2013) señalan que ambos tipos de deseo sexual correlacionan de forma negativa con la edad y que los hombres presentan puntuaciones más elevadas que las mujeres en el SDI (estas diferencias por sexo también han sido señaladas para la versión original - véase Spector et al. (2011)-); en este mismo estudio se informa también de que, tanto el deseo sexual diádico como el solitario correlacionan de forma positiva con la asertividad sexual y diferentes tipos de fantasías sexuales (exploratorias, íntimas, impersonales y sadomasoquistas), mientras que únicamente el diádico correlaciona de forma negativa con la ansiedad y la depresión. Por último, en un estudio llevado a cabo por Sierra, Vallejo-Medina, Santos-Iglesias y Lameiras Fernández (2012), en una amplia muestra de 3.050 adultos españoles, se encuentran correlaciones significativas de signo positivo entre el deseo sexual diádico y el funcionamiento sexual ($r = 0,44$ en varones y $r = 0,58$ en mujeres).

3.10.3. Referencias

- Kaplan, H.S. (1977): "Hypoactive sexual desire". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3: 3-9.
- Levine, S.B. (2003): "The nature of sexual desire: A clinician's perspective". *Archives of Sexual Behavior*, 32: 279-285.
- Ortega, V., Zubeidat, I. y Sierra, J.C. (2006): "Further examination of measurement properties of Spanish version of the Sexual Desire Inventory with undergraduates and adolescent students". *Psychological Reports*, 99: 147-165.
- Santos-Iglesias, P., Calvillo, G. y Sierra, J.C. (2013). "A further examination of Levine's model of sexual desire". *Psychology & Sexuality*, 4: 34-45.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J.C. y Vallejo-Medina, P. (2013): "Predictors of sexual assertiveness: The role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse". *Archives of Sexual Behavior*, 42: 1043-1052.
- Sierra, J.C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P. y Lameiras Fernández, M. (2012): "Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española". *Atención Primaria*, 44: 516-526.

Spector, I.P., Carey, M.P. y Steinberg, L. (1996): "The sexual desire inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 22: 175-190.

Spector, I.P., Carey, M.P. y Steinberg, L. (2011): "Sexual Desire Inventory", en Fisher, T.D., Davis, C.M., Yarber, W.L. y Davis, S.L., *Handbook of sexuality-related measures*. Routledge. Nueva York.

3.11. Índice Internacional de Función Eréctil (International Index of Erectile Function, IIEF)

<i>Autores:</i>	R.C. Rosen, A. Riley, G. Wagner, I.H. Osterloh, J. Kirkpatrick y A. Mishra
<i>Evalúa:</i>	Disfunción eréctil
<i>Número de ítems:</i>	15 ítems en la versión original distribuidos en 5 subescalas 5 ítems en la versión abreviada

En 1993, la National Institutes of Health (NIH) Consensus Conference definió la disfunción eréctil como la incapacidad para alcanzar y/o mantener una adecuada erección del pene de tal modo que impide llevar a cabo una ejecución sexual satisfactoria. En la última edición de la clasificación de los trastornos mentales DSM-5 se señala que para diagnosticar el trastorno de erección debe estar presente, durante un periodo no menor a seis meses, en todas o en la mayoría de actividades sexuales llevadas a cabo (75% aproximadamente), al menos uno de los tres siguientes síntomas: 1) incapacidad para conseguir la erección durante la actividad sexual; 2) incapacidad para mantener la erección hasta completar la actividad sexual; y 3) marcada disminución de la rigidez eréctil, lo cual interfiere con la penetración o el placer.

En España, el estudio Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina (EDEM) (Martín-Morales et al., 2001) estima que la prevalencia de disfunción eréctil es del 12% en los varones entre 25 y 70 años de edad. Ante la relevancia de esta problemática es fundamental disponer de adecuados instrumentos para detectar de forma rápida, fiable y válida esta disfunción sexual en población masculina. Con esta intención, Rosen et al. (1997) elaboran el índice Internacional de Función Eréctil (IIEF), instrumento que, además de ser ampliamente utilizado, ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas y validez en 32 idiomas diferentes. Resulta útil tanto en investigación como en el ámbito clínico. Un claro reflejo de la relevancia de este instrumento en el campo de la investigación de las disfunciones sexuales masculinas es que en la base de datos PubMed se llegan a contabilizar más de medio millar de publicaciones que emplean el IIEF.

3.11.1. Descripción

La construcción del índice Internacional de Función Eréctil (IIEF, por sus siglas en inglés; Rosen et al., 1997) se desarrolló en tres fases: 1) selección de ítems para identificar aspectos relevantes del funcionamiento sexual masculino en diferentes culturas, por lo que los resultados fueron revisados por un panel de expertos internacionales; 2) adaptación cultural y lingüística para la que se realizó, en primer lugar, una prueba piloto en 14 varones con disfunción eréctil y, en segundo lugar, se llevó a cabo la validación lingüística en 10 idiomas, entre ellos el español; este proceso incluyó la traducción hacia delante y hacia atrás, así como pruebas de comprensión de los ítems y se establecieron procedimientos internacionales que asegurasen la equivalencia cultural en cada idioma; y, finalmente 3) examen de la fiabilidad y validez del instrumento.

El IIEF está formado por 15 ítems que permiten evaluar cinco aspectos relevantes del funcionamiento sexual en el varón, los cuales fueron obtenidos a través de análisis factorial exploratorio y confirmatorio: 1) Función eréctil, que es evaluada a través de los ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 15 (p. ej. "¿Con qué frecuencia logró una erección durante la actividad sexual?"); 2) Función orgásmica, medida a través de los ítems 9 y 10 (p. ej., "Cuando tuvo estimulación sexual o relaciones coitales, ¿con qué frecuencia eyaculó?"); 3) Deseo sexual, formado por los ítems 11 y 12 (p. ej., "¿Con qué frecuencia ha sentido deseo sexual?"); 4) Satisfacción con la relación sexual, evaluado con los ítems 6, 7 y 8 (p. ej., "Cuando ha intentado tener relaciones coitales, ¿con qué frecuencia fueron satisfactorias?"); y 5) Satisfacción global considerada mediante los ítems 13 y 14 (p. ej. "¿Cómo de satisfecho ha estado con su vida sexual en general?").

Todas las preguntas tienen una referencia temporal relativa a las últimas cuatro semanas. La escala de respuesta es tipo Likert y oscila entre 0 (sin actividad sexual) y 5 (casi siempre o siempre / disfruté mucho / sin dificultad) para los ítems del 1 al 10, y entre 1 (extremo disfuncional) y 5 (extremo funcional) para los ítems 11 al 15. La puntuación de cada subescala es computada sumando las puntuaciones de sus correspondientes ítems. En el caso de la función eréctil se han establecido unos puntos de corte: 6-10 = disfunción eréctil grave; 11-16 = moderada; 17-25 = leve; y 26-30 = sin disfunción eréctil; para el resto de dimensiones, a menor puntuación, mayor disfunción.

Posteriormente, Rosen, Cappelleri, Smith, Lipsky y Peña (1999) elaboraron una versión abreviada del instrumento (IIEF-5), también denominado Inventario Abreviado de Salud Sexual para el Hombre (Sexual Health Inventory for Men, SHIM) que permite identificar la presencia y severidad de la disfunción eréctil del paciente correspondiente a los últimos seis meses. Este intervalo temporal se adecúa al período establecido por el NIH para el diagnóstico de disfunción eréctil. Esta versión breve está formada por cinco ítems del Índice Internacional de Función Eréctil, en concreto el 2, 4, 5, 7 y 15, dado que son los que demostraron mayor capacidad para discriminar entre sujetos con y sin disfunción eréctil. De ellos, los ítems 2, 4, 5 y 7 hacen referencia a la función eréctil, mientras que el 15 evalúa la confianza del paciente en poder conseguir y mantener la erección.

La puntuación total que se obtiene a través del sumatorio de los 5 ítems puede oscilar entre 5 y 25. La puntuación obtenida posee un valor diagnóstico con respecto a la disfunción eréctil, siendo 21 el punto de corte, por lo que puntuaciones globales que sean inferiores o iguales a 21 permiten establecer el diagnóstico de disfunción eréctil en cualquiera de sus grados de gravedad, los cuales se categorizan de la siguiente manera: grave (5-7 puntos), moderada (8-11 puntos), de leve a moderada (12-16 puntos) y leve (17-21 puntos). Puntuaciones entre 22 y 25 puntos indicarían la ausencia de disfunción eréctil. Actualmente se recomienda su utilización como técnica de screening.

3.11.2. Propiedades psicométricas

Los autores de la versión original pusieron a prueba la consistencia interna a través del alfa de Cronbach en diferentes muestras. Aunque se encontraron variaciones, los valores en las cinco subescalas superaron el valor 0,73, y más de la mitad presentaron valores por encima de 0,90, siendo los más elevados en función eréctil y orgásmica. El coeficiente de fiabilidad para la escala global fue superior a 0,90. La estabilidad del instrumento (en un período de 4 semanas) fue de 0,71, 0,77, 0,81 y 0,84 en función orgásmica, deseo sexual, satisfacción global, satisfacción con el coito y función eréctil, respectivamente; la estabilidad de la escala global fue de 0,82.

Existen diversas evidencias de la validez. En concreto, el instrumento cuenta con validez discriminante, por lo que es posible diferenciar a pacientes con disfunción eréctil de varones no disfuncionales, ya que las puntuaciones fueron significativamente diferentes en prácticamente todas las subescalas, a excepción de deseo sexual. También se demostró validez convergente al encontrarse relación entre la recogida de información clínica a través de una entrevista y la puntuación obtenida en el instrumento, obteniéndose la mayor correlación con la dimensión de función eréctil ($r = 0,73$). La deseabilidad social y el ajuste marital no parecen influir en las puntuaciones del instrumento, demostrando así que posee validez divergente.

Un aspecto de especial interés, considerando la aplicación clínica del instrumento, es su sensibilidad y especificidad. En cuanto a la sensibilidad, al comparar a varones que estaban en tratamiento farmacológico con varones a los que se les administró un placebo, se encontró que los primeros mostraron significativamente mayor cambio entre la puntuación obtenida al inicio y la puntuación al final del tratamiento en cada subescala. Las medias de cambio obtenidas fueron superiores en el dominio de función eréctil y las más bajas en deseo sexual. La especificidad del instrumento fue demostrada ante la relativa ausencia de cambio entre las puntuaciones previas y finales del grupo que no recibió tratamiento. En definitiva, las propiedades psicométricas del IIEF son óptimas, siendo la subescala de función eréctil la más sólida.

Para examinar las propiedades psicométricas de la versión abreviada, se administró el instrumento a 1.036 hombres con disfunción eréctil y 116 hombres funcionales. La

puntuación media de los varones con disfunción eréctil fue significativamente más baja que en el grupo control. Asimismo, se concluyó que el instrumento cuenta con una sensibilidad de 0,98 y una especificidad de 0,88, por lo que el 98% de varones con disfunción eréctil y el 88% de varones sin disfunción eréctil son clasificados correctamente. Por otro lado, se observa que el diagnóstico de disfunción eréctil a través de este instrumento permite con un 89% de probabilidad que el diagnóstico sea correcto (valor predictivo positivo); y si es diagnosticado como no disfuncional, la probabilidad de que sea correcto alcanza el 98% (valor predictivo negativo). El coeficiente kappa que indica el grado de acuerdo entre los valores predichos y reales de disfunción eréctil es de 0,82.

En un reciente estudio llevado a cabo por Dargis et al. (2013), en una muestra de personas mayores, el IIEF-5 presenta un coeficiente de fiabilidad de consistencia interna por encima de 0,80 y evidencias acerca de su validez divergente.

3.11.3. Referencias

Dargis, L., Trudel, G., Cadieux, J., Villeneuve, L., Prévaille, M. y Boyer, R. (2013): "Validation of the International Index of Erectile Function and presentation of norms in older men". *Sexologies*, 22: 20-26.

Martín-Morales, A., Sánchez-Cruz, J.J., Saénz de Tejada, L., Rodríguez-Vela, L., Jiménez-Couz, J.F. y Burgos-Rodríguez, R. (2001): "Prevalence and independent risk factors for the erectile dysfunction in Spain: Results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study". *Journal of Urology*, 166: 569-575.

National Institutes of Health (NIH) Consensus Conference (1993): "Impotence: NIH Consensus Development Panel on Impotence". *Journal of the American Medical Association*, 270: 83-90.

Rosen, R.C., Cappelleri, J.C., Smith, M.D., Lipsky, J. y Peña, B.M. (1999): "Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction". *International Journal of Impotence Research*, 11: 319-326.

Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J. y Mishra, A. (1997): "The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction". *Urology*, 49: 822-830.

3.12. Inventario de Excitación Sexual-Ampliado (Sexual Arousability Inventory-Expanded, SAI-E)

<i>Autores:</i>	D.L. Chambless y J.L. Lifshitz
<i>Evalúa:</i>	Excitación y ansiedad sexual
<i>Número de ítems:</i>	28 ítems

La excitación sexual se puede definir como la cantidad de tensión sexual alcanzada durante la actividad sexual. Se trata de un estado emocional que presenta unas manifestaciones claramente definidas a nivel psicológico, fisiológico y conductual, caracterizándose por el incremento gradual de los sentimientos de activación, en combinación con una serie de cambios físicos y fisiológicos que se producen durante la actividad sexual preorgásmica a nivel genital, autonómico, de la musculatura estriada, sistema endocrino-hormonal, etc. La duración de este estado puede variar significativamente de unas personas a otras, y de unas situaciones a otras, dependiendo de la continuidad de la estimulación recibida y de la presencia o no de factores inhibitorios, tales como la ansiedad o los pensamientos disfuncionales.

Wolpe, a mediados del siglo pasado, ya planteaba que la ansiedad, especialmente la ansiedad de ejecución, inhibía la excitación sexual. Por ello, resulta interesante disponer de instrumentos de evaluación que, a través del mismo conjunto de ítems, posibiliten cuantificar tanto la excitación sexual como la ansiedad. Con este objetivo, se elaboró el Inventario de Excitación Sexual-Ampliado (Chambless y Lifshitz, 1984), el cual permite determinar los niveles de excitación sexual y de ansiedad sexual, partiendo del supuesto de que esta última puede inhibir el funcionamiento sexual. El instrumento se fundamentó originalmente en las siguientes premisas: a) fácil de administrar, puntuar e interpretar; b) útil para evaluar disfunciones relacionadas con la excitación sexual, independientemente de si el individuo mantiene una relación de pareja o no, y de su orientación sexual; c) válido en términos de experiencia y actividad sexual, satisfacción con la propia respuesta sexual, y consciencia sobre los cambios fisiológicos de la excitación sexual; y d) capaz de discriminar entre población normal y pacientes sexualmente disfuncionales (Hoon, Hoon y Wincze, 1976).

3.12.1. Descripción

Originalmente, Hoon et al. (1976) validan en mujeres estadounidenses y canadienses la versión para evaluar únicamente la excitación sexual. Inicialmente se administra un total de 131 ítems que describen diversas actividades y situaciones sexuales, las cuales se deben valorar en función de cómo de sexualmente excitado se siente uno o cómo de excitado cree que se sentiría uno al experimentar cada una de esas situaciones. Un ejemplo de ítem sería "Cuando una persona querida estimula sus genitales con la boca o lengua". El formato de respuesta es tipo Likert de 7 puntos desde - 1 a 5: - 1 (afecta negativamente a la excitación, inimaginable, repulsivo, distractor), 0 (no afecta a la excitación sexual), 1 (posiblemente causa excitación sexual), 2 (a veces causa excitación

sexual, ligeramente excitante), 3 (normalmente causa excitación sexual, moderadamente excitante), 4 (casi siempre sexualmente excitante, muy excitante) y 5 (siempre provoca excitación sexual, extremadamente excitante). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones positivas y restando aquellas puntuaciones negativas, de modo que la puntuación mínima que se podrá obtener es - 28 y la máxima es 140. Mayores puntuaciones son indicadoras de mayor grado de excitación sexual.

Los autores generaron dos formatos del instrumento (A y B) que constan de 14 ítems cada uno. Los ítems correspondientes al formato A son el 1, 2, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19 y 26; el formato B está formado por los restantes ítems. Las dos alternativas pueden ser utilizadas indistintamente al haber demostrado elevadas correlaciones con la versión extensa del instrumento (Hoon y Chambless, 2011).

Posteriormente, Chambless y Lifshitz (1984) desarrollan una versión extensa del instrumento al añadir una escala de ansiedad, de modo que la persona evaluada puede expresar el grado de excitación y el de ansiedad que le producen cada una de las 28 situaciones de la escala original, de forma paralela e independiente, a través de la misma escala de respuesta originalmente planteada. Así, cuando se contesta en la parte que se refiere a la ansiedad sexual las respuestas oscilan desde - 1 (relajante, calmante) hasta 5 (siempre causa ansiedad, provoca ansiedad extrema), pasando por 0 (no provoca ansiedad), 1 (posiblemente causa alguna ansiedad), 2 (a veces causa ansiedad, provoca ansiedad ligera), 3 (normalmente causa ansiedad, provoca ansiedad moderada) y 4 (casi siempre causa ansiedad, provoca mucha ansiedad). Del mismo modo que ocurría con la escala de excitación, la puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones positivas y restando las negativas, de modo que cuanto más elevada es la puntuación total, mayor es el nivel de ansiedad sexual.

3.12.2. Propiedades psicométricas

Originalmente, los 28 ítems fueron agrupados en cinco factores 1) Juegos preliminares, 2) Excitación a través de estímulos eróticos visuales y verbales, 3) Estimulación de los pechos, 4) Preparación y participación en el coito, y 5) Estimulación genital realizada a la pareja o recibida por la pareja. No obstante, la fiabilidad de consistencia interna informada es siempre para la escala total: 0,91 y 0,92, respectivamente en dos muestras independientes de mujeres. Chambless y Lifshitz (1984) obtienen, a través del método de dos mitades de Spearman-Brown, valores de 0,92, así como un coeficiente de fiabilidad test-retest (en un intervalo de 8 semanas) igual a 0,69. Tanto el formato reducido A como el B han demostrado valores óptimos de fiabilidad: alfa de Cronbach de 0,88 y 0,86, y valores test-retest (en un intervalo de tres semanas) de 0,97 y 0,98, respectivamente, en dos muestras de mujeres. La escala de ansiedad ha mostrado una fiabilidad de consistencia interna de 0,94 (Chambless y Lifshitz, 1984).

La puntuación global en excitación sexual se ha asociado con satisfacción con la

propia respuesta sexual, consciencia sobre los cambios fisiológicos de la excitación sexual, frecuencia de coito antes del matrimonio y en la actualidad, frecuencia de orgasmos coitales y durante la masturbación, número de parejas sexuales y experiencia sexual; además, ha demostrado validez discriminante para diferenciar pacientes con disfunciones sexuales de personas sanas (Hoon y Chambless, 2011).

La adaptación española de la versión extensa fue realizada por Aluja, Torrubia y Gallart (1990) en una muestra de 350 mujeres, y cuenta con la misma estructura factorial que la validación realizada por Chambless y Lifshitz (1984). La fiabilidad de consistencia interna para la escala de excitación sexual fue de 0,92. Posteriormente, Aluja y Torrubia (1994) vuelven a examinar las propiedades psicométricas de las escalas de excitación y ansiedad. El análisis factorial da lugar a tres factores en la escala de excitación que explican el 52% de la varianza: Estímulos sensuales y eróticos ($\alpha = 0,89$; ítems 3, 4, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 22 y 24; p. ej., "Cuando ve a una persona querida desnuda"), Conductas genitales ($\alpha = 0,88$; ítems 1, 2, 5, 7, 11, 12, 21, 25, 26 y 28; p. ej., "Cuando una persona querida acaricia sus genitales con los dedos") y Conductas de contenido pornográfico ($\alpha = 0,89$; ítems 8, 14, 19, 20, 23 y 27; p. ej., "Cuando lee un libro erótico o pornográfico"). Por su parte, la escala de ansiedad se estructura también en tres factores: Conductas de sensualidad-erotismo ($\alpha = 0,97$; ítems 2, 4, 9, 10, 11, 12, 16, 13, 15, 17, 18, 22, 24, 25, 26 y 28; p. ej., "Cuando una persona querida recorre su cara con la mirada"), Conductas oro-genitales ($\alpha = 0,84$; ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7 y 27; p. ej., "Cuando una persona querida acaricia su pecho con las manos") y Estímulos pornográficos ($\alpha = 0,89$; ítems 8, 14, 19, 20 y 23; p. ej., "Cuando está viendo películas o fotografías pornográficas").

Como evidencias de validez de la versión española, se obtienen correlaciones positivas de la escala de excitación con experiencia sexual, frecuencia actual de coito y de masturbación, intensidad de los orgasmos obtenidos a través del coito y de la masturbación, y número de películas pornográficas visionadas. Asimismo, se encuentran algunas correlaciones que resultan significativas entre algunos factores de excitación y ansiedad (Aluja Fabregat, 1996).

3.12.3. Referencias

- Aluja, A. y Torrubia, R. (1994): "Inventario de excitación y ansiedad sexual ampliado (SAI-E): Subescalas por derivación factorial". *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 21: 42-46.
- Aluja, A., Torrubia, R. y Gallart, S. (1990): "Validación española del autoinforme de ansiedad y excitación sexual ampliado (SAI-E)". *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17: 252-268.
- Aluja Fabregat, A. (1996): "Evaluación de algunos aspectos del comportamiento sexual:

instrumentos de medida para uso clínico". *Psiquis*, 17, 68-86.

Chambles, D.L. y Lifshitz, J.L. (1984): "Self-reported sexual anxiety and arousal: The Expanded Sexual Arousability Inventory". *The Journal of Sex Research*, 20: 241-254.

Hoon, E.F. y Chambless, D. (2011): "Sexual Arousability Inventory and Sexual Arousability Inventory-Expanded", en Fisher, T.D., Davis, C.M., Yarber W.L. y Davis, S.L., *Handbook of sexuality-related measures*. Routledge. Nueva York.

Hoon, E.F., Hoon, P.W. y Wincze, J.P. (1976): "An inventory for the measurement of females sexual arousability: The SAF. *Archives of Sexual Behavior*, 5: 291-300.

