



TESIS DOCTORAL

2022

A large, faint watermark of the UNED seal is centered in the background. It features a circular border with the Latin motto 'MOBILIBVS' at the top and 'SAPIENTIA' at the bottom. In the center is a complex emblem with a star and other heraldic symbols.

**ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN
INSTRUMENTO DE MEDIDA DE SALUD
SEXUAL EN POBLACIÓN ADULTA:
CUESTIONARIO PARA LA
ESTIMACIÓN DE LA SALUD SEXUAL (CESS)**

Pilar Carrillo Romero

Programa de Doctorado en Psicología y Salud

Directores: Dr. Andrés López de la Llave Rodríguez

Dra. M.^a Carmen Pérez-Llantada Rueda

AGRADECIMIENTOS

Parece que no iba a llegar nunca, pero sí, aquí está, me cuesta creerlo. El momento esperado de una doctoranda, en este caso. La materialización del esfuerzo en estas páginas tan trabajadas ha llegado. Momento que no hubiera sido posible sin la ayuda y el apoyo de tantas personas que han caminado junto a mí.

Gracias al Departamento Metodología y Ciencias del Comportamiento de la UNED y en especial a la Dra. Araceli Macía Antón y al Dr. Francisco Holgado Tello por su asesoramiento en temas estadísticos y metodológicos y por su apoyo.

Gracias al Programa Modular de Formación en Salud Sexual de la UNED del que se me dio la oportunidad de formar parte de él. Mi más sincera y especial gratitud y amor a la Dra. María Pérez Conchillo por esos viajes en coche donde tanto he aprendido de ella como profesional y como ser humano, de toda su sabiduría y saber estar, de su generosidad... gracias por confiar en mí. Gracias también especiales, dentro de este equipo, al Dr Felipe Hurtado Murillo por tanto que me has enseñado con experiencia profesional y cercanía.

Gracias por el trabajo culminado, porque esta tesis vea la luz, a mis verdaderos guías en este largo camino: a mis directores de tesis, la Dra. M Carmen Pérez-Llantada Rueda y el Dr. Andrés López de la Llave Rodríguez. MIS PADRES ACADÉMICOS, mis compañeros, mis amigos, mi luz infinita, por su apoyo, generosidad, ilusión y esfuerzos sin límites ni condiciones. Tan altruistas, tan de verdad...gracias por el asesoramiento, la profesionalidad, por la paciencia tan grande que hay detrás y por motivarme tanto en los momentos más delicados.

Gracias Andrés por hacerme partícipe de tu entusiasmo en el campo de la salud sexual y que ya da tanto sentido a mi vida profesional. Hubiera sido otra sin ti. Me considero una privilegiada. Gracias por apostar por mí y por ser mi maestro.

Gracias Mari Carmen por enseñarme, con tu practicidad y sentido común, a ser paciente y positiva, eres una mujer sabia, y con una educación exquisita Te admiro profundamente.

Pero sobre todo gracias a los dos, por enseñarme, no solo a nivel académico sino también humano, gracias por hacerme creer de nuevo, que existen buenas personas a través de vuestra bondad.

Gracias a María José, Cristina, Pilar, Sonia y todas las personas que me habéis apoyado durante estos años. Gracias a mis hermanos Jose, Angélica y Pipo, por cuidarme.

Gracias a mis tres ángeles, cada uno a su manera, cada uno en su campo... me han dado un soplo de vida e impulso para seguir.

Gracias a mis hijos, con ese amor absoluto hacia su mami, por entenderme, por cuidarme, por esperar vuestros tiempos para ir a jugar, para que pudiera terminar “eso tan importante” que era para mí. Gracias por darle sentido a mi vida cada segundo de ella, por ser tan buenos y alegres, por valorar el esfuerzo y la constancia y aplicarla también para vuestras vidas y estudios. Sois mi ejemplo para seguir.

Gracias sin duda a mis padres, incondicionales en amor, cuidados, comprensión y respeto. Gracias por quererme tanto, sin condiciones y sin juzgarme, con esa discreción que os caracteriza. A mí me llamasteis Pilar, pero el Pilar sois vosotros, mi base, mi vínculo a la vida, mi propia vida. Siempre a mi lado, siempre con ilusión, siempre apoyándome y queriéndome. Amor infinito para vosotros.

A Lara, Milo y Leni, la luz de mis ojos. Oceanos de AMOR.

“Carpe viam et susceptum perfice múnus”

Empieza el camino y lleva a buen fin la obra aprendida...

(Virgilio, *Eneida*, 6, 629)

ÍNDICE

RESUMEN	1
PUBLICACIÓN PREVIA A ESTA TESIS	7
I - PARTE TEÓRICA	11
1.- Concepto De Salud	13
1.1.- Evolución histórica	14
1.2.- Comportamiento y salud	21
1.3.- La atención a la salud a lo largo de la historia.....	30
1.4.- La atención a la salud en el siglo XXI	37
1.5.- Los determinantes de la salud.....	38
1.6.- La promoción de la salud	45
2.- Salud sexual	59
2.1.- Visión de la sexualidad a lo largo del tiempo: nacimiento de la sexología	59
2.2.- Concepto de sexualidad	79
2.3.- Concepto de salud sexual.....	83
2.4.- Derechos sexuales	94
3.- Actuaciones para mejorar la salud sexual	99
3.1.- Problemas sexuales y bienestar sexual	99
3.2.- Las actitudes sexuales y su influencia en el estado de salud sexual.....	100
3.3.- Intervención para el mantenimiento y la mejora de la salud sexual con personas sanas	103
3.3.2.- La promoción de la salud sexual	111
3.4.3.- La educación para la salud sexual	112
4.- La medida del estado de salud sexual: Una breve revisión	123
5.- Construcción de instrumentos de medida en Psicología	133
5.1.- Introducción	133
5.2.- Situación de los instrumentos de medida en el ámbito de la psicología de la salud sexual: instrumentos que miden actitudes sexuales	143

II - OBJETIVOS	153
III - PARTE EMPÍRICA	157
6.- Primer estudio: Elaboración de un instrumento para la evaluación del estado de Salud sexual (CESS).	159
6.1.- Introducción	159
6.2.- Objetivos e hipótesis	162
6.3.- Método	162
6.3.1.- Participantes	162
6.3.2.- Instrumento	163
6.3.3.- Procedimiento	163
6.3.4.- Análisis de los datos	164
6.4.- Resultados	165
6.4.1. – Análisis factorial exploratorio	165
6.4.2.- Análisis factorial confirmatorio	175
6.5.- Discusión y conclusiones	182
7.- Estudio segundo. Comparación de dos formatos de respuesta en un instrumento para la medida de la salud sexual	189
7.1.- Introducción	189
7.2.- Método	197
7.2.1.- Participantes	197
7.2.2.- Instrumento	198
7.2.3.- Procedimiento	198
7.2.4.- Análisis estadísticos	200
7.3.- Resultados	201
7.4.- Conclusiones y discusión	206
8.- Tercer estudio: Salud sexual y actitudes	211
8.1.- Introducción	211
8.2.- Método	216
8.2.1.- Participantes	216
8.2.2.- Instrumentos de medida	219
8.2.3.- Procedimiento	220
8.3.- Análisis de datos	221
8.4.- Resultados	222
8.5.- Discusión y conclusiones	232
IV- DISCUSIÓN GENERAL	237

REFERENCIAS.....	245
ANEXOS.....	269
1.-Evolución histórica de la atención a la salud desde los diversos contextos en que esta se ha producido.....	271
2.-Listado de ítems que componían el cuestionario utilizado en el estudio primero.....	285
3.-Listado de ítems que componían el cuestionario utilizado en el estudio segundo.....	289
4.-Listado de ítems que componían el cuestionario utilizado en el estudio tercero.....	293
5.-Publicación previa a la tesis: Actitudes sexuales en personas con altas capacidades intelectuales.....	297

RESUMEN

Hoy se considera que los estilos de comportamiento y los hábitos de vida representan uno de los elementos fundamentales para explicar el nivel de salud de individuos y comunidades. Esta consideración de la salud como resultado de la propia conducta, así como la visión de la salud como variable dimensional, han favorecido la aparición del concepto de promoción de la salud, que ha supuesto un cambio fundamental en las labores que los sanitarios deben realizar.

La salud sexual está recibiendo cada vez más atención, por parte de los profesionales en el ámbito de la salud pública y los prestadores de servicios de salud, debido a su contribución a la salud y el bienestar en general tanto en adultos como en adolescentes. El interés mundial en la salud sexual se debe en parte a la preocupación por el hecho de que las prácticas sexuales de riesgo se asocian con una enorme carga de morbilidad mundial. Algunas de estas acciones toman la forma de programas de promoción de la salud que buscan modificar y adecuar las actitudes y los hábitos de las personas. La evaluación de la eficiencia de estas inversiones resulta fundamental para justificar social y políticamente estos gastos sanitarios.

Es por ello por lo que cada vez se hace más necesario disponer de instrumentos de medida en el ámbito de la salud que se puedan utilizar para la evaluación de estas acciones.