3.13. Escalas de Inhibición y Excitación Sexual (Sexual Inhibition and Sexual Excitation Scales, SIS/SES)

<i>Autores:</i>	E. Janssen, H. Vorst, P. Finn y J. Bancroft
<i>Evalúa:</i>	Excitación sexual, inhibición sexual por miedo a la ejecución e inhibición sexual por miedo a las consecuencias
<i>Número de ítems:</i>	45 ítems

En la actualidad se asume que, tanto en el hombre como en la mujer, la tendencia a la excitación sexual y a su conducta asociada está determinada por el equilibrio entre un sistema de excitación sexual y un sistema de inhibición sexual. Se considera que ambos sistemas están controlados fundamentalmente por el sistema nervioso central y que los individuos se diferenciarían unos de otros por su tendencia a la excitación o a la inhibición sexual. Ambos sistemas son relativamente independientes y se sostiene que el sistema inhibitorio actuaría como un mecanismo adaptativo ante situaciones amenazantes o ante situaciones que requieren focalizarse en otros estímulos que no sean sexuales, entre otras. A este modelo teórico se le conoce como el Modelo de Control Dual (Bancroft, 1999; Bancroft y Janssen, 2000). Su capacidad para explicar la respuesta y la conducta sexual se ha puesto a prueba en numerosas ocasiones demostrando su capacidad para explicar problemas de funcionamiento sexual como la disfunción eréctil, la conducta sexual compulsiva o una mayor emisión de conductas sexuales de riesgo (véase Bancroft, Graham, Janssen y Sanders, 2009).

El Modelo de Control Dual distingue entre excitación sexual y dos tipos de inhibición sexual, presentes tanto en hombres como en mujeres: una relacionada con el miedo a la ejecución sexual y otra derivada del miedo a las consecuencias sexuales. En tanto que el primer tipo de inhibición sexual se ha calificado más como un rasgo, al considerarse un nivel "tónico" de inhibición sexual, el segundo depende del contexto y de las circunstancias que envuelven a la actividad sexual (Bancroft y Janssen, 2000). Ambos

tipos de inhibición determinan el funcionamiento sexual, especialmente el primero, el cual se ha relacionado con la presencia de disfunciones sexuales. Por otro lado, se sabe que la excitación sexual está asociada con el deseo sexual, mientras que el segundo tipo de inhibición sexual estaría negativamente relacionada con el deseo en los dos sexos.

En definitiva, la evaluación de ambos procesos (excitación e inhibición sexuales) es importante en el estudio del funcionamiento sexual, así como en la elección de enfoques terapéuticos idóneos dependiendo del tipo de inhibición sexual que el paciente presente. Como consecuencia se han elaborado algunos instrumentos de autoinforme que permiten evaluar la excitación sexual en hombres y en mujeres bajo estos parámetros.

3.13.1. Descripción

Las Escalas de Inhibición y Excitación Sexual (SIS/SES, por sus siglas en inglés; Janssen, Vörst, Finn y Bancroft, 2002a, 2002b) fueron desarrolladas inicialmente con el objetivo de evaluar los sistemas de inhibición y excitación sexuales en el hombre; sin embargo, en la actualidad pueden emplearse tanto en varones como en mujeres gracias a las pequeñas adaptaciones que se han realizado en algunos de sus ítems. Las SIS/SES están compuestas por un total de 45 ítems distribuidos en tres subescalas: 1) Excitación sexual (SES, por sus siglas en inglés), formada por 20 ítems (1, 3, 4, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 25, 26, 29, 30, 32, 35, 37, 38, 39, 43 y 44), como por ejemplo, "Cuando veo imágenes eróticas, me excito fácilmente"; 2) Inhibición sexual por miedo a la ejecución sexual (SIS1, por sus siglas en inglés), integrada por 14 ítems (5, 9, 10, 17, 19, 20, 21, 23, 33, 36, 40, 41, 42 y 45), como por ejemplo, "Ponerme el condón, puede hacer que pierda la erección"; y 3) Inhibición sexual por miedo a las consecuencias sexuales (SIS2, por sus siglas en inglés), que incluye 11 ítems (2, 8, 12, 15, 18, 22, 24, 27, 28, 31 y 34), como por ejemplo, "Si siento que mi pareja me está metiendo prisa, es difícil que me excite mucho").

Todos los ítems se responden en una escala tipo Likert de cuatro puntos, desde 1 (completamente de acuerdo) a 4 (completamente en desacuerdo), aunque para obtener la puntuación en cada subescala se recomienda invertir la escala de respuesta de todos los ítems, a excepción del 17 y del 45, de modo que puntuaciones más elevadas indican mayor excitación e inhibición sexual (Janssen, Bancroft, Graham y Carpenter, 2011).

3.13.2. Propiedades psicométricas

El estudio original se llevó a cabo sobre una batería de 73 ítems que se redujeron a un total de 45 agrupados en diez factores de primer orden y tres factores de segundo orden después de dos análisis factoriales. Esta estructura fue posteriormente replicada mediante análisis factorial confirmatorio. Los factores de segundo orden son el SES, SIS1 y SIS2, los cuales mostraron valores de fiabilidad de consistencia interna comprendidos entre 0,88 y 0,89 para la SES, entre 0,78 y 0,83 para la SIS1, y entre 0,69 y 0,75 para la

SIS2. Por su parte, los valores de fiabilidad test-retest después de un intervalo medio de 6,9 semanas fueron iguales a 0,76, 0,67 y 0,74, respectivamente (Janssen et al., 2002a). En mujeres, Carpenter, Janssen, Graham, Vorst y Wicherts (2008) obtienen índices de fiabilidad de consistencia interna de 0,87, 0,76 y 0,70 en cada una de las subescalas, así como coeficientes de fiabilidad test-retest entre 0,60 y 0,70 (Janssen et al., 2002a).

En relación con la validez convergente, se encontraron correlaciones positivas entre la SES y medidas de activación conductual, actitudes positivas hacia la sexualidad y mayor tendencia a los contactos sexuales con parejas ocasionales. En cambio las escalas SIS 1 y SIS2 correlacionaban de forma positiva con inhibición conductual y evitación de riesgos, y de forma negativa con activación conductual. Además, la SIS 1 mostró capacidad para predecir problemas de erección (Janssen et al., 2002a). En un segundo estudio se analizó la validez de las SIS/SES mediante el uso de medidas psicofisiológicas en laboratorio (Janssen et al., 2002b). De forma generalizada, aquellos participantes que mostraban mayores puntuaciones en la SES también mostraron mayor excitación sexual a nivel fisiológico. Y aquellos participantes que puntuaron bajo en la SIS2 mostraban mayor excitación fisiológica ante la presentación de estímulos de contenido sexualmente amenazante.

3.13.3. Referencias

- Bancroft, J. (1999): "Central inhibition of sexual response in the male: A theoretical perspective". *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23: 763-778.
- Bancroft, J., Graham, C.A., Janssen, E. y Sanders, S.A. (2009): "The Dual Control Model: Current status and future directions". *Journal of Sex Research*, 46: 121-142.
- Bancroft, J. y Janssen, E. (2000): "The dual control model of male sexual response: A theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction". *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24: 571-579.
- Carpenter, D.L., Janssen, E., Graham, C.A., Vorst H. y Wicherts, J. (2008): "Women's scores on the Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales (SIS/SES): Gender similarities and differences". *Journal of Sex Research*, 45: 36-48.
- Janssen, E., Bancroft, J., Graham, C. y Carpenter, D.L. (2011): "Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales", en Fisher, T.D., Davis, C.M., Yarber W.L. y Davis, S.L., *Handbook of sexuality-related measures*. Routledge. Nueva York.
- Janssen, E., Vorst, H., Finn, P. y Bancroft, J. (2002a): "The sexual inhibition (SIS) and sexual excitation (SES) scales: 1. Measuring sexual inhibition and excitation proneness in men". *Journal of Sex Research*, 39: 114-126.

Janssen, E., Vorst, H., Finn, P. y Bancroft, J. (2002b). "The sexual inhibition (SIS) and sexual excitation (SES) scales: II. Predicting psychophysiological response patterns". *Journal of Sex Research*, 39: 127-132.

3.14. Inventario de Excitación Sexual/Inhibición Sexual para Mujeres (Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory for Women, SESII-W)

<i>Autores:</i>	C.A. Graham, S.A. Sanders y R.R. Milhausen
<i>Evalúa:</i>	Excitación e inhibición sexual
<i>Número de ítems:</i>	36 ítems

En los seres humanos existen dos sistemas centrales que controlan la excitación y la respuesta sexual: un sistema de excitación sexual y un sistema de inhibición sexual. Ambos funcionan de manera relativamente independiente, haciendo que las personas varíen en su propensión hacia la excitación sexual y hacia la inhibición sexual. Este modelo, conocido como el Modelo de Control Dual (Bancroft, 1999; Bancroft, Graham, Janssen y Sanders, 2009), sostiene que la inhibición funciona como un mecanismo adaptativo. No obstante, elevados niveles de inhibición podrían suponer un problema al facilitar la aparición de disfunciones sexuales, mientras que niveles muy bajos de inhibición se pueden asociar con una mayor ejecución de conductas sexuales de riesgo.

A pesar de la aparente similitud entre la excitación y la inhibición sexual entre hombres y mujeres, existe la suficiente evidencia como para pensar que ambos mecanismos son fundamentalmente diferentes entre ambos sexos (Graham, Sanders, Milhausen y McBride, 2004). Así, se ha señalado que las mujeres, en comparación con los hombres, presentan puntuaciones más elevadas en inhibición sexual y más bajas en excitación sexual. Por ello, aunque en un momento inicial, el primer instrumento de evaluación de la excitación fundamentado en este modelo dual, las Escalas de Inhibición y Excitación Sexual (SIS/SES) descritas en el apartado anterior, fuese elaborado para su aplicación tanto en hombres como en mujeres, pocos años después se decide desarrollar un instrumento de evaluación específico para las mujeres: el Inventario de Excitación Sexual/Inhibición Sexual para Mujeres (SESII-W). El planteamiento de partida fue crear un instrumento específico que permitiese evaluar la propensión a la excitación y a la inhibición en mujeres de distinta orientación sexual, independientemente de su experiencia sexual y de que tuviesen pareja o no en el momento de la evaluación.

3.14.1. Descripción

A pesar de que las Escalas de Inhibición y Excitación Sexual originales desarrolladas en hombres (Janssen, Vorst, Finn y Bancroft, 2002) mostraron también buenas propiedades psicométricas en mujeres (véase el apartado 3.13.2), existen evidencias de que ambos mecanismos son diferentes entre ambos sexos (véase Graham et al., 2004). Por esta

razón se desarrolló el Inventario de Excitación Sexual/Inhibición Sexual para Mujeres (SESII-W, por sus siglas en inglés; Graham, Sanders y Milhausen, 2006).

El SESII-W está compuesto por 36 ítems distribuidos en ocho factores, cinco de los cuales (Excitabilidad: ítems 15, 17, 19, 20, 24, 25, 26, 30 y 32; Características de la pareja: ítems 5, 8, 10 y 12; Dinámicas sexuales de poder: ítems 2, 6, 27 y 28; Aroma: ítems 22 y 23; y Entorno inusual: ítems 3, 4, 7 y 13) se agrupan en un factor de segundo orden (Excitación sexual); los tres restantes factores (Preocupaciones sobre el funcionamiento sexual: ítems 9, 18, 29 y 31; Contingencias asociadas a la excitación: ítems 34, 35 y 36; e Importancia de la relación: ítems 1, 11, 14, 16, 21 y 33) se agrupan en el factor Inhibición sexual.

Algunos ejemplos de ítems son: "Ver el cuerpo desnudo de mi atractiva pareja me excita mucho" (Excitabilidad), "Si veo que mi pareja se desenvuelve bien socialmente, me excito con más facilidad" (Características de la pareja), "Me excito si mi pareja me dice cosas obscenas o picantes durante las relaciones sexuales (Dinámicas sexuales de poder), "Determinados aromas me resultan muy excitantes" (Aroma), "Tener sexo en un lugar distinto al habitual me excita mucho" (Entorno inusual), "Si estoy preocupada por ser una buena amante, es menos probable que me excite" (Preocupaciones sobre el funcionamiento sexual), "Me resulta difícil mantener mi excitación sexual" (Contingencias asociadas a la excitación) y, por último, "Si pienso que mi pareja puede herirme emocionalmente, me cohíbo o freno sexualmente" (Importancia de la relación).

Todos los ítems se responden en una escala tipo Likert de cuatro puntos: 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = totalmente de acuerdo. Las puntuaciones parciales se obtienen de las sumas de las puntuaciones de cada ítem, teniendo en cuenta que hay que invertir las de los ítems 4, 7 y 27. De esta manera, mayores puntuaciones indican mayor excitación e inhibición sexual.

3.14.2. Propiedades psicométricas

El estudio original se llevó a cabo sobre una batería de 115 ítems desarrollados a partir de ocho categorías de factores potenciadores o inhibidores de la excitación sexual (Graham et al., 2004). A partir de esta batería de ítems se llevó a cabo un análisis factorial basado en un método de máxima verosimilitud, que arrojó 36 ítems agrupados en los ocho factores antes mencionados. Estos ocho factores se volvieron a someter a análisis factorial agrupándose en los dos factores de segundo orden: Excitación sexual e Inhibición sexual.

En cuanto a la fiabilidad de consistencia interna de la escala, los valores alfa de Cronbach para los factores de primer orden fueron superiores a 0,66 e iguales a 0,70 en el caso de la Excitación sexual y 0,55 para la Inhibición sexual. La correlación entre ambos factores fue de 0,28, demostrándose de este modo la relativa independencia entre

ambos. Los datos de fiabilidad test-retest después de un intervalo medio de 4,1 semanas mostraron correlaciones superiores a 0,51 en los factores de primer orden, siendo la correlación igual a 0,81 en la subescala de Excitación sexual e igual a 0,82 en la de Inhibición sexual.

Las pruebas de validez convergente mostraron correlaciones significativas de signo positivo entre la excitación sexual y la activación conductual, las actitudes positivas hacia la sexualidad y la búsqueda de sensaciones sexuales. En el caso de la inhibición sexual, se encontraron correlaciones positivas con medidas de inhibición conductual, y correlaciones negativas con actitudes positivas hacia la sexualidad y búsqueda de sensaciones sexuales (véase Graham, Sanders y Milhausen, 2011).

3.14.3. Referencias

Bancroft, J. (1999): "Central inhibition of sexual response in the male: A theoretical perspective". *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23: 763-778.

Bancroft, J., Graham, C.A., Janssen, E. y Sanders, S.A. (2009): "The dual control model: Current status and future directions". *Journal of Sex Research*: 46: 121-142.

Graham, C.A., Sanders, S.A. y Milhausen, R. (2006): "The Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory for Women: Psychometric Properties". *Archives of Sexual Behavior*, 35: 397-409.

Graham, C.A., Sanders, S.A. y Milhausen, R. (2011): "Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory for Women", en Fisher, T.D., Davis, C.M., Yarber W.L. y Davis, S.L., *Handbook of sexuality-related measures*. Routledge. Nueva York.

Graham, C.A., Sanders, S.A., Milhausen, R. y McBride, K. (2004): "Turning on and turning off: A focus group study of the factors that affect women's sexual arousal". *Archives of Sexual Behavior*, 33: 527-538.

Janssen, E., Vorst, H., Finn, P. y Bancroft, J. (2002): "The sexual inhibition (SIS) and sexual excitation (SES) scales: 1. Measuring sexual inhibition and excitation proneness in men". *Journal of Sex Research*, 39: 114-126.

3.15. Escalas de Inhibición y Excitación Sexual-Forma Breve (Sexual Inhibition/.Sexual Excitation Scales-Short Form, SIS/SES-SF)

<i>Autores:</i>	D.L. Carpenter, E. Janssen, C.A. Graham, H. Vorst y J. Wicherts
<i>Evalúa:</i>	Excitación sexual y dos formas de inhibición sexual (por miedo a la ejecución y por miedo a las consecuencias)
<i>Número de ítems:</i>	14 ítems

El Modelo de Control Dual sostiene que la excitación y la conducta sexual humana surgen del balance entre un sistema de excitación sexual y otro sistema de inhibición sexual, los cuales son relativamente independientes (Bancroft, 1999; Bancroft, Graham, Janssen y Sanders, 2009). Las personas se sitúan a lo largo de un continuo de propensión hacia la excitación sexual o hacia la inhibición sexual, teniendo como resultado una respuesta o conducta sexual que puede ser adaptativa o desadaptativa para el individuo. Este modelo distingue un tipo de excitación sexual (ES), que activaría la respuesta sexual y motivaría a la conducta sexual, y dos tipos de inhibición sexual: la inhibición por miedo a la ejecución sexual (IS1) y la inhibición por miedo a las consecuencias sexuales (IS2). En líneas generales, los estudios realizados con este modelo sostienen que individuos con elevados niveles de inhibición tienen mayor probabilidad de padecer una disfunción sexual, mientras que aquellos que muestran alta excitación y baja inhibición presentan mayores comportamientos sexuales de riesgo (Janssen y Bancroft, 2007).

A partir de la propuesta del modelo dual de la excitación sexual surgen instrumentos de autoinforme para evaluar ambas dimensiones (excitación e inhibición sexual). En concreto, se desarrollan las Escalas de Inhibición y Excitación Sexual (véase el apartado 3.13), pensadas inicialmente para su aplicación en hombres y mujeres, y el Inventario de Excitación Sexual/Inhibición Sexual para Mujeres (véase el apartado 3.14). Dado que existen evidencias acerca de que las puntuaciones en estas escalas son diferentes entre hombres y mujeres, pues los primeros suelen puntuar más en excitación sexual y menos en inhibición, en comparación con las segundas, y algunos de los ítems empleados para su evaluación no son equivalentes entre ambos sexos, se planteó la creación de una escala breve que incluyese únicamente ítems equivalentes entre ambos sexos y que permitiesen evaluar la dimensión de excitación sexual y las dos de inhibición sexual, tanto en hombres como en mujeres.

3.15.1. Descripción

Tal como se ha señalado, previo a la elaboración de las Escalas de Inhibición y Excitación Sexual-Forma Breve (SIS/SES-SF, por sus siglas en inglés), se habían desarrollado escalas específicas para la evaluación de los sistemas de excitación e inhibición sexual en hombres y mujeres, que contaban con un amplio número de ítems (45 y 36 ítems, respectivamente). Sin embargo, debido a la longitud de estas escalas y, especialmente, a que algunos de sus ítems no eran equivalentes entre hombres y mujeres, se decidió elaborar una versión breve equivalente entre ambos sexos (Carpenter, Janssen,

Graham, Vorst y Wicherts, 2011).

La SIS/SES-SF está compuesta por 14 ítems distribuidos en los tres factores que plantea el Modelo Dual de excitación sexual: 1) Escala de excitación sexual (SES, por sus siglas en inglés; ítems 1, 3, 8, 10, 11 y 14), que evalúa la excitación derivada de las interacciones sexuales (p. ej., "Cuando un desconocido/a sexualmente atractivo/a me toca accidentalmente, me excito con facilidad"); 2) Escala de inhibición sexual por miedo a la ejecución (SIS1, por sus siglas en inglés; ítems 4, 9, 12 y 13), que incluye ítems relacionados con la distracción/ concentración durante la ejecución sexual (p. ej., "No consigo excitarme a menos que me concentre exclusivamente en la estimulación sexual"); y Escala de inhibición sexual por miedo a las consecuencias sexuales (SIS2, por sus siglas en inglés; ítems 2, 5, 6 y 7), que incluye ítems que hacen referencia al miedo a ser descubierto o a contraer algún tipo de infección de transmisión sexual (p. ej., "Si tengo sexo en un lugar al aire libre, aislado, y creo que hay alguien cerca, es difícil que me excite mucho").

Cada uno de los ítems es contestado sobre una escala tipo Likert que oscila entre 1 (completamente de acuerdo) y 4 (completamente en desacuerdo). Siguiendo las recomendaciones de los autores originales, las puntuaciones de las escalas se obtienen invirtiendo los ítems de forma que 1 significará completamente en desacuerdo, 2 será en desacuerdo, 3 será igual a de acuerdo y 4 significará completamente de acuerdo. De esta forma, puntuaciones más elevadas indicarán mayor excitación y mayor inhibición sexual.

3.15.2. Propiedades psicométricas

Respecto a las características psicométricas de las SIS/SES-SF, apenas existen trabajos que se hayan interesado por su análisis. Los autores originales de las escalas informan de valores adecuados de fiabilidad test-retest, que están comprendidos entre 0,61 de la SES en mujeres y 0,73 de la SES en varones. Por otra parte, sus puntuaciones correlacionan significativamente de forma elevada con las de las Escalas de Inhibición y Excitación Sexual de 45 ítems (coeficientes entre 0,80 y 0,90). También se informa de que, tanto en hombres como en mujeres, la erotofilia correlaciona en sentido positivo con la SES y en sentido negativo con SIS1 y SIS2 (Carpenter et al., 2011).

Recientemente, se ha llevado a cabo la validación de las SIS/SES-SF en población española. En una muestra de 796 adultos españoles de ambos sexos, Moyano y Sierra (2014) pusieron a prueba la estructura factorial mediante un análisis factorial exploratorio que dio como resultado una estructura de tres factores similar a la propuesta por los autores originales. Este modelo fue posteriormente replicado mediante análisis factorial confirmatorio, demostrándose además la equivalencia e invarianza factorial entre hombres y mujeres. Las puntuaciones medias obtenidas por los hombres en las diferentes subescalas fueron las siguientes: SES (M= 16,65; DT = 2,75); SIS 1 (M = 8,50; DT = 2,21); y SIS2 (M = 11,33; DT = 2,25); en las mujeres fueron: SES (M= 16,24; DT =

2,89); SIS1 (M= 8,89; DT = 2,08); y SIS2 (M= 11,34; DT= 2,35). El análisis de las diferencias por sexo, controlando la edad, indicó que los hombres, en comparación con las mujeres, puntuaban más alto en SES y más bajo en SIS 1, de manera similar a lo que ocurría con la versión original.