Para garantizar la calidad y utilidad de estos instrumentos de medida es imprescindible que los instrumentos sean sometidos a un proceso de estudio psicométrico en aras a su validación científica, para que los instrumentos cuenten con unos estrictos estándares de calidad y así maximizar la validez de las inferencias hechas a partir de los resultados obtenidos con ellos (Muñiz y Fonseca, 2019).

El principal objetivo en esta tesis es la construcción de un instrumento para estimar el nivel de salud sexual de las personas, que resulte sencillo en su aplicación, válido y fiable. Este objetivo se ha tratado de alcanzar mediante el desarrollo de tres experiencias empíricas: la creación y validación de un instrumento para la medida de la salud sexual de las personas (el cuestionario para la estimación de la salud sexual - CESS), la comparación de dos formatos de respuesta al instrumento creado y un estudio para la validación del cuestionario CESS mediante el estudio de su relación con las actitudes sexuales consideradas positivas, favorecedoras de buenos niveles de salud sexual, que se midieron mediante el ATSS.

En el primer estudio participaron 2.103 personas con una edad media de 35,14 años (DT= 11.27) que respondieron a un cuestionario a través de internet. Se realizaron un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Los resultados obtenidos en el AFC confirmaron la estructura de 4 factores propuesta por el AFE. Estos factores fueron: Disfrute sexual, Respeto y flexibilidad sexuales, Conciencia de la determinación social de la sexualidad humana y Conductas preventivas y de autocuidados en relación con la sexualidad. En cuanto a la consistencia interna, los resultados mostraron buenos índices de Fiabilidad por parte del test.

En el segundo estudio se compararon dos formatos de respuesta al Cuestionario para la Estimación del Estado de Salud Sexual (CESS). Para ello se presentaron dos formas del mismo cuestionario, una de ellas con 6 opciones de respuesta (0 a 5) y la otra con 11 opciones de respuesta (0 a 10), a las 506 personas (divididas en dos grupos) que participaron. Uno de los criterios utilizados para lograr la equivalencia entre el Grupo Control y el Grupo Experimental era no haber solicitado atención por problemas en la esfera sexual. Para obtener resultados comparables, se

transformaron los valores directos, que cada sujeto había obtenido en el CESS, en sus porcentajes, de forma que fueran comparables los resultados obtenidos por participantes que hubieran respondido una u otra forma del cuestionario CESS. Se calculó la fiabilidad de ambas formas de la escala encontrándose que era más alta la correspondiente al grupo experimental. Finalmente, se calculó y comparó la sensibilidad y la especificidad del instrumento según el formato de respuesta, con 6 puntos de anclaje (0-5) y con 11 puntos de anclaje (0-10) tomando como criterio externo aquellos sujetos de la muestra que habían recibido algún tipo de formación en salud sexual y aquellos sujetos de la muestra que no habían recibido ningún tipo de formación en salud sexual reglada. Resultó más sensible la escala con once puntos de anclaje. En lo relativo a la sensibilidad y especificidad de la prueba, los resultados de este estudio mostraron una sensibilidad más alta (del 77% frente al 57%) en la muestra que respondió a la forma E (Experimental) del cuestionario CESS (11 puntos de anclaje) de forma congruente con los estudios previos (por ejemplo, Bisquerra y Pérez, 2015; Matas, 2018; Lozano et al., 2008).

El tercer estudio tuvo como objetivo principal la validación del CESS. Considerando la relación entre las actitudes sexuales positivas con altos niveles de bienestar, se esperaba una relación positiva entre el CEES y un cuestionario de Actitudes Sexuales (ATSS). En este estudio participaron 234 personas, de las que el 58,3% fueron mujeres y el 42% hombres. Los resultados mostraron una correlación estadísticamente significativa entre el CESS y el ATSS ($r=0,350$) lo que parece indicar la validez del CEES.

De manera general podemos afirmar que el cuestionario CESS recoge los indicadores necesarios para estimar el nivel de la salud sexual y que disponer de un instrumento como el CESS puede ser un impulso para favorecer que se implanten programas de promoción de la salud sexual, ya que la utilización del este instrumento permite ofrecer a los promotores resultados evaluables. También, consideramos que el cuestionario CEES puede tener utilidad en la práctica clínica ya que permite la evaluación de la salud sexual de personas que acudan a consulta con problemas en el

área de la sexualidad. Además, cuando se habla de los principales usos o aplicaciones de los indicadores de salud, se puede destacar como el cuestionario CESS puede ser de gran utilidad en cuestiones como la evaluación (o diagnóstico) de necesidades, en la monitorización y evaluación de los programas de promoción de la salud sexual que se implanten, así como también como instrumento en investigaciones sobre los niveles de salud sexual de comunidades...