Los valores de fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenidos en esta versión española oscilaron entre 0,60 (SIS2) y 0,72 (SES) en hombres, y entre 0,62 (SIS2) y 0,71 (SES) en mujeres. Respecto a las pruebas de validez, se encontraron correlaciones positivas entre SES y el deseo sexual diádico y solitario, tanto en hombres como en mujeres. Por su parte, la SIS1 y la SIS2 mostraron de forma generalizada correlaciones negativas con el deseo sexual diádico y solitario, y con el funcionamiento sexual.

3.15.3. Referencias

Bancroft, J. (1999): "Central inhibition of sexual response in the male: A theoretical perspective". *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23: 763-778.

Bancroft, J., Graham, C.A., Janssen, E. y Sanders, S.A. (2009): "The dual control model: Current status and future directions". *Journal of Sex Research*: 46: 121-142.

Carpenter, D.L., Janssen, E., Graham, C.A., Vorst, H. y Wicherts, J. (2011): "The Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales-Short Form (SIS/SES-SF)", en Fisher, T.D., Davis, C.M., Yarber, W.L. y Davis, S.L., *Handbook of sexuality-related measures*. Routledge. Nueva York.

Janssen, E. y Bancroft, J. (2007): "The Dual Control Model: The role of sexual inhibition and excitation in sexual arousal and behavior", en Janssen, E., *The psychophysiology of sex*. Indiana University Press. Bloomington.

Moyano, N. y Sierra, J.C. (2014): "Validación de las Escalas de Inhibición Sexual/Excitación Sexual-Forma Breve (EIS/EES-FB)". *Terapia Psicológica*.

3.16. Escala de Calificación del Orgasmo (Orgasm Rating Scale, ORS)

<i>Autores:</i>	K. Mah e Y.M. Binik
<i>Evalúa:</i>	Experiencia subjetiva del orgasmo
<i>Número de ítems:</i>	28 ítems

El orgasmo es una sensación de intenso placer que se acompaña de una alteración del nivel de conciencia, de contracciones intensas y rápidas de la musculatura genitourinaria, así como de un incremento de la tasa respiratoria, de la presión sanguínea y del pulso

cardíaco. El orgasmo constituye una de las fases de la respuesta sexual incluida en todos los modelos explicativos de la misma, y a él se llega, siempre y cuando no exista ninguna disfunción, después de alcanzar los niveles más elevados de excitación sexual (meseta). En los últimos años se han documentado, tanto en hombres como en mujeres, sus bases neurofisiológicas, así como la implicación en el mismo de diversas hormonas, tales como la prolactina o la oxitocina. Sin embargo, llama la atención la escasez de estudios que se han interesado por la experiencia subjetiva del orgasmo. Un claro ejemplo de ello es la falta de instrumentos de evaluación centrados en esta faceta del orgasmo. La mayoría de autoinformes que evalúan el funcionamiento sexual suelen incluir alguna o algunas preguntas acerca del orgasmo, pero suelen ser muy genéricas, centrándose básicamente en la frecuencia, facilidad o dificultad para alcanzarlo y en el placer experimentado.

En esta línea, Mah y Binik (2002) plantean una serie de cuestiones relativas al orgasmo que requerirían de un estudio sistemático fundamentado en evaluaciones más exhaustivas del mismo: a) numerosos estudios se centran en la evaluación del orgasmo femenino al considerar que éste es psicológicamente más complejo que el masculino, sin embargo, las evidencias, aunque escasas, demuestran que existen más similitudes que diferencias en el orgasmo de ambos sexos; y b) las medidas sobre el orgasmo han sido típicamente limitadas o bien a un enfoque dicotómico (ocurrencia o no ocurrencia) o a evaluaciones básicas sobre la frecuencia, consistencia o satisfacción con el mismo. Para dar respuesta a estas inquietudes, estos autores elaboran un modelo biopsicosocial con el fin de tener en cuenta, tanto en hombres como en mujeres, el impacto psicológico de la experiencia orgásmica en diferentes contextos o situaciones, ya que existen evidencias de diferencias subjetivas entre orgasmos experimentados a través de la masturbación, en presencia de la pareja y a través del coito. El modelo propuesto plantea varias dimensiones en la experiencia psicológica del orgasmo: sensorial (p. ej., sensaciones térmicas, acumulación de tensión, etc.), cognitiva (p. ej., sensación de inevitabilidad, excitación, etc.) y afectiva (p. ej., intimidad, felicidad, etc.). Los autores demuestran que los aspectos cognitivo-afectivos juegan un papel más relevante que los sensoriales al alcanzar un óptimo nivel de placer y de satisfacción con el orgasmo (Mah y Binik, 2005).

3.16.1. Descripción

La Escala de Calificación del Orgasmo (Mah y Binik, 2002) emplea un enfoque multidimensional para evaluar en ambos sexos la experiencia subjetiva del orgasmo a través de dos dimensiones: 1) Cognitivo-afectiva, relacionada con las experiencias evaluativas y afectivas asociadas con el orgasmo (p. ej., intensidad, satisfacción o intimidad), y 2) Sensorial, que incluye las sensaciones fisiológicas del orgasmo (p. ej., sensaciones de contracción). Para ello, se utiliza un sistema que permite la calificación del orgasmo por medio de diversos adjetivos.

En un primer momento, se elaboró un listado de 141 adjetivos a partir de la literatura existente relacionada con la descripción de experiencias subjetivas de orgasmos. En un

estudio inicial, 89 participantes evaluaron el grado en que cada adjetivo describía su experiencia orgásmica más reciente en dos contextos diferentes: masturbación en solitario y sexo en pareja. Se retuvieron 60 adjetivos. En una segunda fase se realiza la evaluación del modelo, para lo cual se administraron los 60 adjetivos a través de dos versiones relativas al contexto del orgasmo (masturbación en solitario o sexo en pareja) a 523 mujeres y 365 varones. Como criterio de inclusión de las diferentes muestras utilizadas, los participantes debían haber experimentado en al menos una ocasión algún orgasmo en el contexto o contextos al que hace referencia la versión o versiones asignadas. Cada uno de los 60 adjetivos, debía ser evaluado en una escala de 0 a 5, correspondiendo con el grado en que el adjetivo describía su experiencia orgásmica más reciente (0 = no la describe en absoluto y 5 = la describe perfectamente). En la versión de sexo en pareja, los participantes debían indicar de qué modo se conseguía el orgasmo (coito, estimulación oral de la pareja, estimulación manual de la pareja o propia, otros).

El análisis factorial exploratorio posibilitó la reducción del instrumento a 40 ítems, de los cuales 28 corresponden a adjetivos y 12 hacen referencia a aspectos relevantes de la experiencia de orgasmo (p. ej., intensidad, estado alterado de consciencia, etc.). En el análisis factorial exploratorio se extrajeron once componentes sobre las puntuaciones de las mujeres y ocho en las puntuaciones obtenidas en varones. El agrupamiento de componentes comunes en ambos sexos dio lugar a doce ítems, los cuales fueron asignados a una de las dos dimensiones conceptuales propuestas, de modo que seis de ellos se corresponden con la dimensión cognitivo-afectiva y otros seis a la dimensión sensorial. Al someter el modelo bidimensional a análisis factorial confirmatorio, se demostró su robustez frente a otros modelos alternativos. Ya en una última fase, se llevó a cabo una validación cruzada, en la que se administró la versión de orgasmo en la masturbación en solitario a 129 varones y 227 mujeres, y la versión referente a orgasmo alcanzado a través de sexo con la pareja a 166 varones y 276 mujeres. El análisis confirmatorio ratificó la solidez del modelo formado por dos dimensiones.

Finalmente, la dimensión Sensorial quedó integrada por seis componentes: 1) Sensaciones de elevación, 2) Sensaciones de inundación, 3) Sensaciones de acaloramiento, 4) Sensaciones de expulsión, 5) Sensaciones de palpitación, y 6) Espasmos generales; todos los componentes están formados por dos palabras que describen la experiencia de orgasmo, excepto el último que incluye tres. Por su parte, la dimensión Cognitivo-afectiva quedó formada por cuatro componentes: 1) Intimidad emocional, 2) Éxtasis, 3) Satisfacción placentera, y 4) Relajación; el primer componente incluye cinco descriptores, el segundo cuatro, y el tercero y el cuarto, tres (Mah y Binik, 2011).

En definitiva, la Escala de Calificación del Orgasmo está formada por 40 palabras que permiten describir la experiencia orgásmica, las cuales deben ser valoradas en una situación de masturbación en solitario, y/o de sexo con la pareja, mediante una escala tipo Likert de 6 puntos, en donde 0 indica no la describe en absoluto y 5 la describe

perfectamente. Sin embargo, para el cálculo de la puntuación solamente se emplean 28 de los 40 ítems. La puntuación parcial de cada uno de los 10 componentes se obtiene a partir del sumatorio de las puntuaciones asignadas a cada uno de los descriptores que lo compone. La puntuación de cada una de las dimensiones resulta de sumar las puntuaciones parciales de cada uno de los componentes que las integran.

3.16.2. Propiedades psicométricas

En cuanto a la fiabilidad de consistencia interna, Mah y Binik (2002) señalan coeficientes óptimos que oscilan entre 0,88 y 0,92, dependiendo del sexo y del contexto en el que se valora el orgasmo.

A través de invarianza factorial, se demostró que el modelo bidimensional resulta apropiado en ambos sexos. Entre los principales hallazgos, los autores enfatizan las similitudes en la experiencia de orgasmo entre hombres y mujeres, ya que no se encontraron diferencias sustanciales en los componentes evaluados, a excepción del de "expulsión", en el que los varones obtuvieron mayores puntuaciones, probablemente debido a la experiencia de eyaculación que suele acompañar al orgasmo. Otro hallazgo de interés es que la experiencia cognitivo-afectiva del orgasmo es diferente dependiendo del contexto, de modo que componentes como satisfacción placentera e intimidad emocional fueron más elevados cuando el orgasmo se tenía en pareja que a través de la masturbación en solitario en ambos sexos (Mah y Binik, 2011).

A fecha de hoy no existe una versión española de la Escala de Calificación del Orgasmo, por lo que no se pueden aportar sus propiedades psicométricas en población española.

3.16.3. Referencias

Mah, K. y Binik, Y.M. (2002): "Do all orgasms feel alike? Evaluating a twodimensional model of the orgasm". *Journal of Sex Research*, 39: 104-113.

Mah, K. y Binik, Y.M. (2005): "Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31: 187-200.

Mah, K. y Binik, Y.M. (2011): "Orgasm Rating Scale", en Fisher, T.D., Davis, C.M., Yarber, W.L. y Davis, S.L., *Handbook of sexuality-related measures*. Routledge. Nueva York.

3.17. Índice de Satisfacción Sexual (Index of Sexual Satisfaction, ISS)

<i>Autores:</i>	W.W. Hudson, D.F. Harrison y P.C. Crosscup
<i>Evalúa:</i>	Satisfacción sexual
<i>Número de ítems:</i>	25 ítems

La satisfacción sexual es un componente esencial de la sexualidad en el ser humano. Algunos modelos explicativos de la respuesta sexual humana la consideran la última fase del ciclo que sigue al orgasmo. Se trata de una dimensión de naturaleza psicológica. En este sentido, Byers, Demmons y Lawrance (1998) la definen como una respuesta afectiva que surge al evaluar subjetivamente los aspectos positivos y negativos asociados a las relaciones sexuales. Aunque en un primer momento se consideró que la satisfacción sexual estaba determinada básicamente por la frecuencia y el tipo de actividades sexuales que un individuo realiza, en la actualidad se considera como una dimensión fundamental de la sexualidad que está influenciada por múltiples factores. De este modo, y teniendo en cuenta el modelo basado en la teoría ecológica de Henderson, Lehavot y Simoni (2009), se podría decir que la satisfacción sexual estaría influenciada por variables propias del microsistema (p. ej., las actitudes sexuales o los estados emocionales), del mesosistema (p. ej., el funcionamiento sexual: deseo, excitación y orgasmo; la asertividad sexual o la satisfacción marital), del exosistema (p. ej., el apoyo social) y, por último, del macrosistema (p. ej., las creencias religiosas).

En definitiva, la satisfacción sexual es importante no sólo para el bienestar sexual, sino también para la satisfacción marital y para la calidad de vida en general. De hecho, la misma Organización Mundial de la Salud propone como un derecho sexual, la búsqueda del placer y de la satisfacción sexual. Sin embargo, una limitación destacable en este campo es la escasez de instrumentos que permitan una evaluación válida de este constructo, lo que conduce en muchas ocasiones a ser evaluada mediante preguntas genéricas acerca de cuán satisfecha se encuentra una persona en un momento o contexto determinados.

3.17.1. Descripción

El índice de Satisfacción Sexual (ISS) fue elaborado por Hudson, Harrison y Crosscup (1981) como una herramienta para evaluar la insatisfacción sexual con la pareja. El objetivo inicial de sus autores era desarrollar un instrumento útil en clínica y en investigación por su brevedad de aplicación y su facilidad de puntuación, ya que los instrumentos de los que se disponía hasta ese momento eran demasiado largos para poder ser aplicados en contextos terapéuticos. De esta manera seleccionaron un conjunto de ítems que reflejasen conductas sexuales aplicables a grupos heterogéneos de personas independientemente de ideología, criterios morales, experiencias sexuales o actitudes.

El ISS está compuesto por 25 ítems agrupados en una escala unidimensional que reflejan aspectos globales de la calidad de la vida sexual de pareja (p. el- "Creo que mi

pareja disfruta nuestra vida sexual"), así como algunos factores que afectan a ésta (p. ej., "Cuando tenemos sexo, es demasiado apresurado y terminamos muy rápido"). Esta última cuestión podría ser precisamente una crítica que se le hace a ciertos instrumentos desarrollados para evaluar la satisfacción sexual, pues algunos de ellos incluyen ítems referidos más bien a otros constructos diferentes a la propia satisfacción sexual. En el caso del ISS se aprecia este sesgo en ítems como por ejemplo "Creo que el sexo es algo sucio y repugnante", "Mi pareja es sexualmente muy excitante" o "Mi pareja no quiere sexo cuando yo lo deseo", los cuales estarían probablemente más asociados con las actitudes sexuales, la excitación o el deseo sexual, respectivamente, que con la satisfacción sexual.

Todos los ítems se responden en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (nunca) y 5 (siempre). Se obtiene una única puntuación en insatisfacción sexual que es resultado de sumar las puntuaciones de los ítems después de invertir las puntuaciones de los elementos 1, 2, 3, 9, 10, 12, 16, 17, 19, 21, 22 y 23, y restando a ese resultado 25. De esta manera se obtiene una puntuación comprendida entre 0 y 100, de forma que mayores puntuaciones indican mayor insatisfacción sexual.

3.17.2. Propiedades psicométricas

El ISS es una escala ampliamente utilizada en la evaluación de la satisfacción sexual. Los estudios llevados a cabo con ella presentan adecuadas propiedades psicométricas. Los índices de fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) muestran valores que oscilan entre 0,86 y 0,95, mientras que los datos sobre su fiabilidad test-retest demuestran la estabilidad temporal de las puntuaciones de la escala. En este sentido, Hudson et al. (1981) encontraron valores de fiabilidad test-retest iguales a 0,93 tras una semana de intervalo desde la primera evaluación. En una reciente validación de la escala en población portuguesa, Santos Pechorro, Martins Calvino, Vieira y Maróco (2012) obtienen un alfa de Cronbach de 0,95 en una muestra normativa de la población general y de 0,93 en una muestra clínica.

Las pruebas de validez discriminante llevadas a cabo muestran su capacidad para diferenciar personas con y sin problemas sexuales (Hudson et al., 1981), mientras que las pruebas de validez de constructo demuestran que sus puntuaciones se relacionan con otras medidas de satisfacción sexual, así como con medidas de deseo sexual, satisfacción marital, depresión, autoestima, funcionamiento sexual, y ansiedad y evitación en las relaciones maritales (Brassard, Péloquin, Dupuy, Wright y Shaver, 2012; Butzer y Campbell, 2008; Santos Pechorro et al., 2012).

En España, Santos Iglesias et al. (2009) examinaron las propiedades psicométricas del ISS en una muestra de 646 adultos. En este estudio se invirtieron las puntuaciones de todos los ítems respecto a la escala original con el objetivo de obtener una medida de satisfacción sexual en lugar de insatisfacción sexual. Se puso a prueba su estructura

factorial mediante un análisis factorial exploratorio que mostró tres factores: un primer factor de satisfacción sexual, un segundo factor de insatisfacción sexual y un tercer factor compuesto por dos ítems de rechazo sexual y un ítem más que no guardaba consistencia teórica con los otros dos. Esta solución reflejaba un artefacto estadístico consistente básicamente en separar en dos factores diferentes los ítems positivos y negativos de la escala, por lo que finalmente se decidió rechazar esta solución factorial y considerar la escala como unidimensional. Esta escala unidimensional mostró buena fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) con un valor igual a 0,89. Los resultados sobre la validez factorial de la escala mostraron correlaciones más elevadas entre los ítems de la escala y la puntuación global de la ISS que entre los ítems de la escala y la puntuación global en otras escalas. Por último, los análisis de validez convergente mostraron correlaciones positivas entre las puntuaciones del ISS y el deseo sexual diádico y la excitación sexual, y una correlación negativa con la doble moral sexual. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la puntuación global, aunque sí se encontraron en 11 de los 25 ítems.

3.17.3. Referencias

- Brassard, A., Péloquin, K., Dupuy, E., Wright, J. y Shaver, P.R. (2012): "Romantic attachment insecurity predicts sexual dissatisfaction in couples seeking marital therapy". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38: 245-262.
- Butzer, B. y Campbell, L. (2008): "Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples". *Personal Relationships*, 15: 141-154.
- Byers, E.S., Demmons, S. y Lawrance, K. (1998): "Sexual satisfaction within dating relationships: A test of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction". *Journal of Social and Personal Relationships*, 15: 257-267.
- Henderson, A.W., Lehavot, K. y Simoni, J.M. (2009): "Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women". *Archives of Sexual Behavior*, 5: 269-274.
- Hudson, W.W., Harrison, D.F. y Crosscup, P.C. (1981): "A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships". *Journal of Sex Research*, 17: 157-174.
- Santos Iglesias, P., Sierra, J.C., García, M., Martínez, A., Sánchez, A. y Tapia, M.I. (2009): "Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9: 259-273.
- Santos Pechorro, P., Martins Calvinho, A., Vieira, R.X. y Maróco, J. (2012): "Validação de uma versão portuguesa masculina do Índice de Satisfação Sexual". *Revista*

Internacional de Andrología, 10: 69-75.

3.18. Cuestionario del Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual (Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire, IEMSSQ)

<i>Autores:</i>	K. Lawrance, E.S. Byers y J.N. Cohen
<i>Evalúa:</i>	Satisfacción sexual, satisfacción con la relación, costes y beneficios sexuales en cuatro dimensiones
<i>Número de ítems:</i>	74 ítems

Una de las dificultades que se encuentra el especialista clínico o el investigador al evaluar la satisfacción sexual es no disponer de instrumentos fundamentados en modelos teóricos sólidos. Una de las escasas excepciones es el Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual (MIISS), un modelo teórico que permite comprender y explicar la satisfacción sexual dentro de la relación de pareja. Propone que la satisfacción sexual depende de: a) el balance entre beneficios sexuales y costes sexuales en una relación (Ben-Cos); b) comparación entre el nivel real de beneficios y costes sexuales, y el nivel esperado, también llamado nivel de comparación (NCben-cos); c) nivel de igualdad percibida de beneficios y costes sexuales con respecto a la pareja (IGben, IGcos); y d) la calidad de los aspectos no sexuales de la relación (Lawrance y Byers, 1995). Los beneficios sexuales son aquellos aspectos de la relación que se valoran como placenteros y gratificantes, mientras que los costes sexuales son aquellos aspectos o elementos de la relación que demandan esfuerzo, o causan dolor, ansiedad u otros afectos negativos.

Este modelo ha superado varias limitaciones importantes relacionadas tanto con la conceptualización como con la evaluación de la satisfacción sexual y ha demostrado ser válido para la explicación de la misma en diferentes estudios. Así, los cuatro componentes que lo forman llegan a explicar entre un 58% y un 79% de la satisfacción sexual, dependiendo de los estudios. Al tener en cuenta factores diádicos, se puede utilizar para predecir tanto la satisfacción sexual de hombres como de mujeres, independientemente del tipo de relación que tengan y de la duración de la misma.

3.18.1. Descripción

Para evaluar el MIISS, Lawrance y Byers (1995) desarrollaron el Cuestionario del Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual (IEMSSQ, por sus siglas en inglés), el cual está integrado por tres escalas de autoinforme (Medida Global de Satisfacción Sexual, MGSS; Medida Global de Satisfacción con la Relación, MGSR; y Cuestionario de Intercambios, CI) y un listado de comprobación de los beneficios y costes sexuales.

La MGSS evalúa la satisfacción sexual con la pareja en cinco escalas de siete puntos: muy mala-muy buena, muy poco placentera-muy placentera, muy negativa-muy positiva, muy insatisfactoria-muy satisfactoria y muy poco valiosa-muy valiosa. La suma de las puntuaciones de las cinco subescalas proporciona la puntuación global, la cual oscila entre 5 y 35, de modo que mayores puntuaciones indican mayor satisfacción sexual. La MGRS es idéntica a la anterior escala de satisfacción sexual pero evalúa satisfacción con la relación de pareja. Por su parte, el CI evalúa el nivel de costes y beneficios, estando compuesto por seis preguntas que se responden en una escala de 9 puntos y evalúan: a) el nivel de beneficios sexuales en una escala desde nada beneficiosas a muy beneficiosas; b) el nivel de comparación entre los beneficios sexuales reales y los esperados, desde mucho menos beneficiosas de lo que esperaba a mucho más beneficiosas de lo que esperaba; y c) el nivel de igualdad percibido entre los propios beneficios sexuales y los de la pareja, desde mis beneficios son mucho mayores a los beneficios de mi pareja son mucho mayores. Tres ítems paralelos se emplean para evaluar el nivel de costes sexuales, el nivel de comparación de costes sexuales y la igualdad de costes sexuales. Ofrece cuatro puntuaciones distintas: a) Ben-Cos, se obtiene al restar el nivel de costes sexuales de los beneficios sexuales; b) NCben-cos, se obtiene al restar el nivel de comparación de costes del nivel de comparación de beneficios. Ambas puntuaciones oscilan entre - 8 y 8. Por último, c) IGben e IGcos, se obtienen al recodificar las puntuaciones de los ítems de igualdad percibida, de forma que al punto medio se le asigna un 4 y a los extremos un 0. Así, mayores puntuaciones indican mayor igualdad entre los miembros de la pareja.