PUBLICACIÓN PREVIA A ESTA TESIS

Carrillo-Romero, M. P., de la Llave, A. L., Sánchez, E., y Pérez-Llantada, M. C. (2020).
Actitudes Sexuales en personas con Altas Capacidades Intelectuales (ACI).
Acción Psicológica, 17(2), 1-12.*

Resumen

El objetivo principal de este estudio exploratorio fue examinar las diferencias en actitudes sexuales entre personas adultas con Altas Capacidades Intelectuales (ACI) y otros participantes pertenecientes a la Población General, en cuanto a su dotación Intelectual (PGI). La muestra estuvo compuesta por 126 personas (80 personas PGI y 46 ACI). Se administró a los participantes la escala ATSS (2005). Tanto los participantes, de la muestra PGI como los de ACI, mostraron actitudes tendentes al conservadurismo. Las comparaciones llevadas a cabo, considerando a todos los participantes (PGI y ACI), atendiendo a la edad o al Sexo mostraron que: (a) las personas más mayores informaron actitudes más liberales que los más jóvenes, quienes mostraron actitudes más conservadoras, y (b) los hombres obtuvieron valores más altos en erotofilia (una actitud más liberal) que las mujeres excepto en lo referente al tema del aborto, en el que ellas resultaron más liberales. Las comparaciones entre PGI y ACI mostraron diferencias estadísticamente significativas en el Factor que se refiere a la pornografía, resultando más conservadoras en este asunto las personas ACI.

Palabras clave: Actitudes; sexualidad; altas capacidades.

*En el anexo 5 se presenta una copia de este trabajo

I - PARTE TEÓRICA

1.- CONCEPTO DE SALUD

Desde la perspectiva de las ciencias positivas que basan sus afirmaciones en la observación y el conocimiento de la realidad utilizando métodos empíricos, la medida de cualquier variable requiere una definición operativa. Es por ello por lo que en primer lugar vamos a referirnos en este primer apartado a las definiciones de los conceptos de salud y en un punto posterior a la definición de salud sexual. De esta forma dispondremos de un punto de partida que nos permitirá abordar la estimación de los valores de los niveles de salud sexual.

Este propósito no es nuevo, no puede considerarse una idea completamente novedosa, sino que a lo largo de la historia ya se ha venido tratando de acotar los contenidos que componen el constructo salud. Así, desde que la atención a la salud se ha basado en los conocimientos surgidos de la metodología científica, son diversas las disciplinas que se han planteado el objetivo de lograr una definición operativa del concepto salud. Por ejemplo, la Epidemiología y la Salud Comunitaria tradicionalmente abordan este asunto (Terris, 1980 y Costa y López, 1986). Más recientemente otras perspectivas surgidas en el contexto de las profesiones sanitarias, han ahondado y afinado la forma de aprehender el concepto de salud. Entre estas últimas podemos citar las perspectivas de Salud Comunitaria, Promoción de la Salud y Educación para la Salud (López de la Llave y Hurtado, 2012 y Cardona, 2016).

1.1.- Evolución histórica

Es difícil encontrar una postura unívoca, que nos acerque a una definición operativa del concepto de salud, que sea aceptada de manera unánime por las distintas disciplinas que abordan esta cuestión.

Con el propósito de encontrar una definición lo más precisa y completa posible, en primer lugar, hemos llevado a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica en algunas de las bases de datos en línea más utilizadas hoy en día. Entre estas fuentes, nuestra consulta se ha llevado a cabo en las siguientes: Psycinfo, Dialnet, Psicodoc, Pysarticle, PubMed, Ebsco (incluyendo: Academic Search Complete, ERIC, Fuente Académica, Masters FILE premier, MedicLatina, Medline y Psychology and Behavioral Sciences Collection), Science Direct. Con el fin de obtener información actualizada, la búsqueda se limitó a los últimos 15 años. Nuestra búsqueda se llevó a cabo introduciendo como palabras clave las siguientes: “salud” y “evolución histórica”.

Se encontraron un total de 15.089 artículos. En función de su nivel de accesibilidad (resumen o artículo completo), definiciones específicas y centradas exclusivamente en el concepto de salud, se seleccionaron 66 de estos artículos que reunían los criterios señalados. De ellos, 32 artículos se referían a la salud desde la concepción del binomio enfermedad- prevención; 21 artículos relacionaban salud con conceptos como el bienestar y la calidad de vida; y los más recientes, un total de 13, hablan de la salud como un constructo que viene determinado fundamentalmente por la responsabilidad del individuo, de la sociedad y de las políticas. En la tabla 1.1 se presenta un breve resumen de esta revisión.