Por último, el listado de beneficios y costes está compuesto por un conjunto de 58 intercambios sexuales (p. ej., "Nivel de afectividad que usted y su pareja manifiestan durante sus relaciones sexuales", "Uso de juguetes sexuales por usted y su pareja", "Sexo oral: grado en el que su pareja le estimula", etc.) que deben valorarse como beneficios o como costes. Este listado permite obtener el número de beneficios/costes sumando el total de elementos que han sido valorados como tales. Además, las respuestas individuales permiten analizar los tipos de beneficios o costes sexuales que los individuos tienen en sus relaciones sexuales.

3.18.2. Propiedades psicométricas

Los estudios llevados a cabo con la versión original informan de adecuadas propiedades psicométricas. Respecto a su fiabilidad, los resultados han mostrado índices de fiabilidad de consistencia interna superiores a 0,90 para la MGSS y superiores a 0,91 para la MGRS (Byers, Demmons y Lawrance, 1998; Byers y MacNeil, 2006; Lawrance y Byers, 1995). Respecto a la fiabilidad test-retest, los datos han mostrado valores de fiabilidad superiores a 0,73 en intervalos de dos semanas a 18 meses en el caso de la MGSS y superiores a 0,61 en los mismos intervalos para la MGRS (Byers y MacNeil, 2006; Lawrance y Byers, 1995). Los valores de fiabilidad test-retest son moderados en el caso de Ben, Cos, NCben, NCCos, Ben-Cos, NCBenCos, que oscilan entre 0,25 y 0,67 en intervalos de entre 3 y 18 meses (Byers y MacNeil, 2006; Lawrance y Byers, 1995).

Los estudios de validez han indicado también buenas propiedades psicométricas. Así, se encuentran correlaciones negativas significativas entre la MGSS y una medida de insatisfacción sexual, y correlaciones positivas entre la MGSR y una medida de ajuste diádico. De la misma manera, mayores niveles de beneficios sexuales se relacionan con una menor puntuación en insatisfacción sexual, mientras que mayores niveles de costes sexuales se relacionan con mayores puntuaciones en insatisfacción sexual (Lawrance y Byers, 1992). Por último, los ítems del CI y los componentes del modelo se relacionan con la MGSS (Byers y MacNeil, 2006; Lawrance y Byers, 1995). Más información detallada sobre los indicios de validez de las medidas del CMISS pueden encontrarse en Lawrance, Byers y Cohen (2011).

La adaptación del CMISS a población española fue llevada a cabo recientemente por Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias, Byers y Sierra (2013) en una muestra de 1.221 adultos (500 varones y 721 mujeres) con edades comprendidas entre 18 y 67 años. Esta versión mostró también, de igual modo que la original, adecuadas propiedades psicométricas. Así, se obtienen buenos índices de fiabilidad de consistencia interna, superiores a 0,92 tanto para la MGSS como para la MGSR. Respecto a la fiabilidad test-retest, los valores obtenidos en un intervalo de 4 y 6 semanas fueron de moderados a altos, oscilando entre 0,38 y 0,91 para la MGSS, MGSR, los ítems del CI y los componentes del modelo (Ben-Cos, NCben-cos, IGBen e IGcos). Respecto a su validez convergente, se encontraron correlaciones significativas en el sentido esperado con otras medidas de satisfacción sexual, ajuste diádico y funcionamiento sexual (interés sexual, excitación y orgasmo, en ambos sexos, y erección, en el caso de los hombres).

3.18.3. Referencias

- Byers, E.S., Demmons, S. y Lawrance, K. (1998): "Sexual satisfaction with dating relationships: A test of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction". *Journal of Social and Personal Relationships*, 15: 257-267.
- Byers, E.S. y MacNeil, S. (2006): "Further validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32: 53-69.
- Lawrance, K. y Byers, E.S. (1992): "Development of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction in long-term relationships". *Canadian Journal of Human Sexuality*, 1: 123-128.
- Lawrance, K. y Byers, E.S. (1995): "Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction". *Personal Relationships*, 2: 267-285.
- Lawrance, K., Byers, E.S. y Cohen, J.N. (2011): "Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire", en Fisher, T.D., Davis, C.M., Yarber, W.L. y

Davis, S.L., Handbook of sexuality-related measures. Routledge. Nueva York.

Sánchez-Fuentes, M.M., Santos-Iglesias, P., Byers, E.S. y Sierra, J.C. (2013): "Validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire (IEMSSQ) in a Spanish sample". Manuscrito sometido a publicación.

4

Autoinformes para evaluar otras variables relevantes en Sexología Clínica

4.1. Introducción

En este último capítulo se describirán algunos autoinformes relacionados con áreas importantes de la Sexología Clínica que no han sido abordadas directamente en capítulos anteriores, como es el caso las fantasías sexuales, la asertividad sexual o la violencia de pareja. También se hará referencia a la autoestima sexual y al ajuste marital.

Una de las dimensiones más importantes y distintivas de la sexualidad humana son las fantasías sexuales, las cuales se pueden definir como pensamientos o imágenes sexuales que alteran las emociones o el estado fisiológico. Prácticamente todas las personas experimentan en distintos momentos de su vida fantasías sexuales, independientemente del sexo y de la orientación sexual. Son múltiples los estudios que han señalado diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la frecuencia y a los contenidos de las mismas, y así, mientras los primeros informan de un mayor número de fantasías y sus contenidos suelen estar asociados a roles sexuales activos y actividades sexuales explícitas, las segundas tienden a experimentar fantasías sexuales más pasivas y con contenidos más emocionales y románticos.

Las fantasías sexuales pueden tener diferentes funciones: aumentar el deseo y excitación sexual, superar la ansiedad sociosexual ensayando determinadas experiencias sexuales que después se llevarán a cabo en la vida real, aliviarse de las expectativas de rol dominación-sumisión, etc. Además, tienen un papel clave en el contexto de la terapia sexual, pues constituyen una herramienta terapéutica importante para reducir la ansiedad de rendimiento que está presente en la mayoría de pacientes que sufren disfunciones sexuales. El hecho de experimentar fantasías sexuales es incompatible con el desarrollo de pensamientos recurrentes y obsesivos acerca del rendimiento sexual. Así, por ejemplo, el hombre con disfunción eréctil que fantasea mientras es estimulado por su compañera es poco probable que se obsesione por si consigue, no consigue o pierde la erección; además, como se ha indicado, la fantasía sexual induce al deseo y a la excitación sexual, siendo sus niveles mayores cuanto más nítida es la fantasía.

Debido a que habitualmente las experiencias sexuales de los pacientes con disfunciones sexuales han sido negativas y frustrantes, y que viven la sexualidad con sentimientos de culpabilidad, es probable que muchos de ellos presenten serias dificultades para experimentar pensamientos sexuales agradables. Por ello, para llevar a cabo un entrenamiento en fantasías sexuales en el ámbito de la terapia sexual es recomendable evaluar, en primer lugar, las actitudes hacia las fantasías sexuales (en el capítulo 2 ha sido descrito el índice Hurlbert de Fantasías Sexuales para dicho cometido), en segundo lugar, la capacidad de desarrollar pensamientos erótico-sexuales (ensoñación sexual) y, en tercer lugar, los tipos de fantasías sexuales. Es probable que antes de identificar las fantasías sexuales más atractivas o estimulantes en un paciente haya que modificar sus actitudes negativas hacia las mismas y potenciar su capacidad de ensoñación sexual.

El hecho de identificar las fantasías sexuales más estimulantes para cada paciente es una cuestión fundamental, pues se sabe que no siempre la experiencia de determinadas fantasías sexuales va necesariamente asociada a un mayor deseo o excitación sexual; por ejemplo, Zubeidat, Ortega y Sierra (2004) señalaron que, en adultos jóvenes, las fantasías sexuales sadomasoquistas se asocian a un menor deseo sexual. En esta línea, Byers, Purdon y Clark (1998) plantean que las fantasías no constituyen siempre pensamientos placenteros y voluntarios, sino que en ocasiones se viven como pensamientos inaceptables, no placenteros y egodistónicos. Recientemente, Moyano, Byers y Sierra (2013) han asociado estos pensamientos sexuales negativos a menores niveles de deseo sexual y excitación.

Por otro lado, la asertividad sexual constituye un componente central de la sexualidad humana que se ha asociado a un buen funcionamiento sexual y a la satisfacción sexual, a menores niveles de victimización y coerción sexual, y a la ausencia de conductas sexuales de riesgo. Todas las definiciones planteadas de la asertividad sexual ponen de manifiesto su especificidad en situaciones sexuales, es decir, que, aunque se relaciona con las habilidades sociales, en general, y con la asertividad en el ámbito de la pareja, en particular (Santos-Iglesias y Sierra, 2010b; Sierra, Vallejo-Medina y Santos-Iglesias, 2011), ésta presenta unas connotaciones propias y específicas. En un reciente estudio llevado a cabo en población española por Santos-Iglesias, Sierra y Vallejo-Medina (2013) se demuestra que, tanto en hombres como en mujeres, los mejores predictores de la asertividad sexual son el deseo y la excitación sexual, la erotofilia, especialmente las actitudes positivas hacia las fantasías sexuales, y la ausencia de abuso no físico en la pareja. Ello pone de manifiesto la fuerte vinculación que hay entre asertividad sexual y funcionamiento sexual, como ya se había señalado en la revisión sobre el tema llevada a cabo por Santos-Iglesias y Sierra (2010a). Un mejor funcionamiento sexual asociado a una mayor asertividad sexual está presente en todas las edades, incluidas las personas mayores (Sierra et al., 2014).

Diversos estudios que se interesaron por la victimización y la coerción sexual han

demostrado que la asertividad sexual constituye un factor de protección frente a las experiencias de abuso, aunque también es cierto que hay evidencias de que la asertividad puede ser tanto la causa como la consecuencia de la victimización sexual (véase Santos-Iglesias y Sierra, 2010a). Recientemente, Santos-Iglesias y Sierra (2012) demuestran que la asertividad sexual actúa de variable mediadora entre los abusos sexuales durante la infancia y la victimización sexual en la adolescencia y edad adulta. Por otro lado, son numerosos los estudios que señalan el rol preventivo de la asertividad sexual ante conductas sexuales de riesgo (véase Santos Iglesias y Sierra, 2010a). Este hecho pone de manifiesto de forma clara que los programas educativos de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados deben incluir necesariamente, por su especificidad, la asertividad sexual como un elemento relevante y no únicamente las habilidades sociales de forma general.

Las definiciones actuales de salud sexual incluyen entre sus contenidos una referencia explícita a la sexualidad libre de coerción, discriminación y violencia, haciendo hincapié, por tanto, en la repercusión que tiene la violencia en el ámbito de las relaciones íntimas. La Organización Mundial de la Salud plantea como un derecho sexual las relaciones sexuales consensuadas. La modalidad más frecuente de violencia doméstica es la violencia contra la mujer dentro de una relación de pareja. En este ámbito, además de la violencia física y psicológica se ha establecido la violencia sexual como una tipología específica debido a sus connotaciones particulares. No obstante, cabe señalar que la violencia sexual en el contexto de las relaciones de pareja o amorosas no es la única modalidad, pues existen otros muchos tipos de violencia sexual, como por ejemplo, los matrimonios forzados, la negación al derecho de usar métodos anticonceptivos o la prostitución forzada. El fenómeno de la violencia dentro del seno de la pareja, y más concretamente, la violencia sexual, se podría representar gráficamente como un iceberg: en el pico estarían los casos conocidos (habitualmente los más llamativos e impactantes) y que salen a la luz pública a través habitualmente de los medios de comunicación, los cuales constituyen el menor número; más abajo se situarían aquellos casos que se conocen a través de las encuestas de investigación, quedándose en muchas ocasiones en el anonimato y formando parte de un frío porcentaje; y, por último, en la base de ese iceberg estaría, desgraciadamente, la gran mayoría de casos que ni siquiera son registrados o identificados por encuestas como consecuencia de la vergüenza, la culpa u otros factores. Por ello, es fundamental disponer de instrumentos de evaluación que sean fiables, válidos y fáciles de aplicar para detectar el mayor número de casos de abusos y violencia dentro de la pareja.

Aunque la violencia de pareja más frecuente es la del hombre hacia la mujer, también se han detectado casos de hombres víctimas de abusos, aunque éstos suelen sufrir formas menos severas. En un estudio reciente realizado entre hombres españoles que conviven en pareja se muestra que las conductas de abuso padecidas más frecuentemente por los hombres tienen que ver con abusos no físicos y control de

conductas, tales como enfados de la pareja o que ésta se muestre celosa, mientras que las menos frecuentes son las de abuso físico, tales como recibir golpes o amenazas (Santos-Iglesias, Sierra y Vallejo-Medina, 2013).

Finalmente, en este capítulo, se hará referencia a autoinformes que permiten evaluar la autoestima sexual y el ajuste marital.

4.2. Escala de Ensoñaciones Sexuales (Sexual Daydreaming Scale, SDS)

<i>Autores:</i>	L.M. Giambra y J.L. Singer
<i>Evalúa:</i>	Propensión hacia la ensoñación sexual
<i>Número de ítems:</i>	12 ítems en la versión original 11 ítems en la versión española distribuidos en tres subescalas

El término ensoñación ha sido definido como un pensamiento o imagen que ocurre de forma espontánea, no elicitado por recuerdos o estímulos perceptivos. Aunque el término de ensoñación sexual ha sido usado de modo intercambiable con el de fantasía sexual, ambos difieren, ya que las fantasías sexuales pueden ocurrir tanto de forma espontánea como de forma deliberada o voluntaria, es decir, como un pensamiento conscientemente manipulado. La ensoñación sexual es considerada un indicador de la propensión a desarrollar imágenes o pensamientos de naturaleza erótica o sexual, la cual se asocia a una mayor frecuencia de distintos tipos de fantasías sexuales experimentadas (Viedma, Gutiérrez, Ortega y Sierra, 2005).

La evaluación de la ensoñación sexual se convierte así en un punto de partida para el estudio de las fantasías sexuales, ya que los individuos que no son propensos a la ensoñación podrían tener más dificultades para experimentar fantasías sexuales de cualquier tipo y, por tanto, para recibir un entrenamiento en las mismas, aspecto que resulta fundamental en el tratamiento de determinadas disfunciones sexuales, como son los casos en los que es necesario incrementar el deseo sexual o eliminar la ansiedad de rendimiento presente en muchos pacientes que acuden a terapia sexual. De ahí, la relevancia de que, tanto el clínico como el investigador, no solo dispongan de herramientas de evaluación para evaluar las actitudes hacia las fantasías sexuales (p. ej., véase el Índice Hurlbert de Fantasías Sexuales en el capítulo 2 de este libro) o el tipo de fantasías sexuales más experimentadas (véanse los apartados 4.3 y 4.4 de este capítulo), sino también de autoinformes que se interesen por la propensión a la ensoñación sexual, lo cual ayudará a comprender la experiencia de las fantasías sexuales.

4.2.1. Descripción

La Escala de Ensoñaciones Sexuales (SDS, por sus siglas en inglés; Giambra y Singer, 1998) fue extraída del Inventario de Procesos de Imaginación (Imaginal Processes

Inventory) que evalúa diversos aspectos relacionados con los procesos mentales como la atención, distracción y curiosidad. La versión original de la SDS está constituida por 12 ítems que indican el grado de ensoñación de tipo sexual o erótico (p. ej., "Mis fantasías sobre el amor son vívidas, tengo la sensación de que son reales"). Cada ítem es contestado en una escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 = totalmente falso en mí; 2 = habitualmente falso en mí; 3 = habitualmente cierto en mí; 4 = cierto en mí; y 5 = muy cierto en mí. En algunos estudios los valores numéricos pueden oscilar entre 0 y 4.

Los autores originales plantean la escala como unidimensional, por lo que la puntuación total es obtenida a través del sumatorio de las respuestas a los 12 ítems, todos ellos redactados de forma directa. Por tanto, la puntuación total oscilará entre 12 y 60 (o desde 0 hasta 48). Mayores puntuaciones indican mayor probabilidad de tener ensoñaciones sexuales.

En la validación española llevada a cabo por Viedma et al. (2005), en una muestra de 200 adultos, no se obtuvo apoyo a la unidimensionalidad del instrumento. El análisis factorial exploratorio proporcionó tres factores interpretables: 1) Tendencia a ensoñaciones heterosexuales formado por los ítems 2, 3, 5, 7 y 10 (p. ej., "Mientras estoy centrado en un trabajo, mi mente vaga en pensamientos sexuales"; 2) Intensidad de las ensoñaciones sexuales formado por los ítems 1, 4 y 11 (p. ej., "Mis fantasías sexuales son muy vívidas y claras en mi mente"; y 3) Ensoñaciones eróticas personalizadas formado por los ítems 6, 8 y 9 (p. ej., "Mientras viajo en tren, autobús o avión, mis pensamientos ociosos se vuelven amorosos"). Esta estructura de tres factores fue ratificada mediante análisis factorial confirmatorio en otra muestra, una vez eliminado el ítem 2 de la versión original. Por tanto, la versión española quedó formada por 11 ítems distribuidos en tres factores de la manera en que se acaba de describir.

4.2.2. Propiedades psicométricas

La fiabilidad de consistencia interna de la escala original calculada mediante alfa de Cronbach que se ha informado en diversos estudios realizados por los autores oscila entre 0,87 y 0,93. Por su parte, la fiabilidad test-retest obtenida en una muestra de varones en un período de entre 1-3 años fue igual a 0,58 (Giambra y Singer, 2011).

En cuanto a la validez, en una muestra de 1.310 hombres y mujeres de entre 17 y 92 años, se encontró que a mayor edad, menor era la frecuencia de ensoñación sexual, relación que ha sido ratificada en diversos estudios. Los varones entre 20 y 40 años que informaron de mayor número de parejas sexuales, mayor frecuencia de coitos durante el primer o segundo año de matrimonio o quienes tenían mayor frecuencia de encuentros sexuales por semana mostraron también mayores niveles de ensoñación sexual. En las mujeres, entre 40 y 60 años, se encontró que la ensoñación sexual era más común entre aquellas que mostraban mayor interés en mantener relaciones sexuales con la pareja, mayor frecuencia de masturbación, relaciones que no eran influidas por la menopausia.

Otros estudios muestran relaciones positivas entre la ensoñación sexual y la excitación sexual, mayor frecuencia de fantasías sexuales, mayor frecuencia y variabilidad de conducta sexual, mayor deseo sexual y actitudes sexuales positivas (Giambra y Singer, 2011).

Por lo que respecta a la versión española, en el estudio de Viedma et al. (2005), los tres factores que conforman la SDS, descritos anteriormente, obtienen valores alfa de Cronbach de 0,71 (Ensoñaciones eróticas personalizadas), 0,74 (Intensidad de las ensoñaciones) y 0,82 (Tendencia a ensoñaciones heterosexuales). Las tres subescalas correlacionan positivamente con la frecuencia de fantasías sexuales exploratorias, íntimas, impersonales y sadomasoquistas (coeficientes que oscilan entre 0,28 y 0,51), y con deseo sexual diádico (valores entre 0,48 y 0,52) y solitario (coeficientes entre 0,23 y 0,46). Asimismo, se informa de que los hombres presentan puntuaciones más elevadas que las mujeres en tendencias a ensoñaciones heterosexuales e intensidad de las ensoñaciones.

En un estudio posterior llevado a cabo con la versión española, PérezGonzález, Moyano y Sierra (2011), teniendo en cuenta únicamente la puntuación total de la escala, obtienen puntuaciones más elevadas en hombres que en mujeres y en individuos con estudios superiores que en personas con estudios primarios. Además, aquellos individuos que no tenían práctica religiosa alguna también informan de ensoñaciones sexuales más frecuentes que los que asisten con cierta frecuencia a actividades religiosas. De igual modo que ocurría con la versión original, la edad correlacionó en sentido negativo con la ensoñación sexual ($r = - 0,25$). Tanto en hombres como en mujeres, la ensoñación sexual aparece asociada con una actitud favorable hacia las fantasías sexuales, siendo ésta una variable importante al explicar las ensoñaciones de tipo sexual; es decir, difícilmente se podrán experimentar ensoñaciones sexuales sin la presencia de actitudes positivas hacia las fantasías sexuales. En el caso de las mujeres, también se encontró una asociación de la propensión a la ensoñación sexual con el rasgo de personalidad apertura mental.

4.2.3. Referencias

Giambra L.M. y Singer J.L. (1998): "Sexual Daydreaming Scale of the Imaginal Process Inventory", en Davis, C.M., Yarber, W.L., Bauserman, R., Schreer, G. y Davis, S.L., Handbook of sexuality-related measures. Sage. Londres.

Giambra L.M. y Singer J.L. (2011): "Sexual Daydreaming Scale of the Imaginal Process Inventory", en Fisher, T.D., Davis, C.M., Yarber, W.L. y Davis, S.L., Handbook of sexuality-related measures. Routledge. Nueva York.

Pérez-González, S., Moyano, N. y Sierra, J.C. (2011): "La capacidad de ensoñación sexual: su relación con la actitud hacia las fantasías sexuales y rasgos de personalidad". Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 99: 9-

Viedma, L., Gutiérrez, P., Ortega, V. y Sierra, J.C. (2005): "Escala de ensoñaciones sexuales: Primeros datos psicométricos en muestras españolas". *Análisis y Modificación de Conducta*, 31: 406-431.