Tabla 1.1
RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE LA REVISIÓN SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD

AUTOR, AÑO	TITULO	REVISTA/EDITORIAL	PALABRAS CLAVE	COMENTARIOS PROPIOS
Arango, 2007	Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social del derecho	Revista hacia la promoción de la salud, 12,63-68	Salud, concepto histórico, derecho	Artículo que realiza un recorrido histórico de los diferentes conceptos de salud.
Ávila, 2009	Hacia una nueva Salud Pública. Determinantes de la Salud.	Acta médica costarricense, 51 (2). 71-73	Evolución del concepto, salud, determinantes	Analiza los distintos determinantes de la salud, según modelos explicativos de diversos autores.
Fernández et al., 2010	Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento, CIF	Revista española de Salud Pública 84, 169-184	Salud, funcionamiento.	hace alusión a la capacidad de funcionamiento y a los comportamientos de las personas
Juárez, 2011	El concepto de salud. Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud.	International Journal of Psychological Research	Salud, bienestar, psicología positiva.	Se hace un recorrido desde el concepto de salud "negativa", hasta los modelos de salud "positiva".
Gavidia y Talavera, 2012	La construcción del concepto de salud	Didáctica de las ciencias experimentales y sociales nº26 (2012)	Salud, época, sociedad	El artículo realiza un recorrido de las distintas definiciones que se ha descrito acerca del concepto de salud en diferentes momentos históricos.
López de la Llave y Hurtado, 2013	Salud Sexual	Revista española de sexología 2020	Salud, sexualidad, diversidad, terapia	Se trata de un manual para la formación de profesionales en sexología

Idrovo y Casado, 2014	Asumiendo el concepto de Salud	Salud UIS, 36 (3)	Salud, OMS	Analiza y argumenta la dificultad para definir el concepto de salud desde la dada por la OMS, 1946 hasta las basadas en términos como adaptación y autogestión.
Gómez, 2015	Barreras para el comportamiento saludable desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud-enfermedad	Revista Científica de Ciencias de la Salud, 7 (1).64-71	Salud, enfermedad	Análisis crítico al planteamiento epidemiológico clásico dominante que explica la salud-enfermedad desde la genética.
Cardona, 2016	Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica	Archivos de Medicina (Manizales), 16(1), 183-191.	Epidemiología, salud comunitaria, prevención	Describe las particularidades del concepto de salud - enfermedad, según los postulados de los determinantes de sociales en salud.
Santoro, Lamelas, 2016	La salud pública en el continuo salud-enfermedad: un análisis desde la mirada profesional.	Revista de Salud Pública 18 (4-) 530-542	Salud, concepto, delimitación.	Explora los componentes que los profesionales de la salud utilizan para construir y delimitar el concepto de salud.
OMS, 2017	La concepción de la salud	OMS, Ginebra	Salud, comunidad, prevención, fomento de la salud	Folleto divulgativo para agentes de salud comunitarios
Pimienta, 2019	Constructo conceptual y constitucional de la seguridad social en salud y derecho a la salud		Salud, derecho fundamental, políticas, tutela	Abordaje del concepto de salud y derecho de esta desde la dimensión jurídico-antropológica de la política pública en salud.

Estas diferentes tentativas para definir el concepto de salud se pueden agrupar en tres grandes bloques:

- a) aquel que utiliza conceptos que contraponen el estado de salud al de enfermedad, (Gavidia y Talavera, 2012)
- b) el que incluye el concepto de bienestar, (por ejemplo, la archiconocida definición de la OMS, 1946)
- c) el que hace alusión a la capacidad de funcionamiento y a los comportamientos de las personas (Fernández et al., 2010).

A continuación, vamos a referirnos a cada una de estas perspectivas.

a) Conceptos de salud como contraposición a la enfermedad

El concepto de salud desde una perspectiva “negativa” de la salud exclusivamente entendida ésta como la ausencia de enfermedad, es el más tradicional y el que viene ofreciéndose ya desde las más antiguas concepciones. Así, históricamente el concepto salud ha ido de la mano de la definición de enfermedad, haciéndose en muchos casos, muy difícil establecer límites entre ambos, ya que la frontera entre ambos estados es, con frecuencia, ambigua y sutil, como pueden ser las percepciones y creencias de los seres humanos (Guerrero y León, 2008).

Según esta conceptualización el binomio salud-enfermedad se presenta como un fenómeno dicotómico, cuyos anclajes serían un polo positivo y otro negativo: salud–enfermedad, equilibrio-desequilibrio, normalidad-anormalidad (o trastorno, alteración, desorden, caos, entre otros). De esta forma, el binomio salud-enfermedad, se presenta como una escala nominal dicotómica, cuyos valores son la salud en el polo positivo y la enfermedad en el negativo.