4.3. Cuestionario de Fantasías Sexuales (Sex Fantasy Questionnaire, SFQ)

<i>Autores:</i>	G. Wilson y R. Lang
<i>Evalúa:</i>	Frecuencia de fantasías sexuales distinguiendo cuatro categorías: íntimas, exploratorias, sadomasoquistas e impersonales
<i>Número de ítems:</i>	40 ítems en la versión original 24 ítems en la versión española

Las fantasías sexuales tienen un papel relevante en la salud sexual. Así, una elevada frecuencia de fantasías sexuales suele ser considerada un indicador de deseo sexual, además de favorecer la excitación o facilitar la consecución del orgasmo. Por otro lado, la ausencia o baja frecuencia de fantasías sexuales ha estado asociada, en general, a un peor funcionamiento sexual. Un aspecto que se ha de tener en cuenta, además de la frecuencia de las fantasías sexuales, es el contenido de las mismas. Aunque son diversos los instrumentos que permiten evaluar las fantasías sexuales, el Cuestionario de Fantasías Sexuales de Wilson es pionero en ofrecer un enfoque multidimensional al distinguir entre cuatro tipos de fantasías sexuales según su contenido: íntimas, exploratorias, sadomasoquistas e impersonales. Las fantasías íntimas están relacionadas con la búsqueda y placer del compromiso profundo con un número limitado de parejas sexuales e incluyen actividades sexuales como besar, recibir o dar sexo oral, masturbar a la pareja, etc.; las exploratorias están referidas a la tendencia a la excitación y variedad sexual, e incluyen temas como sexo en grupo y promiscuidad; las fantasías sadomasoquistas se asocian con el sometimiento o provocación de dolor durante la excitación sexual, e incluyen tanto conductas dominantes como sumisas; finalmente, las fantasías sexuales impersonales están relacionadas con el interés en fetiches, ropa, películas u otras manifestaciones sexuales indirectas, dando escaso valor a los sentimientos.

Esta categorización de las fantasías sexuales ha sido ampliamente utilizada y está avalada por estudios en diferentes contextos culturales. De hecho, el instrumento de evaluación fundamentado en estas categorías puede aplicarse en diversas culturas, al haberse ratificado la misma estructura factorial en diferentes países, entre ellos Inglaterra, Estados Unidos, India, Japón o España.

4.3.1. Descripción

El Cuestionario de Fantasías Sexuales (Wilson, 1978; Wilson y Lang, 1981) es un

instrumento que permite evaluar la frecuencia de las fantasías sexuales, teniendo en cuenta sus contenidos. Su versión original consta de 40 ítems que fueron compilados por el autor tras realizar una búsqueda en diversas revistas de contenido científico y erótico. A través de análisis factorial, realizado en una muestra de 45 hombres y 45 mujeres ingleses, se identificaron, según su contenido, cuatro categorías de fantasías sexuales, formadas cada una de ellas por 10 ítems. Las fantasías quedaron agrupadas en cuatro dimensiones: Íntimas (p. ej., "Practicar un coito con una pareja amada"), Exploratorias (p. ej., "Participación en una orgía"), Impersonales (p. ej., "Observar el acto sexual de otros") y Sadomasoquistas (p. ej., "Ser azotado o golpeado en el trasero"). Los ítems son contestados en una escala tipo Likert de 6 puntos que oscila entre 0 (nunca) y 5 (frecuentemente). Las puntuaciones para cada uno de los cuatro factores se obtienen a través del sumatorio de los 10 ítems que los componen, pudiendo oscilar las puntuaciones entre 0 y 50 en cada dimensión. Es posible obtener una medida global de la frecuencia de fantasías sexuales a través del sumatorio de los 40 ítems, siendo el valor máximo que se puede alcanzar de 200.

La primera validación realizada en España por Carvajal et al. (1990) parte de una versión de 32 ítems. A través de análisis factorial exploratorio se obtienen seis factores, cinco de los cuales guardan cierta similitud con los postulados originalmente por Wilson. Posteriormente, Sierra, Ortega, Martín-Ortiz y VeraVillaroel (2004) llevaron a cabo un estudio en estudiantes universitarios en el que se sometieron a análisis exploratorio las puntuaciones obtenidas con la versión de 32 ítems. La escala de respuesta utilizada fue de tipo Likert de 3 puntos siendo 0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, y 3 = a menudo. Se distinguieron cuatro factores similares a los planteados por Wilson, constituyéndose cada factor por ocho ítems. Esta versión no resultó válida para evaluar las fantasías sexuales en mujeres, debido a ciertas deficiencias psicométricas, por lo que en un estudio posterior, Sierra, Ortega y Zubeidat (2006), mediante análisis factorial confirmatorio, obtienen una versión reducida de 24 ítems, quedando cada uno de los cuatro factores constituido por seis ítems. Esta versión cuenta con apropiadas garantías psicométricas para su aplicación tanto en hombres como en mujeres. En este caso, la puntuación de cada dimensión oscilaría entre 0 y 18, y la puntuación total entre 0 y 72.

4.3.2. Propiedades psicométricas

En el estudio de la versión original no se ofrece información acerca de la fiabilidad del instrumento, aunque sí diversas evidencias sobre la validez de sus medidas. En concreto, la puntuación global de fantasías sexuales puede considerarse un indicador de deseo sexual global al demostrarse que la puntuación obtenida en fantasías sexuales correlaciona con el deseo sexual y con la actividad sexual (frecuencia de orgasmos y número de parejas sexuales). En cuanto a la relación que mantienen las fantasías sexuales con otros aspectos de la sexualidad, se ha encontrado que quienes experimentan mayor frecuencia de fantasías íntimas suelen estar más satisfechos sexualmente. Sin embargo, una elevada frecuencia en los demás tipos de fantasías parece estar relacionada con

mayor insatisfacción sexual, especialmente en varones. El instrumento resulta además útil para establecer comparaciones entre hombres y mujeres, así como entre muestras clínicas y no clínicas. Asimismo, sus puntuaciones podrían identificar a individuos que realizan conductas sexuales desviadas, así como a agresores sexuales.

Con la versión de 32 ítems empleada en España por Carvajal et al. (1990) se obtienen valores alfa de Cronbach de 0,86 para la escala global, siendo de 0,84 en varones y de 0,90 en mujeres. Estos autores informan de que la frecuencia global de fantasías sexuales está relacionada positivamente con la excitación sexual subjetiva. El estudio de Sierra et al. (2004) presenta valores alfa de Cronbach que oscilan entre 0,66 en la dimensión de fantasías Impersonales y 0,79 en fantasías Sadomasoquistas, siendo de 0,90 para la escala global. Asimismo, se mostró validez convergente entre fantasías sexuales y conductas sexuales deseadas. Los hombres mostraron una puntuación mayor que las mujeres en fantasías sexuales exploratorias e impersonales.

La versión reducida de Sierra et al. (2006) alcanza valores de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,75 (Exploratorias), 0,79 (Impersonales), 0,84 (Íntimas) y 0,85 (Sadomasoquistas) en hombres, y de 0,73 (Impersonales), 0,75 (Sadomasoquistas), 0,77 (Exploratorias) y 0,84 (Íntimas) en mujeres. En cuanto a la validez de sus medidas, el deseo sexual diádico correlacionó en sentido positivo con las fantasías exploratorias e íntimas en hombres, y con las exploratorias, íntimas, impersonales y sadomasoquistas en mujeres; por su parte, la homofobia correlacionó en sentido negativo con las fantasías exploratorias e íntimas en ambos sexos.

En un reciente estudio, Santos-Iglesias, Calvillo y Sierra (2013) encuentran correlaciones significativas positivas de las cuatro dimensiones de esta versión reducida con el deseo sexual diádico y solitario (valores que oscilan entre 0,23 y 0,53), y de sentido negativo con la edad.

4.3.3. Referencias

Carvajal, F., Sebastián, J., Comide, E., Delgado, A., Castellote, I. y Blanco, C. (1990): "Implicaciones del modelo de la androginia en el comportamiento sexual: arousal subjetivo y fantasías sexuales". *Revista de Psicología Social*, 5: 23-42.

Santos-Iglesias, P., Calvillo, G. y Sierra, J.C. (2013): "A further examination of Levine's model of sexual desire". *Psychology & Sexuality*, 4: 34-45.

Sierra, J.C., Ortega, V., Martín-Ortíz, J.D. y Vera-Villaruel, P. (2004): "Propiedades psicométricas del Cuestionario de Wilson de Fantasías Sexuales". *Revista Mexicana de Psicología*, 21: 37-50.

Sierra, J.C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2006): "Confirmatory factor analysis of a Spanish

version of the Sex Fantasy Questionnaire: Assessing gender differences". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32: 137-159.

Wilson, G.D. (1978): *The secrets of sexual fantasy*. Dent. Londres.

Wilson, G.D. y Lang, R.J. (1981): "Sex differences in sexual fantasy patterns". *Personality and Individual Differences*, 2: 343-346.

4.4. Listado de Pensamientos Sexuales (Sexual Cognitions Checklist, SCC)

<i>Autores:</i>	C. Renaud y E.S. Byers
<i>Evalúa:</i>	Pensamientos sexuales positivos y negativos
<i>Número de ítems:</i>	56 ítems en la versión original 28 ítems distribuidos en cuatro categorías de pensamientos (íntimos, exploratorios, sadomasoquistas e impersonales) en la versión española

En general, se ha utilizado el término fantasía sexual para hacer referencia a los pensamientos que adquieren algún significado erótico o sexual y que resultan placenteros y agradables. Sin embargo, Renaud y Byers (1999) emplean por primera vez el término pensamiento sexual como un concepto más general que el de fantasía, ya que permite distinguir entre pensamientos sexuales positivos (PSP) y pensamientos sexuales negativos (PSN). Tal como proponen estos autores, los PSP son "pensamientos aceptables, placenteros y egosintónicos", en tanto que los PSN constituyen "pensamientos inaceptables, desagradables y egodistónicos" (p. 20). Se sugiere esta distinción, ya que los PSP son experimentados más frecuentemente como deseados y no intrusivos, surgiendo de modo más intencional, en tanto que los PSN son vividos como indeseados e intrusivos. Cabe destacar que los pensamientos sexuales pueden ser positivos y negativos de forma simultánea y que los componentes que los definen (aceptable/inaceptable, placentero/no placentero, egosintónico/egodistónico) no son mutuamente excluyentes (Renaud y Byers, 2001).

Está claramente demostrado que la presencia de fantasías sexuales favorece el deseo sexual e induce y potencia la excitación sexual. Su ausencia suele estar asociada con diversos trastornos sexuales y, en general, con un peor ajuste sexual. Sin embargo, es necesario considerar no solamente la presencia o ausencia de fantasías sexuales, sino también la actitud y el modo en que se experimentan. A este respecto, se ha evidenciado que determinadas emociones negativas, como la culpa o la vergüenza, en respuesta a las fantasías sexuales se asocian a mayor insatisfacción sexual. Esta relación que han demostrado tener los pensamientos sexuales con la salud sexual, y la importancia que tiene la actitud y modo en que estos se experimentan, plantea la necesidad de disponer de instrumentos que permitan evaluar su frecuencia, posibilitando distinguir entre PSP y

PSP, ya que cada uno de ellos podría influir de modo diferente sobre la conducta sexual.

4.4.1. Descripción

El Listado de Pensamientos Sexuales (SCC, por sus siglas en inglés; Renaud y Byers, 1999, 2011) es un autoinforme que permite evaluar la frecuencia con la que se experimentan pensamientos sexuales de tipo positivo y negativo. Su versión original consta de 56 ítems, de los cuales 40 fueron tomados del Cuestionario de Fantasías Sexuales de Wilson y los 16 restantes se extrajeron del Revised Obsessional Intrusions Inventory-Sex Version II. De este último instrumento se tomó además la escala de respuesta. Así, cada uno de los pensamientos sexuales se responde en una doble escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos, que va desde 0 (nunca he tenido este pensamiento) hasta 6 (tengo este pensamiento de forma frecuente durante el día), permitiendo evaluar la frecuencia con que se ha experimentado cada pensamiento sexual a lo largo de la vida como positivo y como negativo. Las puntuaciones se obtienen sumando la frecuencia obtenida en cada uno de los ítems de la correspondiente escala de respuesta, positiva o negativa. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 336 para PSP y para PSN, de modo que a mayor puntuación más frecuencia de pensamientos sexuales.

La adaptación y validación realizada en población española por Moyano y Sierra (2012) dio lugar a una versión reducida de 28 ítems. Para ello, se llevó a cabo un análisis de contenido mediante ocho expertos en sexualidad, los cuales indicaron la pertinencia de los ítems al constructo de pensamientos sexuales y su categorización. Debido al amplio número de ítems extraídos del Cuestionario de Fantasías Sexuales de Wilson, se tomó como referencia para la clasificación de los ítems, la propuesta tetrafactorial de Wilson que distingue entre fantasías íntimas, exploratorias, sadomasoquistas e impersonales. Las fantasías íntimas son pensamientos relacionados con la búsqueda del placer y disfrute mediante el compromiso profundo con un número limitado de parejas sexuales; las exploratorias están referidas a la tendencia hacia la excitación a través de la variedad sexual; las sadomasoquistas aluden a la resistencia o provocación de dolor durante la excitación sexual; y, por último, las impersonales se relacionan con el interés por fetiches, ropa, películas y otras manifestaciones sexuales indirectas, dando escaso valor a los sentimientos.

Tras el análisis de contenido, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio, ratificándose la estructura de cuatro factores, tanto en hombres como en mujeres, quedando los 28 ítems distribuidos en cuatro dimensiones, equivalentes a las planteadas por Wilson, de la siguiente manera: Íntima (ítems 1, 2, 10, 11, 15, 18, 19, 26 y 28; p. ej., "Hacer el amor al aire libre en un lugar romántico, por ejemplo, campo de flores, playa"), Exploratoria (ítems 3, 5, 6, 9, 22, 23, 24 y 25; p. ej., "Participar en un acto sexual con alguien que tiene autoridad sobre mí"), Sadomasoquista (ítems 4, 7, 8, 14, 16, 17 y 20; p. ej., "Ser presionado/a a mantener relaciones sexuales") e Impersonal (ítems 12, 13, 21 y 27; p. ej., "Observar el acto sexual de otras personas"). Cada uno de los ítems es

contestado en una doble escala tipo Likert de 7 puntos, en una como pensamiento positivo y en la otra como pensamiento negativo, distribuida de la siguiente manera: 0 = nunca he tenido ese pensamiento; 1 = he tenido este pensamiento una o dos veces en mi vida; 2 = he tenido este pensamiento algunas veces al año; 3 = he tenido este pensamiento una o dos veces al mes; 4 = he tenido este pensamiento una o dos veces a la semana; 5 = he tenido este pensamiento diariamente; 6 = he tenido (tengo) este pensamiento de forma frecuente durante todo el día. Por tanto, es posible obtener puntuaciones en cada una de las cuatro dimensiones, oscilando éstas entre 0 y 54 en pensamientos íntimos, 0 y 48 en exploratorios, 0 y 32 en sadomasoquistas, y entre 0 y 24 en impersonales. A través del sumatorio de las puntuaciones de cada uno de los ítems se puede obtener una puntuación global en PSP y en PSN, la cual oscilaría entre 0 y 168.

En el propio listado, antes de los ítems, se formula la definición de PSP y PSN para facilitar su adecuada comprensión y cumplimentación de la escala.

4.4.2. Propiedades psicométricas

Los autores de la versión original no examinaron la estructura factorial del instrumento, aunque señalaron la existencia de dos subescalas, una de dominación (6 ítems) y otra de sumisión (10 ítems). En una muestra de 292 estudiantes universitarios, Renaud y Byers (1999) informaron de una consistencia interna para la escala PSP de 0,95 en hombres y mujeres, y para la PSN de 0,96 en hombres y 0,95 en mujeres. Respecto a sus evidencias de validez se ha demostrado que los PSP se relacionan con mayores niveles de afecto positivo, excitación sexual, frecuencia masturbatoria, número de parejas, satisfacción y mejor ajuste sexual, en tanto que los PSN no aparecen asociados a un peor ajuste sexual (Renaud y Byers, 2011).

En la validación española de Moyano y Sierra (2012) se demostró la invarianza de las escalas PSP y PSN por sexo. En cuanto a la fiabilidad, los valores alfa de Cronbach obtenidos en una muestra de 1.320 adultos españoles, oscilaron entre 0,66 y 0,87; en concreto, los valores alcanzados en cada dimensión correspondiente a PSP y PSN, respectivamente, fueron: Íntima ($\alpha=0,87$ y $\alpha=0,86$), Exploratoria ($\alpha=0,85$ y $\alpha=0,86$), Sadomasoquista ($\alpha=0,81$ y $\alpha=0,85$) e Impersonal ($\alpha=0,67$ y $\alpha=0,66$). En otro estudio llevado a cabo por estos mismos autores, en el que evaluaron una muestra de 1.500 adultos españoles, los coeficientes de fiabilidad obtenidos oscilaron entre 0,63 (Impersonal) y 0,89 (Íntima) para PSP y entre 0,68 (Impersonal) y 0,89 (Sadomasoquista) para PSN (Moyano y Sierra, 2013b).

En cuanto a la validez convergente, se demostró cómo las actitudes positivas hacia las fantasías sexuales y la ensoñación sexual correlacionan en sentido positivo con todas las dimensiones de PSP y de forma negativa con las de PSN (Moyano y Sierra, 2012). Por otro lado, la frecuencia total de PSP se asoció con ser varón, joven y tener baja frecuencia de prácticas religiosas, mientras que la de PSN únicamente se relacionó de

forma negativa con la edad (Moyano y Sierra, 2013b). Por último, Moyano y Sierra (2013a) informan que los hombres presentan globalmente una mayor frecuencia de ambos tipos de pensamientos que las mujeres, experimentando ambos sexos con más frecuencia los pensamientos íntimos como positivos y los sadomasoquistas como negativos.

4.4.3. Referencias

Moyano, N. y Sierra, J.C. (2012): "Adaptación y validación de la versión española del Sexual Cognitions Checklist (SCC)". *Anales de Psicología*, 28: 904-914.

Moyano, N. y Sierra, J.C. (2013a): "Positive and negative sexual cognitions: Similarities and differences between men and women". Manuscrito sometido a publicación.

Moyano, N. y Sierra, J.C. (2013b): "Relationships between personality traits and positive/negative sexual Cognitions". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13: 189-196.

Renaud, C.A. y Byers, E.S. (1999): "Exploring the frequency, diversity, and content of university students' positive and negative sexual cognitions". *Canadian Journal of Human Sexuality*, 8: 17-30.

Renaud, C.A. y Byers, E.S. (2001): "Positive and negative sexual cognitions: Subjective experience and relationships to sexual adjustment". *Journal of Sex Research*, 38: 252-262.

Renaud, C.A. y Byers, E.S. (2011): "Sexual Cognitions Checklist", en Fisher, T.D., Davis, C.M., Yarber, W.L. y Davis, S.L., *Handbook of sexuality-related measures*. Routledge. Nueva York.

4.5. Índice Hurlbert de Asertividad Sexual (Hurlbert Index of Sexual Assertiveness, HISA)

<i>Autor:</i>	D.F. Hurlbert
<i>Evalúa:</i>	Asertividad sexual en dos dimensiones: inicio y ausencia de timidez/rechazo
<i>Número de ítems:</i>	25 ítems en la versión original 18 ítems en la versión española

La asertividad sexual es un elemento clave en la comprensión del concepto actual de salud sexual. Múltiples estudios han demostrado su asociación con un mejor funcionamiento sexual, facilitando el deseo sexual, la excitación, la consecución del orgasmo y la satisfacción sexual; además, se ha puesto de manifiesto que constituye un

factor de protección frente a experiencias de abuso y agresiones sexuales, además de prevenir la realización de conductas sexuales de riesgo (véase Santos-Iglesias y Sierra, 2010a).

La asertividad sexual se ha definido de forma general como la capacidad para iniciar contactos sexuales, rechazar contactos sexuales no deseados y negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales saludables. Se trata, en definitiva, de una capacidad que sirve para defender y alcanzar autonomía sexual. En un estudio reciente, Santos-Iglesias, Sierra y Vallejo-Medina (2013) demuestran que son múltiples los factores que pueden llegar a determinar la asertividad sexual, teniendo un papel relevante el deseo y la excitación sexual, las actitudes sexuales y la experiencia de abuso dentro de la pareja.

Una cuestión fundamental es que la asertividad sexual constituye una capacidad específica de contextos sexuales, es decir, las habilidades sociales o la asertividad en general no son generalizables de forma sistemática a los contextos sexuales, pues así lo acreditan las correlaciones moderadas que se obtienen entre las puntuaciones de autoinformes de asertividad general y las de instrumentos específicos de asertividad sexual (Santos-Iglesias y Sierra, 2010b). De ahí la relevancia de disponer de herramientas fiables y válidas para evaluar de forma específica la asertividad sexual.

4.5.1. Descripción

El índice Hurlbert de Asertividad Sexual (HISA, por sus iniciales en inglés; Hurlbert, 1991) fue originalmente validado en un estudio llevado a cabo con una muestra de 129 mujeres. La escala original está compuesta por 25 ítems que evalúan la capacidad para dar respuestas sexualmente asertivas en el seno de la pareja (p. ej., "Me siento incómodo/a al hablar durante mis relaciones sexuales"). Según la propuesta de su autor, los 25 ítems se agrupan en una única dimensión.

Los ítems se responden en una escala tipo Likert que oscila entre 0 (nunca) y 4 (siempre), por lo que el rango de respuestas se situaría entre 0 y 100 puntos. Mayores puntuaciones son indicativas de mayor asertividad sexual. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los elementos, después de invertir las puntuaciones de los ítems 1, 2, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 19, 20, 24 y 25.

La versión española que cuenta con más aval psicométrico es la desarrollada por Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra (2014) y está formada por 18 ítems distribuidos en dos dimensiones: Inicio (ítems 2, 3, 4, 6, 12, 13, 14 y 16; p. ej., "Le propongo sexo a mi pareja cuando lo deseo") y Ausencia de timidez/Rechazo (ítems 1, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 17 y 18; p. ej., "Me siento incómodo/a hablando de sexo con mis amigos/as" o "Me resulta difícil decir que no, incluso cuando no deseo tener relaciones sexuales"). Se obtiene una puntuación en cada una de las dos subescalas, resultante de sumar las

respuestas a los ítems de cada una de ellas, una vez invertidas las puntuaciones de los elementos 1, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 17 y 18, de modo que a mayor puntuación mayor asertividad sexual. La puntuación en Inicio oscila entre 0 y 32, y la de Ausencia de timidez/Rechazo entre 0 y 40.