Este punto de vista está presente en numerosas aproximaciones sanitarias y terapéuticas y asume que una característica de la salud es la ausencia de enfermedad.

(Cardona, 2016). Otra característica presente en este enfoque es que la enfermedad tiene una causa natural (Boorse, 1975).

Para finalizar este punto, es necesario resaltar que estas ideas acerca de la salud han ido quedando relegadas, debido a que ofrecen una visión negativa, una definición por exclusión, por oposición, en la que no se concreta de forma objetiva y operativa la verdadera naturaleza de la salud.

b) Concepto de salud como bienestar

Este modo de conceptualizar la salud se inició con la definición de la OMS, formulada en 1946, que dice que la salud se puede definir como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Desde que se enunciara esta definición, muchos autores han venido mostrando sus discrepancias con ella, por considerarla utópica, estática y subjetiva. En concreto, Sanmartí (1985) señala que:

- a) Es utópica, porque el “completo” estado, de salud no es real ya que entre ambos extremos pueden existir infinitos grados intermedios y no resulta de utilidad hablar en términos absolutos. Por otro lado, el término “completo” se parece más a la expresión de un deseo que a una realidad alcanzable.
- b) Se considera una definición estática, porque no considera la salud como un proceso, como un fenómeno dinámico.
- c) Y finalmente se afirma que es subjetiva, porque tanto la idea de bienestar, como la de malestar, es subjetiva y depende de cada individuo en función de sus creencias, expectativas y actitudes. Así que una persona afirme que se encuentra bien resulta de un sentimiento difícilmente objetivable, cuantificable. El bienestar o malestar no son aspectos observables y medibles con una unidad de carácter unívoco.

Sin embargo, a pesar de los aspectos criticables de esta definición, es necesario destacar el hecho de que indica claramente las tres dimensiones de la salud (física, psíquica y social); esto ha supuesto una gran contribución, al dotar a la definición de una perspectiva más global, y al considerar a las personas como seres biopsicosociales. Es, sin duda, un concepto positivo, que no está centrado en la idea de enfermedad, sino en el bienestar del individuo.

c) Concepto de salud como capacidad de funcionamiento y como resultado de los comportamientos de las personas

En relación con la forma de conceptualizar y definir la salud, los cambios más relevantes han tenido lugar en la segunda mitad del siglo XX. Esta evolución ha significado, sin duda, un nuevo e importante paradigma ideológico en el campo de la salud. El estilo de vida óptimo relacionado con la salud, se inscribe en la definición de la salud en términos positivos, de bienestar y, al mismo tiempo, de capacidad de funcionar, desde una perspectiva integral, de la persona.

Ya en 1959, Dubos, en su teoría ecológica, fundamentaba la salud en el equilibrio hombre-medio ambiente. Consideró que el medio ambiente, tanto físico como social, se encuentra en continuo cambio. En este proceso dinámico, es el ser humano el principal motor de este cambio, por lo que también es, al mismo tiempo, la principal causa de problemas para la propia especie. Poseer la capacidad de adaptarse a las nuevas situaciones, que continuamente vamos creando, significa poder vivir, funcionar y desarrollarse en ellas, lo que es necesario para que se pueda llevar una vida sana, equilibrada y completa. Esta cuestión puede verse complementada recordando que es la propia conducta de los seres humanos la que determina las condiciones tanto del ambiente externo (véase el efecto invernadero y el calentamiento global) como de su propio estado físico (determinado en gran medida por los comportamientos de autocuidado, alimentación, ejercicio físico, habilidades sociales que favorezcan u adecuado nivel de apoyo social (Sanabria, 2007;

Giraldo et al., 2010). Más adelante se completan estas cuestiones con la exposición del informe Lalonde (1974).

Terris (1980) propuso definir la salud como “estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. De esta forma se incluyen dos aspectos que posee la salud-enfermedad:

- a) uno subjetivo, (sentirse bien o mal)
- b) otro objetivo y observable: la posibilidad de funcionar adecuadamente (en los planos físicos, psicológicos y social).

De esta manera, cuando las personas dicen estar en buena salud se refieren a un sentimiento resultado de la suma de “bienestar” (sentirse bien, no tener molestias ni sufrimientos) y “capacidad de funcionar” (poder trabajar, jugar o estudiar según la edad, relacionarse con sus semejantes, etc.). Estos elementos que componen la salud pueden darse en diversos niveles, lo que implica que pueda observarse una gradación, que permite atribuir diferentes valores al estado de nuestra salud. Se insiste en el concepto dinámico de la salud y en la dificultad de distinguir lo normal de lo patológico.