4.5.2. Propiedades psicométricas

Los estudios llevados a cabo con la versión original del HISA informan de adecuadas propiedades psicométricas. La fiabilidad de la escala por el método de consistencia interna indica valores superiores a 0,84 (Hurlbert, 1991). Pierce y Hurlbert (1999) llevaron a cabo un estudio para analizar la fiabilidad test-retest de la escala y obtuvieron un índice de fiabilidad igual a 0,85 después de un intervalo de 4 semanas. Por su parte, las evidencias de validez convergente muestran una correlación igual a 0,82 con el Inventario de Asertividad Gambrill-Richey.

Posteriormente, en un estudio llevado a cabo por Greene y Faulkner (2005) con una muestra de 698 parejas heterosexuales se puso a prueba la estructura interna de la escala mediante un análisis factorial confirmatorio. Los resultados mostraron tres subescalas: 1) Inicio (p. ej., "Me siento cómodo tomando la iniciativa en las relaciones sexuales con mi pareja"); 2) Rechazo (p. ej., "Me resulta difícil decir que no, incluso cuando no deseo tener relaciones sexuales"); y Comunicación sexual asertiva (p. ej., "Trato de evitar hablar de sexo"). Sin embargo, se desconocen los ítems que componen dichas subescalas, por lo que no se pueden replicar los resultados encontrados en dicho estudio. Los valores de fiabilidad de consistencia interna de estas tres subescalas fueron superiores a 0,79.

El índice Hurlbert de Asertividad Sexual ha sido adaptado y validado para su uso en poblaciones hispanas. Un primer estudio llevado a cabo con una muestra de mujeres españolas y salvadoreñas (Sierra, Santos, Gutiérrez-Quintanilla, Gómez y Maeso, 2008) mostró, mediante un análisis factorial exploratorio, una única dimensión que agrupaba los 25 ítems de la escala. La fiabilidad de consistencia interna fue igual a 0,90 y se observaron correlaciones positivas estadísticamente significativas con medidas de erotofilia ($r = 0,30$) y autoestima ($r = 0,56$). Con posterioridad, SantosIglesias y Sierra (2010b) analizaron las propiedades psicométricas de la escala en una muestra de 400 hombres y 453 mujeres españolas. Después de la eliminación de seis ítems de la escala original (8, 12, 15, 20, 22 y 23) por diversos problemas psicométricos, se encontró una estructura factorial compuesta por dos factores relacionados: Inicio y Ausencia de timidez/Rechazo. El primer factor hace referencia al inicio de contactos sexuales y la capacidad para expresar deseos y fantasías sexuales con la pareja, mientras que el segundo se refiere a la dificultad para iniciar y mantener conversaciones sexuales y la incapacidad para rechazar contactos sexuales no deseados. Los análisis de fiabilidad con esta estructura factorial mostraron una fiabilidad de consistencia interna para la escala global igual a 0,87 e igual a 0,83 para las dos subescalas. Además, se encontraron

correlaciones estadísticamente significativas de ambas subescalas con puntuaciones de ajuste diádico, habilidades sociales y aserción en la pareja, indicando una buena validez convergente.

Por último, debido a la inestabilidad de la estructura factorial de la escala cuando se pone a prueba únicamente en muestras de mujeres y cuando se pone a prueba en muestras mixtas, y debido también a la constante comparación de la asertividad sexual entre hombres y mujeres, Santos-Iglesias et al. (2014) llevaron a cabo otro estudio en el que analizaron la invarianza factorial y el funcionamiento diferencial del ítem de la versión española de 19 ítems. Los resultados de este trabajo mostraron que el ítem 2 de la escala original de 25 ítems ("Creo que soy tímido en el ámbito sexual"), que formaba parte de la subescala Ausencia de timidez/Rechazo, mostraba problemas de funcionamiento diferencial del ítem, por lo que se optó por su eliminación. Esto supone que la escala final se reduce a un total de 18 ítems, distribuidos en las dos subescalas anteriormente citadas: Inicio (8 ítems; alfa de Cronbach igual a 0,74 en hombres y 0,81 en mujeres) y Ausencia de timidez/Rechazo (10 ítems; alfa de Cronbach igual a 0,78 en hombres y 0,83 en mujeres). Sin embargo, los resultados del análisis de invarianza factorial muestran problemas para alcanzar la invarianza fuerte y estricta. Por esta razón no se recomienda el uso de esta escala cuando el objetivo sea comparar las puntuaciones de hombres y mujeres. Además, en este estudio se establecieron los baremos de ambas subescalas tanto para hombres como para mujeres en tres grupos de edad diferentes (18-34 años, 35-49 años y más de 50 años).

4.5.3. Referencias

- Greene, K. y Faulkner, S.L. (2005): "Gender, belief in the sexual double standard, and sexual talk in heterosexual dating relationships". *Sex Roles*, 53: 239-251.
- Hurlbert, D.F. (1991): "The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 17: 183-190.
- Pierce, A.P. y Hurlbert, D.F. (1999): "Test-retest reliability of the Hurlbert Index of Sexual Assertiveness". *Perceptual and Motor Skills*, 88: 31-34.
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2010a): "El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10: 553-577.
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2010b): "Hurlbert Index of Sexual Assertiveness: A study of psychometric properties in a Spanish sample". *Psychological Reports*, 107: 39-57.

Santos-Iglesias, P., Sierra, J.C. y Vallejo-Medina, P. (2013): "Predictors of sexual assertiveness: The role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse". *Archives of Sexual Behavior*, 42: 1043-1052.

Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J.C. (2014): "Equivalence and standard scores of the Hurlbert Index of Sexual Assertiveness across Spanish men and women". *Anales de Psicología*, 30.

Sierra, J.C., Santos, P., Gutiérrez-Quintanilla, J.R., Gómez, P. y Maeso, M.D. (2008): "Un estudio psicométrico del Hurlbert Index of Sexual Assertiveness en mujeres hispanas". *Terapia Psicológica*, 26: 117-123.

4.6. Escala de Asertividad Sexual (Sexual Assertiveness Scale, SAS)

<i>Autor:</i>	P.J Morokoff, K. Quina, L.L. Harlow, L. Whitmire, D.M. Grimley, P.R. Gibson y G.J. Burkholder
<i>Evalúa:</i>	Asertividad sexual en tres dimensiones: inicio, rechazo, y prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual
<i>Número de ítems:</i>	18 ítems

La asertividad sexual es una habilidad social específica de la sexualidad que permite comunicar los sentimientos, preferencias, necesidades u opiniones sexuales a otra persona, sin menospreciarla, forzarla o usarla (Dee Galasi, 1977). Morokoff et al. (1997) la definen como la capacidad de las personas para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada y emplear métodos anticonceptivos, desarrollando de este modo comportamientos sexuales saludables. Se basa, por tanto, en el derecho humano a la autonomía, que asume que las personas tienen derecho a elegir sobre su propia experiencia y actividad sexual.

La asertividad sexual es un componente clave de la salud sexual humana. Múltiples estudios han mostrado cómo está relacionada con el funcionamiento sexual, con la victimización sexual y con las conductas sexuales de riesgo. Así, se ha observado cómo las personas asertivas sexualmente presentan un mejor funcionamiento sexual, experimentan menos episodios de victimización sexual y hacen mayor uso -y de forma más consistente - del preservativo (SantosIglesias y Sierra, 2010).

4.6.1. Descripción

La Escala de Asertividad Sexual (SAS, por sus siglas en inglés; Morokoff et al., 1997) es un autoinforme breve que evalúa las tres áreas de la asertividad sexual (inicio, rechazo, y prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual). Se elaboró a partir de un total de 121 ítems que englobaban nueve actividades sexuales, los cuales fueron

filtrados en pasos sucesivos. Finalmente, un total de 18 ítems componen la escala actual, los cuales recogen los tres componentes que definen semánticamente el constructo de asertividad sexual. La primera subescala, Inicio (ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6; p. ej., "Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo"), evalúa la frecuencia con la que una persona comienza una relación sexual y si ésta acontece de forma deseada. La segunda subescala, Rechazo (ítems 7, 8, 9, 10, 11 y 12; p. ej., "Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no"), mide la frecuencia en que una persona es capaz de evitar, tanto una relación sexual, como una práctica sexual no deseada. La última subescala, Embarazo-Enfermedades de Transmisión Sexual (E-ETS) (ítems 13, 14, 15, 16, 17 y 18; p. ej., "Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón o barrera de látex, incluso aunque yo no quiera"), evalúa la frecuencia con la que una persona insiste en el uso de métodos anticonceptivos de barrera de látex con su pareja.

Todos los ítems son contestados en una escala de tipo Likert de cinco alternativas de respuesta que oscilan desde 0 (nada) hasta 4 (siempre). La escala mide la asertividad sexual de forma positiva, es decir, a mayor puntuación mayor asertividad sexual. Para corregir la prueba hay que sumar todos los ítems (de forma separada para cada subescala), aunque previamente hay que invertir la puntuación de los nueve ítems redactados de forma inversa (3, 4, 6, 7, 8, 10, 13, 14 y 16). La puntuación total oscila, por tanto, entre 0 y 72. No obstante, se recomienda utilizar de forma independiente cada una de las tres dimensiones; en este caso, las puntuaciones de cada dimensión oscilarían entre 0 y 24.

La escala original ha sido validada en una muestra de 1.613 mujeres estadounidenses. En España, la SAS ha sido validada por Sierra, Vallejo-Medina y Santos-Iglesias (2011) en una amplia muestra de ambos sexos; además, existen baremos elaborados, tanto para hombres como para mujeres españoles, en tres rangos de edad (18-34 años, 35-49 años y más de 50 años) (Sierra, Santos-Iglesias y Vallejo-Medina, 2012).

4.6.2. Propiedades psicométricas

Morokoff et al. (1997) llevaron a cabo un amplio estudio en el que participaron cinco muestras independientes de mujeres, 1.613 en total. Los autores ponen a prueba tanto la fiabilidad como la validez de la escala, obteniéndose resultados óptimos en ambos casos. En el primer estudio se seleccionan los ítems finales y se informa de algunas propiedades psicométricas. Así, para alcanzar la versión final de 18 ítems se realizó un filtrado en tres fases, pasando de 112 a 61, de 61 a 42 y de estos 42 a los 18 finales. Los 18 ítems parecen responder a la definición semántica de asertividad sexual que Morokoff y colaboradores propusieron. Estos 18 ítems se distribuyen en una estructura tridimensional obtenida mediante un análisis factorial exploratorio. La correlación ítem-total corregida de los ítems es siempre superior a 0,30 y la consistencia interna de las subescalas oscila entre 0,78 y 0,82. En este primer estudio también se observó que la

nueva escala de asertividad sexual se relacionaba tanto con la asertividad general, como con un ítem específico que evaluaba asertividad sexual. En el segundo estudio, Morokoff et al. obtienen nuevamente una adecuada fiabilidad de consistencia interna, oscilando los valores entre 0,71 y 0,83. Con respecto a algunos indicadores de validez externa, se observó relación entre la deseabilidad social y las escalas de Rechazo y E-ETS. También observaron correlaciones positivas de Inicio y Rechazo con la satisfacción en la pareja. Por otro lado, diversos sucesos de victimización sexual (por ejemplo, abuso en la infancia o coerción sexual) se vincularon con la asertividad sexual de rechazo. Finalmente, la dimensión E-ETS se vinculó con una mayor autoeficacia en prevención de enfermedades de transmisión sexual. En el tercer estudio, nuevamente se obtienen adecuados valores de consistencia interna y se pone a prueba la estructura factorial de la escala mediante un modelo de ecuaciones estructurales, alcanzando un buen ajuste en la estructura tridimensional por separado. En el último estudio se obtuvo la fiabilidad test-retest de la escala a los seis meses y al año, alcanzando correlaciones máximas de 0,77 y mínimas de 0,59.

La SAS también ha sido validada en España en dos estudios diferentes. El primero de Sierra et al. (2011) empleó una muestra de 400 varones y 453 mujeres, obteniéndose en general buenas propiedades psicométricas de los ítems y una estructura, mediante análisis factorial exploratorio, de tres dimensiones (Inicio, Rechazo y E-ETS) que replica a la original de Morokoff et al. (1997). Dicha estructura es confirmada mediante un modelo de ecuaciones estructurales obteniendo buenos índices de ajuste ($RMSEA = 0,064$). La fiabilidad de la escala española es, al igual que la estadounidense, adecuada, alcanzándose coeficientes de consistencia interna que oscilan entre 0,76 y 0,85. Sierra et al. (2011) prueban la validez convergente correlacionando las puntuaciones de la SAS con las del Índice Hurlbert de Asertividad Sexual y dan evidencia de la validez de sus medidas al obtenerse correlaciones significativas con ajuste diádico, habilidades sociales generales y aserción en la pareja. En un segundo estudio, Sierra et al. (2012) se encargan de examinar la equivalencia de la escala entre sexos en una amplia muestra de 4.034 mujeres y hombres. Se concluye que la estructura factorial es estrictamente invariante entre sexos y que no existe sesgo destacable entre la aplicación a varones o mujeres. En este último estudio, además se presentan los baremos de la escala que permiten corregir e interpretar la prueba de forma más precisa.

Finalmente, la escala ha sido adaptada y validada en población clínica, más concretamente en varones drogo dependientes, habiéndose obtenido una adecuada fiabilidad y validez (Vallejo-Medina y Sierra, 2014), aunque se observa una fuerte presencia de sesgo (mediante Funcionamiento Diferencial del ítem) del ítem 1, por lo que este ítem debería ser eliminado si el objetivo de la escala es comparar las puntuaciones de los varones consumidores con las de los no consumidores.

4.6.3. Referencias

Dee Galasi, R. (1977): *Assert Yourself How to Be Your Own Person*. The Human Sciences Press. Nueva York.

Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R. y Burkholder, G.J. (1997): "Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation". *Journal of Personality and Social Psychology*, 73: 790-804.

Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2010): "El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10: 553-577.

Sierra, J.C., Santos-Iglesias, P. y Vallejo-Medina, P. (2012): "Evaluación de la equivalencia factorial y métrica de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) por sexo". *Psicothema*, 24: 316-322.

Sierra, J.C., Vallejo-Medina, P. y Santos-Iglesias, P. (2011): "Propiedades psicométricas de la versión española del Sexual Assertiveness Scale (SAS)". *Anales de Psicología*, 27: 17-26.

Vallejo-Medina, P. y Sierra, J.C. (2014): "Adaptation and validation of the Sexual Assertiveness Scale (SAS) in a sample of male drug users". Manuscrito sometido a publicación.

4.7. Inventario de Conducta Sexual Agresiva (Aggressive Sexual Behavior Inventory, ASBI)

Autores: D.L. Mosher y R.D. Anderson

Evalúa: Conductas sexuales agresivas del hombre hacia la mujer

Número de ítems: 20 ítems

La violencia de pareja más frecuente es la que ejerce el hombre sobre la mujer y presenta tres modalidades diferentes: física, psicológica y sexual. La violencia o agresión sexual, a pesar de compartir peculiaridades de los otros dos tipos, suele considerarse de forma diferenciada debido a algunas características propias: se produce en un contexto de intimidad y, debido a que en ocasiones el hecho de realizar con la pareja comportamientos sexuales se considera como un "deber" u "obligación", las mujeres víctimas de ella pueden llegar a no ser conscientes de estos abusos. La agresión sexual puede manifestarse de múltiples maneras: como relaciones sexuales forzadas en el matrimonio o en una cita amorosa, relaciones sexuales no deseadas, pero aceptadas como consecuencia de la insistencia, chantajes o amenazas, o casos extremos de violación a manos de un extraño. Ello deja entrever que no siempre la conducta sexual

agresiva se asocia a comportamientos violentos, sino que en muchas ocasiones se evidencia a través de conductas mucho más sutiles caracterizadas por manipulaciones o chantajes, más difíciles de detectar e incluso de calificar como agresiones por parte de las propias víctimas.

Este tipo de agresiones está presente prácticamente en todos los contextos culturales, incluidos los niveles más altos. Así, por ejemplo, Legido-Marín y Sierra (2010) informan que un 16,45% de una muestra de estudiantes varones universitarios españoles han llevado a cabo algún tipo de conducta sexual agresiva en alguna ocasión, siendo más frecuentes aquellas conductas sutiles que no implican agresión física, como por ejemplo, amenazar con abandonar o terminar una relación si la mujer rechaza el sexo. La conducta sexual agresiva del hombre hacia la mujer resulta un fenómeno complejo que requiere del análisis de múltiples factores para su comprensión. Así, Sierra, Gutiérrez-Quintanilla, Bermúdez y BuelaCasal (2009) plantean que los rasgos de personalidad agresiva, la erotofilia y las actitudes sexuales machistas (doble moral sexual y actitud favorable hacia el uso de la violencia en el marco de las relaciones heterosexuales) juegan un papel relevante en su explicación.

4.7.1. Descripción

El Inventario de Conducta Sexual Agresiva (ASBI, por sus siglas en inglés; Mosher y Anderson, 1986) permite identificar conductas sexuales agresivas del hombre hacia la mujer en el contexto de las relaciones heterosexuales. Está integrado por 20 ítems contestados en una escala Likert desde 1 (nunca) hasta 7 (extremadamente frecuente) en su versión original. En la adaptación española, la escala de respuesta es de cinco puntos: 1 (nunca), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces), 4 (muchas veces) y 5 (siempre), por lo que la puntuación total oscila entre 20 y 100. Todos los ítems están redactados de forma directa, de modo que una mayor puntuación indica una frecuencia más elevada de conductas sexuales agresivas, teniendo éstas que ver con el uso de la fuerza sexual (p. ej., "He traído a mi casa a una mujer después de una cita y la he obligado a tener sexo conmigo") o de drogas y alcohol (p. ej., "He emborrachado a una mujer para tener sexo con ella"), la manipulación verbal (p. ej., "He amenazado con abandonar o terminar una relación si una mujer no tenía sexo conmigo"), el rechazo con enfado (p. ej., "Le he dicho a una mujer que yo tenía citas para encontrar a alguien más para tener sexo si ella no lo hacía"), la expresión de cólera (p. ej., "He perdido los estribos y he roto algo para mostrarle a una mujer que no debía enojarme") o el empleo de amenazas (p. ej., "Para que una mujer se tranquilice y disfrute le diría que podría lastimarla si se resiste") (Mosher, 2011).

4.7.2. Propiedades psicométricas

Los autores de la escala original plantearon una estructura multidimensional formada por seis factores diferentes con coeficientes de consistencia interna que oscilan entre 0,73 y

0,83: Fuerza sexual, Drogas y alcohol, Manipulación verbal, Rechazo con enfado, Expresión de cólera y Amenazas (Mosher y Anderson, 1986). Sin embargo, en la adaptación española realizada por Sierra, GutiérrezQuintanilla y Delgado-Domínguez (2008), cuatro de los seis factores no alcanzan valores adecuados de fiabilidad de consistencia interna, por lo que se lleva a cabo un análisis factorial exploratorio con el fin de clarificar la estructura de la escala, aislándose de nuevo los seis factores, aunque los ítems que los forman no coinciden exactamente con la distribución original de Mosher y Anderson. Nuevamente la mayoría de las dimensiones no alcanzan una adecuada fiabilidad de consistencia interna, por lo que en una muestra independiente se plantea una estructura unifactorial que explica el 42,08% de la varianza, presentando todos los ítems un peso factorial superior a 0,40. Esta estructura fue ratificada en el estudio posterior de Legido-Marín y Sierra (2010), llegándose a explicar en esta ocasión un 50,92% de la varianza, y presentando todos los ítems una carga factorial superior a 0,45. Por tanto, y a la luz de los resultados obtenidos con la versión española, se recomienda el uso de la puntuación total de la escala, en lugar de puntuaciones parciales de las dimensiones propuestas por Mosher y Anderson.

En cuanto a la fiabilidad de consistencia interna, Mosher y Anderson (1986) informa de un alfa de Cronbach de 0,94 para la escala total en estudiantes. En la versión española, se obtienen coeficientes de 0,90 y de 0,85 en dos muestras de estudiantes universitarios salvadoreños, respectivamente (Sierra et al., 2008) y de 0,91 en universitarios españoles (Legido-Marín y Sierra, 2010). Estos elevados valores de fiabilidad para la escala total avalan su unidimensionalidad.

Por lo que respecta a las evidencias de validez, Mosher y Anderson (1986) obtuvieron correlaciones positivas de las puntuaciones del Inventario de Conducta Sexual Agresiva con diferentes rasgos de la hipermasculinidad, como la personalidad machista o las actitudes sexuales crueles, y de forma negativa con la culpabilidad sexual. En el estudio de Sierra et al. (2008) se señala que la conducta sexual agresiva se asocia a rasgos de personalidad violenta como la ira, la hostilidad y la agresión, tanto física como verbal. Posteriormente, Sierra et al. (2009) señalan que las puntuaciones del ASBI correlacionan en sentido positivo con ira ($r = 0,29$), agresión verbal ($r = 0,27$), actitud favorable hacia la violación ($r = 0,23$) y doble moral sexual ($r = 0,22$), y en sentido negativo con la erotofilia ($r = - 0,27$). Por su parte, LegidoMarín y Sierra (2010) informan de correlaciones positivas entre la frecuencia de conductas sexuales agresivas y la doble moral sexual, la actitud favorable hacia la violación, así como con todas las dimensiones psicopatológicas incluidas en el Cuestionario de 90 Síntomas SCL-90-R, oscilando los valores entre 0,18 y 0,39.

4.7.3. Referencias

Legido-Marín, S. y Sierra, J.C. (2010): "Evaluación de conductas sexuales agresivas en estudiantes universitarios españoles. Propiedades psicométricas del Aggressive

Sexual Behavior Inventory". *Boletín de Psicología*, 98: 23-40.

Mosher, D.L. (2011): "Aggressive Sexual Behavior Inventory", en Fisher, T.D., Davis, C.M, Yarber, W.L. y Davis, S.L., *Handbook of sexuality-related measures*. Routledge. Nueva York.

Mosher, D.L. y Anderson, R.D. (1986): "Macho personality, sexual aggression, and reactions to guided imagery of realistic rape". *Journal of Research in Personality*, 20: 150-163.

Sierra, J.C., Gutiérrez-Quintanilla, R., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2009): "Male sexual coercion: Analysis of a few associated factors". *Psychological Reports*, 105: 69-79.

Sierra, J.C., Gutiérrez-Quintanilla, J.R. y Delgado-Domínguez, C.J. (2008): "Primer estudio psicométrico de la versión española del Aggressive Sexual Behavior Inventory (ASBI)". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 21-31.

4.8. Encuesta de Experiencias Sexuales (Sexual Experiences Survey, SES)

<i>Autores:</i>	M.P. Koss y C.A. Gydicz
<i>Evalúa:</i>	Cuatro modalidades de agresión y victimización sexual: contactos sexuales, coerción sexual, intento de violación y violación
<i>Número de ítems:</i>	10 ítems

En el contexto de las agresiones sexuales, muchos de los episodios de victimización sexual nunca son conocidos o salen a la luz, a pesar de cumplir los requisitos legales de una violación o agresión sexual. Además, se considera que los distintos episodios que constituyen el espectro de la victimización sexual forman parte de un continuo que va desde episodios más leves como el contacto sexual hasta el extremo más grave de la violación, en el que se utiliza la fuerza física o algún tipo de amenaza para conseguir tener relaciones sexuales. Al margen de la violación, existen otros muchos tipos de agresiones sexuales que llevan emparejados ataques, o intentos de ataques, que habitualmente implican un contacto sexual no deseado entre la víctima y el agresor. Las agresiones sexuales pueden ir asociadas, o no, al uso de la fuerza y de las amenazas verbales. Greene y Navarro (1998) describen la victimización sexual como experiencias sexuales violentas, coercitivas e inapropiadas en forma de incesto, violación u otras modalidades de abuso sexual, como pueden ser la exposición sexual, el uso de la fuerza física, la autoridad o la diferencia de edad, para obtener contactos sexuales, o el empleo de la coerción verbal con fines sexuales.

Los datos provenientes de diferentes estudios demuestran que la victimización sexual

es algo relativamente frecuente entre la población general, incluso en estratos culturales elevados como puede ser el ámbito universitario; así, por ejemplo, se estima que en torno a un 30% de las estudiantes universitarias han podido tener experiencias sexuales no deseadas (Santos-Iglesias y Sierra, 2012).

Por estas razones, la evaluación de la victimización y de las agresiones sexuales ha sido objeto de innumerables discusiones con el fin de desarrollar instrumentos de evaluación sensibles que detecten el mayor número posible de casos.

4.8.1. Descripción

Con el objetivo de diseñar un instrumento que evaluase todo el rango de conductas de victimización sexual mediante el uso de descripciones conductuales, que minimizasen las discrepancias entre el criterio del entrevistador y el entrevistado, Koss y Oros (1982) desarrollaron la Encuesta de Experiencias Sexuales (SES, por sus siglas en inglés). Originalmente estaba compuesta por 13 ítems que se respondían en una escala dicotómica (sí/no) y que recogían un rango de conductas que incluían tentativa de violación y violaciones consumadas. Posteriormente, Koss y Gydycz (1985) realizaron una revisión del instrumento original reduciéndolo a 10 ítems y modificando la terminología utilizada para que fuese más comprensible para los encuestados.

En esta nueva versión de la SES se evalúa la presencia de cuatro tipos de victimización sexual: 1) Contactos sexuales: experiencias de contactos sexuales como besos o caricias, sin que exista un intento de penetración, provocadas por el uso de presión verbal, abuso de autoridad, amenazas o uso de fuerza física (ítems 1, 2 y 3; p. ej., "¿Alguna vez ha consentido actividades sexuales - caricias, besos, etc. - cuando no quería porque estaba agobiado por los continuos argumentos y presiones de otra persona?"); 2) Intento de violación: intento por mantener una relación coital con alguien que no lo desea mediante el uso de alcohol o drogas, amenazas o el uso de fuerza (ítems 4 y 5; p. ej., "¿Alguna vez le ha pasado que alguien haya intentado tener un coito sexual - por ejemplo, ponerse encima de usted, intentar introducir el pene, etc. - cuando usted no quería, por medio del uso de amenazas o usando algún grado de fuerza - torciéndole un brazo, sujetándole, etc., - pero no hubo coito?"); 3) Coerción sexual: contacto sexual con una persona mediante el uso de presiones verbales o abuso de autoridad (ítems 6 y 7; p. ej., "¿Alguna vez ha consentido un coito sexual cuando no quería porque se encontraba agobiado por los continuos argumentos y presión de otra persona?"); y 4) Violación: contacto sexual con penetración con alguien que no lo desea mediante el uso de alcohol o drogas, amenazas o fuerza física (ítems 8, 9 y 10; p. ej., "¿Alguna vez ha tenido un coito sexual cuando no quería porque alguien le dio drogas o alcohol?").

La SES permite obtener una estimación de las personas que sufren episodios de victimización sexual de forma global; sin embargo, para evitar el solapamiento entre las cuatro categorías se suele analizar qué personas han sufrido cada uno de esos cuatro

tipos de experiencias.

Esta escala es aplicable tanto a hombres como a mujeres modificando levemente el sujeto y la víctima de cada episodio de victimización en cada uno de los ítems. También puede emplearse para evaluar tanto la victimización como la agresión sexual. Otra modificación que se puede realizar sobre el instrumento es la alteración de la escala de respuesta, optando por escalas de frecuencia en lugar de la dicotómica tradicional (sí/no) (Koss et al., 2007). Así, los 10 ítems de la SES se pueden responder en una escala de frecuencia de la experiencia; 0 = nunca; 1 = una vez; 2 = dos veces; 3 = tres veces; 4 = cuatro veces; 5 = cinco veces o más. Además, se puede identificar quién fue el agresor cuando se evalúa la experiencia de victimización o, en su caso, la víctima cuando se evalúa la experiencia de agresión: extraño, conocido (sin relación íntima), pareja ocasional o pareja/expareja estable.

4.8.2. Propiedades psicométricas

A pesar de ser el instrumento más utilizado para evaluar la victimización sexual, los estudios sobre sus propiedades psicométricas son bastante escasos. En relación con su fiabilidad, la mayoría de los estudios que han usado esta escala han mostrado valores de fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) superiores a 0,70 (Cecil y Matson, 2006). Sin embargo, el cálculo de la consistencia interna en una escala como la SES no es recomendable, pues al tratarse de una serie de ítems/ eventos que pueden haberse sufrido o no, las intercorrelaciones entre los mismos no están garantizadas y, por tanto, los valores de fiabilidad de consistencia interna suelen ser muy bajos. Koss y Gydicz (1985) informan de su fiabilidad test-retest, demostrando la estabilidad temporal de las respuestas a sus ítems ($r = 0,93$). En relación con la validez de la escala, Koss y Gydicz (1985) encontraron una correlación elevada entre los datos obtenidos a través de la SES y las respuestas ofrecidas por los participantes en una entrevista posterior. Otros estudios han mostrado que aquellas personas que puntúan más alto en la SES muestran puntuaciones más bajas en autoestima y en el sentimiento de control sobre la propia vida, más altas en depresión, menores niveles de cohesión familiar y mayor conflicto dentro de la familia, así como un mayor consumo de alcohol y tabaco (Cecil y Matson, 2006).

La SES ha sido empleada en España en varias ocasiones, tanto para evaluar experiencias de victimización como de agresión sexual. Sin embargo, no se dispone de muchos datos sobre sus propiedades psicométricas. En un estudio realizado por Fuertes, Ramos, de la Orden, del Campo y Lázaro (2005) el valor de fiabilidad de consistencia interna en agresores fue igual a 0,57, aunque los autores señalan que es debido a la baja prevalencia y variabilidad de las respuestas del instrumento. De la misma forma, los datos sobre su validez en España no son abundantes. En un estudio realizado por Santos-Iglesias y Sierra (2012) con mujeres universitarias se encontró que las que puntuaban alto en la SES informaban de mayores experiencias de abuso sexual en la infancia, mayor número de parejas sexuales, mayor consumo de sustancias y menor asertividad sexual

para rechazar contactos no deseados.

4.8.3. Referencias

- Cecil, H. y Matson, S.C. (2006): "Sexual victimization among African American adolescent females. Examination of the reliability and validity of the Sexual Experiences Survey". *Journal of Interpersonal Violence*, 21: 89-104.
- Fuertes, A., Ramos, M., de la Orden, V., del Campo, A. y Lázaro, S. (2005): "The involvement in sexual coercive behaviors of Spanish college men: Prevalence and risk factors". *Journal of Interpersonal Violence*, 20: 872-891.
- Greene, D. y Navarro, R.L. (1998): "Situation-specific assertiveness in the epidemiology of sexual victimization among university women". *Psychology of Women Quarterly*, 22: 598-604.
- Koss, M.P., Abbey, A., Campbell, R., Cook, S., Norris, J., Testa, M., Ullman, S., West, C. y White, J. (2007): "Revising the SES: A collaborative process to improve assessment of sexual aggression and victimization". *Psychology of Women Quarterly*, 31: 357-370.
- Koss, M.P. y Gydycz, C.A. (1985): "Sexual Experiences Survey: Reliability and validity". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53: 422-423.
- Koss, M.P. y Oros, C.J. (1982): "Sexual Experiences Survey: A research instrument investigating sexual aggression and victimization". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 455-457.
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2012): "Sexual victimization among Spanish college women and risk factors for sexual revictimization". *Journal of Interpersonal Violence*, 27: 3468-3485.

4.9. Índice de Abuso de Pareja (Index of Spouse Abuse, ISA)

<i>Autores:</i>	W.W. Hudson y S.R. McIntosh
<i>Evalúa:</i>	Abuso físico y psicológico en el contexto de la pareja
<i>Número de ítems:</i>	30 ítems (versión original) y 19 ítems (versión abreviada)

La violencia de pareja constituye uno de los grandes problemas actuales de salud pública. Engloba a conductas agresivas físicas (golpes, patadas, palizas, etc.), psicológicas (menosprecio, humillaciones, intimidación, etc.), sexuales (relaciones o conductas sexuales forzadas), así como a conductas de control (aislamiento, control de

actividades y restricciones al acceso de información o asistencia) ejercidas por uno de sus miembros. En la mayoría de las ocasiones estas conductas tienen lugar en el ámbito de parejas heterosexuales, siendo la víctima la mujer. Los abusos de pareja constituyen un fenómeno que afecta prácticamente a todas las sociedades y a todos sus niveles culturales, teniendo su estudio una especial relevancia por las dramáticas consecuencias que tiene para la salud, tanto física como psicológica, de las víctimas.

El estudio de un problema tan complejo como la violencia de pareja requiere de adecuados instrumentos de medida, pues es imprescindible su rigurosa evaluación para que las investigaciones e intervenciones en este ámbito tengan éxito.

4.9.1. Descripción

El índice de Abuso de Pareja (ISA, por sus siglas en inglés; Hudson y McIntosh, 1981) constituye uno de los autoinformes más utilizados en la evaluación de la violencia marital, habiendo sido empleado en multitud de países (Alemania, Brasil, Canadá, China, El Salvador, Estados Unidos, Japón, México o España). Fue desarrollado para evaluar la severidad del abuso físico y no físico sufrido por la mujer a manos de su compañero sentimental. Su versión original está formada por 30 ítems contestados sobre una escala tipo Likert de cinco puntos: 1 (nunca), 2 (raramente), 3 (ocasionalmente), 4 (con frecuencia) y 5 (casi siempre). La puntuación total oscila entre 30 y 150, de modo que cuanto más elevada es la puntuación, mayor será la frecuencia de conductas de abuso experimentadas. A pesar de que la mayoría de estudios utilizaron el ISA para evaluar las experiencias de abuso en las mujeres, se puede emplear también en varones (Santos-Iglesias, Sierra y VallejoMedina, 2013).

4.9.2. Propiedades psicométricas

Mediante un análisis factorial exploratorio, los autores de la escala original aislaron dos factores (Abuso físico formado por 11 ítems y Abuso no físico constituido por 19 ítems), con valores de fiabilidad de consistencia interna de 0,90 y 0,91, respectivamente (Hudson y McIntosh, 1981). Sin embargo, esta estructura no fue ratificada en estudios posteriores. Así, Campbell, Campbell, King, Parker y Ryan (1994), aparte de los dos factores señalados, informan de un tercer factor: Control de conductas (integrado por 6 ítems provenientes de la subescala Abuso no físico). Sierra, Ortega, Santos y Gutiérrez (2007) obtienen los dos factores planteados por Hudson y McIntosh, aunque 8 de sus 30 ítems cambian de dimensión con respecto a la propuesta original. Más recientemente, Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez, Escribá-Agüir, Montero-Piñar y Vives-Cases (2011), en una muestra representativa de mujeres españolas, plantean una estructura de cuatro factores que explica el 66,47% de la varianza: Control de conductas (11 ítems: 2, 5, 6, 9, 10, 14, ítem extra, 16, 18, 20 y 25), Abuso emocional (11 ítems: 1, 3, 11, 12, 15, 19, 22, 24, 26, 28 y 29), Abuso físico (5 ítems: 7, 13, 17, 23 y 30) y Abuso sexual (2 ítems: 4 y 21). En esta versión española, el ítem 27 ("Actúa como un cobarde conmigo") se

sustituye - debido a su falta de validez de contenido - por un ítem extra ("Controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado, por ejemplo en ropa, teléfono, etc.") y el ítem 8 ("Me repite que soy poco atractiva") es eliminado por sus bajas cargas en todos los factores. Los coeficientes de fiabilidad de consistencia interna alcanzados para estas cuatro dimensiones son de 0,93, 0,94, 0,90 y 0,82, respectivamente. Las correlaciones entre los distintos factores oscilan entre 0,60 y 0,89, lo que deja entrever cierta independencia entre los mismos.

Mediante análisis factorial confirmatorio, Tang (1998) no llega a ratificar la estructura bidimensional planteada originalmente por Hudson y McIntosh, lo que le lleva a plantear una versión breve de 19 ítems agrupados en dos factores con un buen ajuste: Abuso no físico (12 ítems: 1, 2, 5, 10, 12, 14, 19, 22, 25, 26, 28 y 29; p. ej. "Me humilla") y Abuso físico (7 ítems: 4, 7, 13, 17, 21, 24 y 30; p. ej., "Me fuerza a tener actos sexuales que no me gustan"); los coeficientes de consistencia interna fueron de 0,91 y 0,79, respectivamente. Sierra, Santos-Iglesias y GutiérrezQuintanilla (2010) pusieron a prueba en una muestra de mujeres salvadoreñas las diferentes estructuras obtenidas para el ISA, encontrando que el mejor ajuste era alcanzado por la versión reducida de Tang (1998). Resultados similares fueron obtenidos posteriormente en muestras de mujeres brasileñas (Sierra, Costa y Santos-Iglesias, 2010) y peruanas (Sierra, Monge, Santos-Iglesias, Bermúdez y Salinas, 2011). Los coeficientes de fiabilidad de consistencia interna alcanzados por los dos factores en estos estudios fueron de 0,85 o superiores. Por tanto, esta versión reducida del ISA se ha mostrado fiable y válida. La puntuación en la subescala de Abuso no físico oscila en este caso entre 12 y 60 (con un punto de corte de 13 que indicaría los mejores valores de sensibilidad y especificidad), y entre 7 y 35 en la de Abuso físico (punto de corte 8) (Sierra et al., 2011).

Recientemente, Santos-Iglesias et al. (2013) examinaron las propiedades psicométricas del ISA en una muestra de 598 hombres españoles y plantearon mediante análisis factorial confirmatorio una estructura que agrupa a sus 30 ítems en tres factores: Abuso no físico ($\alpha = 0,81$; ítems 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 22, 25, 26, 27, 28 y 29; p. ej. "Me exige que obedezca a sus caprichos"), Control de conductas ($\alpha = 0,60$; ítems 6, 16, 18, 19, 20 y 21; p. ej., "Se muestra celosa y suspicaz con mis amistades") y Abuso físico ($\alpha = 0,72$; ítems 4, 7, 13, 17, 23, 24 y 30; p. ej., "Me golpea o araña").

Por lo que respecta a los indicadores de validez de las puntuaciones obtenidas por el ISA, éstas han correlacionado de forma negativa con las habilidades sociales (Sierra, Santos-Iglesias et al., 2010) y la asertividad sexual (Sierra et al., 2007; Santos-Iglesias et al., 2013), y de forma positiva con la doble moral sexual (Sierra, Costa et al., 2010; Sierra, Santos-Iglesias et al., 2010; Sierra et al., 2011), la actitud favorable hacia la violación (Sierra, Costa et al., 2010; Sierra et al., 2011) y las distintas dimensiones psicopatológicas incluidas en el Cuestionario de 90 Síntomas (Sierra et al., 2011). Puntuaciones elevadas en el ISA se asocian con una peor salud física y mental, así como con un menor apoyo social (Plazaola-Castaño et al., 2011). Por último, el ISA ha

demostrado ser útil para detectar una mayor incidencia de abuso físico y no físico en mujeres con menores niveles educativos en comparación con mujeres con estudios superiores (Sierra et al., 2011; Sierra, Ortega, Gutiérrez-Quintanilla, Bermúdez y Buela-Casal, 2009).

4.9.3. Referencias

- Campbell, D.W., Campbell, J.K., King, C., Parker, B. y Ryan, J. (1994): "The reliability and factor structure of the Index of Spouse Abuse with AfricanAmerican women". *Violente and Victims*, 9: 259-274.
- Hudson, W.W. y McIntosh, S.R. (1981): "The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions". *Journal of Marriage and the Family*, 43: 873-888.
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, L, Escribá-Agüir, V., Montero-Piñar, I. y VivesCases, C. (2011): "The assessment of intimate partner violence in Spanish women: The Index of Spouse Abuse". *Journal of Interpersonal Violence*, 16: 3267-3288.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J.C. y Vallejo-Medina, P. (2013): "Propiedades psicométricas del Index of Spouse Abuse en una muestra de varones españoles". *Terapia Psicológica*, 31: 209-217.
- Sierra, J.C., Costa, N. y Santos-Iglesias, P. (2010): "Un estudio acerca de las propiedades psicométricas de la versión brasileña del Index of Spouse Abuse". *Revista Iberoamericana de Evaluación y Psicodiagnóstico*, 30: 57-70.
- Sierra, J.C.Monge, F.S., Santos-Iglesias, P., Bermúdez, M.P. y Salinas, J.M. (2011): "Validation of a reduced Spanish version of the Index of Spouse Abuse". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11: 363-383.
- Sierra, J.C., Ortega, V., Gutiérrez-Quintanilla, J.R., Bermúdez, M.P y BuelaCasal, G. (2009): "Violencia de pareja en mujeres salvadoreñas: prevalencia y factores sociodemográficos de riesgo". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII: 115-123.
- Sierra, J.C., Ortega, V., Santos, P. y Gutiérrez, J.R. (2007): "Estructura factorial, consistencia interna e indicadores de validez de la versión española del Index of Spouse Abuse". *Boletín de Psicología*, 91: 83-96.
- Sierra, J.C., Santos-Iglesias, P. y Gutiérrez-Quintanilla, J.R. (2010): Validación del Índice de Abuso en la Pareja en mujeres del El Salvador". *Revista Mexicana de Psicología*, 27: 5-14.
- Tang, C.S. (1998): "Psychological abuse of Chinese wives". *Journal of Family Violence*,

4.10. Escala de Autoestima Sexual (Sexual Self-Esteem Scale, SSES)

<i>Autores:</i>	W.E. Snell y D. Papini
<i>Evalúa:</i>	autoestima sexual
<i>Número de ítems:</i>	10 ítems

De forma genérica, se puede decir que la autoestima tiene que ver con los sentimientos y opiniones que cada uno tiene de sí mismo. Según Gaynor y Underwood (1995), la autoestima sexual es la tendencia a valorar la propia sexualidad y, por tanto, a aproximarse, en vez de alejarse, a las experiencias sexuales, tanto propias como con los demás. Se trataría de una combinación de valores y experiencias aprendidas basadas en la interacción del contexto familiar, los valores de los iguales y las experiencias sexuales personales. Snell y Papini (1989) conceptualizaron la autoestima sexual como la consideración positiva -y la confianza - en la capacidad de experimentar la propia sexualidad de una manera satisfactoria y agradable.

Las implicaciones clínicas de la autoestima sexual son múltiples y su impacto sobre la salud sexual ha sido claramente demostrado. Por un lado, la autoestima sexual ayuda a formar la imagen global del yo, relacionándose con el bienestar personal, pero además, al tratarse de un constructo específico está afectando directamente al comportamiento sexual. En el ámbito clínico se considera una dimensión clave en la sexualidad de los pacientes con problemas sexuales, pues está demostrado que estos tienen menos confianza en sí mismos que personas con un funcionamiento sexual normal. Además, la autoestima sexual se ha relacionado con la satisfacción sexual.

Por otro lado, Ménard y Offman (2009) observaron cómo la autoestima sexual se relaciona con la asertividad sexual. Siguiendo esta línea, la autoestima sexual (al igual que ocurre con la asertividad sexual) parece estar relacionada con tres importantes dimensiones de la sexualidad humana, fundamentales en la concepción de la salud sexual: funcionamiento sexual, victimización y abuso sexual, y conductas sexuales de riesgo. Según este planteamiento, la autoestima sexual constituye una variable importante a considerar en el campo de la salud sexual.

4.10.1. Descripción

La Escala de Autoestima Sexual (SSES, por sus siglas en inglés) constituye una de las subescalas que conforman la Escala de Sexualidad de Snell y Papini (1989), junto con la de Depresión sexual y Preocupación sexual. Se trata de un autoinforme breve de 10 ítems que evalúa la autoestima sexual. Sus autores redactaron un conjunto de ítems, de los cuales, mediante un análisis factorial, seleccionaron los diez que saturaban en un

mismo factor. Los ítems seleccionados se fundamentan claramente en la definición que los propios autores hacen de autoestima sexual: consideración positiva, y confianza, en la capacidad de experimentar la sexualidad de una manera satisfactoria y agradable. A pesar de que existen otras escalas para evaluar la autoestima sexual, creadas todas ellas en contextos anglosajones, la de Snell y Papini (1989) es la que mayor apoyo psicométrico tiene.