Estas tres conceptualizaciones (bienestar, contraposición a la enfermedad y como funcionamiento y resultado de los comportamientos), que podemos calificar como perspectivas clásicas, no agotan la visión que actualmente se tiene de este fenómeno. De esta manera, la construcción de los conceptos de salud y enfermedad ha continuado, y sin duda continuará, evolucionando. El pensamiento de que existe una sola causa en cada una de las enfermedades, y otros problemas de salud, y que la mayoría de ellas son producidas por agentes externos (por ejemplo, gérmenes), ha quedado relegado. Como se sabe, el reumatismo, la arterioesclerosis, los problemas cardiovasculares, el SIDA, los accidentes de tráfico, las enfermedades pulmonares, los tumores, la diabetes, etc. son las principales causas de sufrimiento y muerte en las sociedades avanzadas. En la mayor parte de ellas aparecen como sus determinantes,

factores que no son estrictamente biológicos sino psicológicos o conductuales. Esta concepción, en la línea de lo propuesto por Dubos (1959), sitúa a cada persona como protagonista de su propia salud, ya que la hace responsable de las acciones que pueden quebrar o mejorar su estado de salud.

1.2.- Comportamiento y salud

En 1980 Matarazzo introdujo el término de “salud conductual” con el fin de resaltar la importancia de la conducta de la persona en su propia salud. De esta forma se trata de estimular la responsabilidad individual hacia la adopción de ciertas conductas que fomenten bienestar, prevengan la enfermedad y mantengan la salud. La prevención de la enfermedad no puede basarse hoy únicamente en la investigación microbiológica tratando de aislar un determinado germen, sino en la identificación de las conductas que incrementan la frecuencia e intensidad de los factores de riesgo de contraer enfermedades. Los hábitos personales y el peculiar estilo de vida de cada uno constituyen el principal substrato, tanto de los factores de riesgo, como de los factores protectores frente a las enfermedades. En esta dimensión tienen especial importancia cuestiones como las siguientes:

- a) las actitudes de la persona frente a su salud.
- b) el modo en que considere que puede controlar su conducta.
- c) la capacidad de autocuidado.

a) las actitudes de la persona frente a su salud

Las actitudes se pueden definir como predisposiciones a responder de una manera determinada (con reacciones favorables o desfavorables hacia algo). No son disposiciones psicológicas innatas. Se van conformando a lo largo de la vida, pudiendo

producirse cambios en función de las diversas experiencias vitales de las personas (Martínez et al.,2011).

Las actitudes tienen una gran importancia en la regulación de la conducta humana, en lo que pensamos, sentimos y estamos inclinados a hacer. Esta importancia es tanto mayor, cuanto más sujeto esté a polémica social aquello a lo que se refiere la actitud y cuantos más implicados personalmente estemos en ello (López, 1999).

Por ejemplo, es evidente que nos sentimos poco inclinados a discutir el teorema de Pitágoras, porque nos parece incontrovertible y no nos sentimos personalmente implicados ante él, mientras nos es difícil dejar de intervenir con vehemencia en temas como los impuestos, la corrupción, la política o el coronavirus.

Las actitudes hacia la salud regulan nuestra conducta puesto que el contenido de ellas son nuestras opiniones y creencias, nuestros sentimientos y nuestras tendencias actuar de una u otra forma frente a los estímulos saludables. Esta influencia de las actitudes modula a la conducta personal y social.

Cuadro 1.1

ALGUNAS DEFINICIONES DE SALUD A LO LARGO DE LA HISTORIA

Pitágoras (582-497 a.C.) Pensaba que todo es número, todo es armonía: los hombres, los órganos y los miembros corporales. La armonía del todo y de sus partes es lo que genera en el hombre vida y salud; la desarmonía lleva a la enfermedad y a la muerte. (Vega, 2002).

Hipócrates (460 a.C.), postula una concepción racionalista y naturalista del proceso salud-enfermedad, alejada de la magia y supersticiones mítico-religiosas. La salud es lo máspreciado y sinónimo de belleza. Se basaba en la teoría de los humores, la salud se entendía como el equilibrio entre estos, si uno dominaba sobre los demás, entonces se producía la enfermedad. Su concepto de salud no sufrió cambios sustantivos hasta pasada la Edad Media. Hoy se considera que la teoría de los cuatro humores ejerció entre los médicos mayor influencia en la Edad Media que en la época antigua.

El concepto de salud, de la Edad Media al siglo XIX, no sufrió cambios sustantivos. Al desaparecer el Imperio Romano de occidente, médicos árabes, persas y judíos, resguardaron e impulsaron los conocimientos de la medicina griega durante la Edad Media.