Los 10 ítems que forman la SSES son contestados en una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta: en desacuerdo (-2), ligeramente en desacuerdo (-1), ni de acuerdo ni en desacuerdo (0), ligeramente de acuerdo (1) y de acuerdo (+2). La mitad de los ítems están redactados de forma invertida (ítems 4, 5, 7, 9 y 10; p. ej., "A veces tengo dudas sobre mi rendimiento sexual") y la otra mitad (ítems 1, 2, 3, 6 y 8; p. ej., "Evaluaría mis habilidades sexuales como buenas") de forma directa. Una vez invertidas las puntuaciones correspondientes y realizado el sumatorio de todas ellas, se obtendrá una puntuación global en autoestima sexual que oscila entre - 20 y +20, siendo los puntajes elevados indicadores de mayor autoestima sexual (Snell, 2011).

Existe una versión breve de la escala, validada por Wiederman y Allgeier (1993), la cual está formada por cinco ítems. Esta versión breve ha mostrado ser casi tan eficaz para evaluar la autoestima sexual como la larga de 10 ítems. Está formada por los ítems 1, 2, 6, 7 y 8, siendo el 7 el único ítem invertido.

4.10.2. Propiedades psicométricas

La SSES es probablemente la escala de autoestima sexual que más atención psicométrica ha recibido. La escala original fue validada en 296 estudiantes universitarios norteamericanos. Snell y Papini (1989) obtuvieron una factorización en la que los 10 ítems de autoestima sexual pesaban en el mismo factor con cargas factoriales que oscilaban entre 0,52 y 0,82, obteniéndose un coeficiente alfa de Cronbach de 0,93 en mujeres y de 0,92 en hombres. Años después, Snell, Fisher y Schuh (1992) ampliaron en la validación de la escala en un estudio doble. Por un lado, en una muestra de 382 estudiantes de ambos sexos se obtienen coeficientes de fiabilidad de consistencia interna muy similares a los obtenidos en la validación original (0,91 en hombres y 0,92 en mujeres). La fiabilidad test-retest a cuatro semanas de diferencia osciló entre 0,69 y 0,74. Por otro lado, en una segunda muestra de 173 estudiantes se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,91.

En cuanto a la validez, se informa de una relación negativa de la autoestima sexual con la depresión y la ansiedad sexual (Snell y Papini, 1989; Snell et al., 1992), y positiva con la autoestima general y la asertividad sexual (Snell et al., 1992). En cuanto a las diferencias por sexo, los resultados obtenidos con la SSES indican que los hombres puntúan más alto que las mujeres (Wiederman y Allgeier, 1993).

En cuanto a la versión breve de Wiederman y Allgeier (1993), estos autores llevan a cabo un estudio psicométrico de la SSES en una muestra de 235 estudiantes, a partir del cual se obtiene una versión breve de cinco ítems, una vez eliminados todos aquellos con un coeficiente alfa inferior a 0,50. Esta versión breve obtiene - aunque insuficiente - mejores índices de ajuste que la versión larga en un Análisis Factorial Confirmatorio en una muestra pequeña: se realiza un Análisis Factorial Confirmatorio para hombres y mujeres por separado, obteniéndose un GFI = 0,84 en ambas submuestras. La fiabilidad de esta versión breve fue igualmente adecuada: 0,94 y 0,92 para hombres y mujeres, respectivamente.

A día de hoy no existe ninguna validación de la SSES en población española.

4.10.3. Referencias

Gaynor, P. y Underwood, J. (1995): "Conceptualizing and measuring sexual selfesteem", en Shrout, P. y Fiske, S., *Personality Research, Methods and Theory: A Festschrift Honoring Donald W.Fiske*. Erlbaum. Hillsdale, NJ.

Ménard, A. y Offman, A. (2009): "The interrelationships between sexual selfesteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction". *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18: 35-45.

Snell, W.E. (2011): "Sexuality Scale", en Fisher, T.D., Davis, C.M., Yarber, W.L. y Davis, S.L., *Handbook of sexuality-related measures*. Routledge. Nueva York.

Snell, W.E., Fisher T.D. y Schuh, T. (1992): "Reliability and validity of the sexuality scale: A measure of sexual-esteem, sexual-depression, and sexualpreoccupation". *Journal of Sex Research*, 29: 261-273.

Snell, W.E. y Papini, D. (1989): "Sexuality Scale (SS): An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation". *The Journal of Sex Research*, 26: 256-263.

Wiederman, M.W. y Allgeier, E.R. (1993): "The measurement of sexual-esteem: Investigation of Snell and Papini's (1989) Sexuality Scale". *Journal of Research in Personality*, 27: 88-102.

4.11. Escala de Ajuste Diádico (Dyadic Adjustment Scale, DAS)

<i>Autores:</i>	G.B. Spanier
<i>Evalúa:</i>	Ajuste diádico global y cuatro dimensiones del mismo: consenso, cohesión, satisfacción y expresión de afectos
<i>Número de ítems:</i>	32 ítems en la versión original, distribuidos en cuatro dimensiones 13 ítems distribuidos en tres dimensiones en la versión reducida española

Una relación de pareja armoniosa potencia la salud de sus miembros, actuando como un factor protector de la misma, mientras que las interacciones conflictivas pueden llegar a generar diferentes psicopatologías y, sobre todo, mantenerlas (Cáceres Carrasco, 1996). Una relación de pareja satisfactoria se concibe como un sistema de interacción sustentado por un intercambio de elementos reforzantes entre ambos miembros, de modo que la satisfacción marital será elevada cuando las recompensas que recibe un miembro de la pareja son iguales o superan a los costes de las interacciones con su cónyuge. Las áreas de interacción marital relacionadas con la satisfacción de la pareja tienen que ver básicamente con interacciones afectivas (sexo, comunicación, etc.), interacciones instrumentales (responsabilidad de los hijos, responsabilidad económica, etc.) y aspectos secundarios de la relación (hábitos personales, apariencia del cónyuge, etc.) (Sierra, Buela-Casal y Sánchez, 2001).

El ajuste diádico es el resultado de una serie de procesos dentro de la pareja entre los que se encuentran las diferencias problemáticas entre sus miembros, tensiones interpersonales, satisfacción y cohesión o el consenso en algunos aspectos que son relevantes para el funcionamiento de la pareja (Spanier, 1976). Es una variable fundamental para la vida de pareja, dado que la falta de ajuste suele producir problemas de ansiedad, depresión y problemas de salud en general, de forma que constituye un elemento central del funcionamiento familiar.

Las medidas de autoinforme son fundamentales en la evaluación del ajuste marital, pues, por definición, la satisfacción o insatisfacción con la relación de pareja dependen directamente de la percepción y valoración que cada uno de sus miembros tiene de la misma.

4.11.1. Descripción

La Escala de Ajuste Diádico (DAS, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por Spanier (1976) y constituye el instrumento de evaluación que se ha empleado con más frecuencia al evaluar la calidad y el ajuste de la pareja. Fue desarrollada como una escala multidimensional aplicable dentro del matrimonio, así como a otras parejas similares. Está compuesta por 32 ítems que ofrecen una puntuación global en ajuste diádico, y puntuaciones parciales en cuatro subescalas extraídas mediante análisis factorial exploratorio: Consenso (grado de acuerdo entre ambos miembros de la pareja en

aspectos relevantes de la relación), Satisfacción (grado de satisfacción de la pareja con la relación actual y grado de compromiso para continuar con dicha relación), Cohesión (grado en que la pareja se implica en actividades conjuntas) y Expresión de afectos (grado en que la pareja está satisfecha con la expresión del afecto dentro de la relación y con la satisfacción sexual).

Los ítems se responden en diferentes escalas de respuesta, dependiendo del ítem: escala dicotómica (sí/no; p. ej., si ha sido motivo de discordia estar demasiado cansado para hacer el amor), escala que oscila entre 0 y 4 (p. ej., frecuencia con la que besa a su pareja) o en una escala que oscila entre 0 y 5 (p. ej., grado de acuerdo en el manejo de las finanzas familiares) (véase Bornstein y Bornstein, 1988). Las puntuaciones de la escala global oscilan entre 0 y 151, con mayores puntuaciones indicando mayor ajuste diádico. Las puntuaciones de las subescalas se obtienen tras sumar los ítems que las componen: Consenso (ítems 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15, siendo su puntuación máxima 65; p. ej., grado de acuerdo en cuanto a las diversiones); Satisfacción (ítems 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31 y 32, siendo la puntuación máxima 50; p. ej. % Con qué frecuencia han pensado en el divorcio o en la separación?"); Cohesión (ítems 24, 25, 26, 27 y 28, con una puntuación máxima de 24; p. ej., "Participan juntos en actividades fuera de la pareja?"; y Expresión de afectos (ítems 4, 6, 29 y 30, siendo la puntuación máxima 12; p. ej., grado de acuerdo en demostración de afectos).

4.11.2. Propiedades psicométricas

Al ser la escala que se ha empleado con más frecuencia en la evaluación del ajuste diádico, también ha sido una escala con múltiples adaptaciones a distintas lenguas y en distintos países. Así, se han puesto a prueba sus propiedades psicométricas en diferentes ocasiones, dando lugar en ocasiones a diferentes versiones breves de la escala. La versión original muestra adecuadas propiedades psicométricas con valores de fiabilidad de consistencia interna iguales a 0,96 para la escala global y de 0,90, 0,94, 0,86 y 0,73 para las cuatro subescalas, respectivamente. Respecto a su validez, se obtuvieron correlaciones positivas superiores a 0,86 con otras medidas de ajuste marital.

A lo largo de la historia de la escala se han analizado sus propiedades psicométricas encontrándose valores adecuados de fiabilidad de consistencia interna comprendidos entre 0,50 y 0,93, tanto para la escala global como para las distintas subescalas. Los resultados de la fiabilidad test-retest y dos mitades muestran valores superiores a 0,75 y 0,79, respectivamente (Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra, 2009). Las pruebas de validez reflejan de forma consistente correlaciones elevadas con otras medidas de satisfacción y ajuste marital, así como capacidad para discriminar parejas con buen ajuste y mal ajuste marital. En este sentido, existen diferentes puntos de corte que oscilan entre 92 y 107, siendo el de 107 el más aceptado y utilizado (Crane, Middleton y Bean, 2000). Uno de los mayores problemas se ha encontrado al replicar su estructura factorial, inicialmente confirmada por Spanier y Thompson (1982). Estudios posteriores han

mostrado soluciones unifactoriales y soluciones jerárquicas con varios factores de primer orden englobados en uno de segundo orden. De la misma manera también se han desarrollado versiones breves que oscilan entre uno y 16 ítems.

Recientemente, en España, Cuenca, Montesino, Graña Gómez, Peña Fernández y Andreu Rodríguez (2013) plantearon una estructura factorial jerárquica formada por cuatro factores integrados en un factor de segundo orden, similar a la del estudio original, obteniéndose una fiabilidad de consistencia interna de 0,80 para la escala total, y entre 0,13 (Expresión de afectos) y 0,88 (Consenso) para las subescalas. Por su parte, Santos-Iglesias et al. (2009) desarrollaron una versión breve des pués de no poder confirmar la estructura factorial propuesta por Spanier en 1976. En dicho estudio, después de realizar un análisis discriminante, se llegó a una versión reducida compuesta por 14 ítems que coincidía en gran parte con la propuesta factorial de Spanier. Sin embargo, dado que la dimensión Expresión de afectos estaba compuesta por un solo ítem, que además tenía una baja correlación ítem-total corregida y su eliminación producía un aumento considerable de la fiabilidad de la escala, la propuesta se redujo finalmente a 13 ítems. Estos 13 ítems se sometieron a un análisis factorial confirmatorio que se ajustó a la estructura propuesta por Spanier. Así, la subescala de Consenso quedó compuesta por cinco ítems (1, 4, 5, 9 y 13, de la versión original), la de Satisfacción por otros cinco (ítems 16, 20, 21, 23 y 32 de la versión original) y la de Cohesión por tres (ítems 24, 27 y 28 de la versión original). Esta nueva versión breve mostró buenos índices de fiabilidad de consistencia interna: 0,83 para la escala global e iguales a 0,73, 0,70 y 0,63 para las tres subescalas, respectivamente. Tanto la escala global como las subescalas mostraron correlaciones significativas con puntuaciones de diferentes tipos de aserción dentro de la pareja: aserción ($r = 0,30$), agresión ($r = - 0,39$), sumisión ($r = 0,35$) y agresión pasiva ($r = - 0,29$). Por último, mediante un método de regresión se elaboró un punto de corte para esta versión breve que fue igual a 44.

4.11.3. Referencias

- Bornstein, P.H. y Bornstein, M.T. (1988): *Terapia de pareja. Enfoque conductual-sistémico*. Pirámide. Madrid.
- Cáceres Carrasco, J. (1996): *Manual de terapia de pareja e intervención en familias*. Fundación Universidad Empresa. Madrid.
- Crane, D.R., Middleton, K.C. y Bean, R.A. (2000): "Establishing criterios scores for the Kansas Marital Satisfaction Scale and the Revised Dyadic Adjustment Scale". *The American Journal of Family Therapy*, 28: 53-60.
- Cuenca Montesino, M.L., Graña Gómez, J.L., Peña Fernández, M.E. y Andreu Rodríguez, J.M. (2013): "Psychometric properties of the Dyadic Adjustment Scale (DAS) in a community sample of couples", *Psicothema*, 25: 536-541.

- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J.C. (2009). "Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9: 501-517.
- Sierra, J.C., Buela-Casal, G. y Sánchez, A.I. (2001): "Evaluación y tratamiento de los problemas de pareja", en Buela-Casal, G. y Sierra, J.C., *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Spanier, G.B. (1976): "Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads". *Journal of Marriage and the Family*, 38: 15-38.
- Spanier, G.B. y Thompson, L. (1982): "A confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale". *Journal of Marriage and the Family*, 44: 731-738.

Bibliografía

- Beck, J.G., Barlow, D.H. y Sakheim, D.K. (1983): "The effects of attentional focus and partner arousal on sexual responding in functional and dysfunctional men". *Behaviour Research and Therapy*, 21: 1-8.
- Byers, E.S., Purdon, C. y Clark, D.A. (1998): "Sexual intrusive thoughts of college students". *Journal of Sex Research*, 35: 359-369.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005): "Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5: 521-551.
- Clayton, A.H., McGarvey, E.L. y Clavet, G.J. (1997): "The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development, reliability and validity". *Psychopharmacology Bulletin*, 33: 731-745.
- Feldman, HA, Goldstein, I., Hatzichristou, D.G., Krane, R.J. y McKinlay, J. B. (1994): "Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study". *Journal of Urology*, 151: 54-61.
- Fisher, T.D., Davis, C.M., Yarber, W.L. y Davis, S.L. (2011): *Handbook of sexuality-related measures* (3.ª ed.). Routledge. Nueva York.
- Gutiérrez-Quintanilla, J.R., Rojas-García, A. y Sierra, J.C. (2010): "Comparación transcultural de la doble moral sexual entre estudiantes universitarios salvadoreños y españoles". *Revista Salvadoreña de Psicología*, 1: 31-51.
- Hyde, J.S. y DeLamater, J.D. (2006): *Sexualidad humana* (9.ª ed.). McGraw Hill. México, DF.
- Johannes, C.B., Araujo, A.B., Feldman, H.A., Derby, C.A., Kleinman, K.P. y McKinlay, J.B. (2000): "Incidence of erectile dysfunction in men ages 40-69: Longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study". *Journal of Urology*, 163: 460-463.
- Lameiras Fernández, M. y Carrera Fernández, M.V. (2009): *Educación sexual. De la teoría a la práctica*. Pirámide. Madrid.
- Laumann, E. O., Paik, A. y Rosen, R. C. (1999): "Sexual dysfunction in the United States prevalence and predictors". *JAMA*, 281: 537-544.
- Moyano, N., Byers, E.S. y Sierra, J.C. (2013): "Positive and negative sexual cognitions:

Their relationship with sexual delire, sexual excitation/inhibition, and sexual satisfaction". Manuscrito sometido a publicación.

- Nicolosi, A., Laumann, E.O., Glasser, D.B., Moreira, E.D., Paik, A. y Gingell, C. (2004): "Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors". *Urology*, 64: 991-997.
- Ortega, V., Ojeda, P., Sutil, F. y Sierra, J.C. (2005): "Culpabilidad sexual en adolescentes: estudio de algunos factores relacionado". *Anales de Psicología*, 21: 268-275.
- Porst, 13., Montorsi, F., Rosen, R.C., Gaynor, L., Grupe, S. y Alexander, J. (2007): "The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: Prevalence, comorbidities, and professional help-seeking". *European Urology*, 51: 816-824.
- Rowland, D., Perelman, M., Althof, S., Barada, J., McCullough, A., Bull, S., Jamieson, C. y Ho, K.F. (2004): "Self-reported premature ejaculation and aspects of sexual functioning and satisfaction". *Journal of Sexual Medicine*, 1: 225 - 232.
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2010a): "El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10: 553-577.
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2010b): "Hurlbert Index of Sexual Assertiveness: A study of psychometric properties in a Spanish sample". *Psychological Reports*, 107: 39-57.
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2012): "Sexual victimization among Spanish college women and risk factors for sexual revictimization". *Journal of Personal Violence*, 27: 3468-3485.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J.C. y Vallejo-Medina, P. (2013): "Predictors of sexual assertiveness: The role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse". *Archives of Sexual Behavior*, 42: 1043-1052.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J.C. y Vallejo-Medina, P. (2013): "Propiedades psicométricas del Index of Spouse Abuse en una muestra de varones españoles". *Terapia Psicológica*, 31: 209-217.
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Gutiérrez-Quintanilla, J.R. (2008): "Encuesta de Opinión Sexual: fiabilidad, validez y datos normativos de una versión reducida en muestras salvadoreñas". *Revista Mexicana de Psicología*, 25: 139-150.
- Sierra, J.C., Vallejo-Medina, P. y Santos-Iglesias, P. (2011): "Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS)". *Anales de*

Psicología, 27: 17-26.

- Sierra, J.C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P. y Lameiras Fernández, M. (2012): "Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española". *Atención Primaria*, 44: 516-524.
- Sierra, J.C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P., Moyano, N., Granados, R. y Sánchez-Fuentes, M.M. (2014): "Funcionamiento sexual en personas mayores: influencia de la edad y de factores psicosexuales". *Revista internacional de Andrología*.
- Spector, I.P. y Carey, M.P. (1990): "Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature". *Archives of Sexual Behavior*, 19: 389-408.
- West, S.L., D'Aloisio, A.A., Agans, R.P., Kalsbeek, W.D., Borisov, N.N. y Thorp, J.M. (2008): "Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women". *Archives of International Medicine*, 168: 1441-1449.
- Zubeidat, L, Ortega, V. y Sierra, J.C. (2004): "Evaluación de algunos factores determinantes del deseo sexual: estado emocional, actitudes sexuales y fantasías sexuales". *Análisis y Modificación de Conducta*, 129: 105-128.

Índice

Prólogo	19
1. Introducción	22
1.1. Uso de los autoinformes en los ámbitos de intervención e investigación	26
1.2. Problemas y limitaciones	27
1.2.3. Dificultad al estimar la respuesta	28
1.3. Clasificación de los autoinformes en Sexología Clínica	29
2. Autoinformes para evaluar conocimientos y actitudes sexuales	30
2.2. Escala de Evaluación de Conocimientos y Actitudes Sexuales (ECAS)	35
2.2.2. Propiedades psicométricas	36
2.2.3. Referencias	37
2.3.1. Descripción	38
2.3.2. Propiedades psicométricas	39
2.3.3. Referencias	40
2.4. Batería Exploratoria de Sexualidad (BES-111. Actitudes)	41
2.4.2. Propiedades psicométricas	42
2.5. Encuesta de Opinión Sexual (Sexual Opinion Survey, SOS)	43
2.5.2. Propiedades psicométricas	44
2.5.3. Referencias	45
2.6. Inventario de Culpabilidad Sexual de Mosher Revisado (Revised Mosher Sex Guilt Inventory, R-MSG)	46
2.6.1. Descripción	47
2.6.2. Propiedades psicométricas	48
2.6.3. Referencias	49
2.7.1. Descripción	50
2.7.2. Propiedades psicométricas	51
2.7.3. Referencias	52

2.8. Índice Hurlbert de Fantasías Sexuales (Hurlbert Index of Sexual Fantasy, HISF)	53
2.8.1. Descripción	54
2.8.2. Propiedades psicométricas	55
2.8.3. Referencias	56
2.9. Escala de Actitudes hacia la Sexualidad en la Vejez (Aging Sexual and Attitudes Scale, ASAS)	56
2.9.2. Propiedades psicométricas	57
2.9.3. Referencias	58
2.10. Escala de Doble Moral (Double Standard Scale, DSS)	59
2.10.2. Propiedades psicométricas	60
2.10.3. Referencias	61
2.11. Escala de Actitud Favorable hacia la Violación (Rape Supportive Attitude Scale, RSAS)	62
2.11.1. Descripción	63
2.11.3. Referencias	64
2.12. Aceptación de Mitos Modernos hacia la Agresión Sexual (Acceptance of Modern Myths about Sexual	65
2.12.1. Descripción	66
2.12.2. Propiedades psicométricas	67
2.12.3. Referencias	68
2.13. Escala de Homofobia Moderna (Modern Homophobia Scale, MHS)	69
2.13.2. Propiedades psicométricas	70
2.13.3. Referencias	71
3. Autoinformes para evaluar el funcionamiento sexual	72
3.1.1. Prevalencia de las disfunciones sexuales	75
3.1.2. Variables biosociopsicosexuales relacionadas con el funcionamiento sexual	77
3.1.3. Tipos de autoinformes para evaluar el funcionamiento sexual	78

3.2. Funcionamiento Sexual Global (Global Sexual Functioning, GSF)

83