A partir del siglo XII, cuando se conoció en occidente la literatura árabe, estas ideas influyeron en la concepción que se tenía de la salud y en el ejercicio de la Medicina. Los médicos árabes y judíos continuaron siendo líderes en la medicina occidental hasta la fundación de la Escuela médica de Salerno, que retomó la idea grecolatina de fomentar la salud mediante preceptos higiénicos, que divulgó en un manual de salud conocido como “Régimen Sanitatis Salernitanum”, publicado por primera vez en el siglo XIII.

Sigerist (1987) considera que “la historia de la higiene desde el siglo XIII al siglo XIX podría ser escrita con sólo discutir los hechos a las ediciones de este texto.” Cabe suponer que entre los médicos formados en ese lapso histórico permanecieron vigentes los conceptos hipocráticos de higiene, aunque se puede pensar que la opresión del régimen feudal, las epidemias recurrentes, las guerras, el hambre y otros infortunios, afectaron la salud. Todas estas calamidades contribuyeron a la expansión del cristianismo y con ello nació la firme creencia, que la salud, la enfermedad, el bienestar, la infelicidad y que todo lo concerniente al hombre es designio de Dios.

Entre 1453 y 1789, lapso en el que convencionalmente los historiadores identifican la Edad Moderna, el saber y el ejercicio de la medicina continuaron sustentados en las ideas de Hipócrates y Galeno. Sin embargo, en el umbral del Renacimiento, contagiado por los descubrimientos de nuevos continentes, por la revolución de las ideas y por el resurgimiento de las artes, **Aurolus Filippus, Teofrasto (1492-1541)** (Paracelso, 1994), intuyó otros horizontes en la medicina después de observar cierta analogía entre los procesos fisiológicos y patológicos con algunas reacciones químicas observadas en su rudimentario laboratorio alquimista. Se preguntaba si era posible explicar los mecanismos de las enfermedades en términos químicos. Así, poco a poco fue dando forma a una teoría en la que incorporó conceptos de la química: creía que en los órganos corporales se encontraban tres principios físicos: el combustible, el volátil y el incombustible. A estos principios les dio el nombre simbólico de azufre (porque arde), mercurio (porque echa humo) y sal (porque permanece en las cenizas). Supuso que estas sustancias eran los elementos químicos que integran el cuerpo humano, pero además supuso la existencia de un principio vital al que llamó "archaeous". Tres siglos después de que William Harvey (1578-1657) desarrollara las investigaciones que permitieron comprender la circulación de la sangre, en el siglo XIX Claudio Bernard introdujo la medicina al mundo de la ciencia. Entre las reflexiones acerca de la salud que documenta en su libro *Introducción al estudio de la Medicina experimental*, señala que la condición necesaria para la vida no se encuentra ni en el organismo ni en el ambiente externo, sino en ambos (Bernard, 1994). Si se suprime o altera alguna función del organismo, la vida cesa, aun cuando el ambiente permanezca intacto; por otro lado, si se modifican los factores del ambiente que se asocian con la vida, ésta puede desaparecer, aunque el organismo no haya sido alterado. Además, señala que en los seres vivos el ambiente interno es producto del funcionamiento del organismo, preserva la relación necesaria de intercambio y equilibrio con el ambiente externo.

En la postmodernidad son numerosos los autores que aluden al considerable peso del modelo cartesiano en el pensamiento de cultura actual, que en forma genérica se suele llamar "occidental" (Capra, 1992 y Berman, 1987). Dentro de este

paradigma en donde resalta el razonamiento basado en la evidencia y la separación sujeto-objeto, el método deductivo acerca al conocimiento sobre la base de la observación lógica y razonada. Este paradigma inevitablemente tiñe la aproximación a una definición de salud. Por otro lado, la contribución de **Bacon (1561-1626)**, quien se reveló contra la escolástica preconizando el método experimental como el camino que media entre la realidad y la reflexión, obviamente subyace en las numerosas y heterogéneas investigaciones que, a través de la inducción, son pilares de las ciencias de la salud. Por su parte (Comte,1984), a través del positivismo, trasciende en la investigación médica, la cual emerge de cualquier explicación metafísica; sus teorías se pliegan al paradigma empírico-analítico, donde la verdad por demás inobjetable depende de la posibilidad de ser reproducida (Guerrero y León, 2008).

El siglo XX. Tras la Segunda Guerra Mundial, la conceptualización de la salud dio un vuelco gracias a los enunciados de la Organización Mundial de la Salud. **La OMS en 1948** define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” Esta definición, si bien ha sufrido numerosas críticas, es aún hoy la más conocida globalmente por la comunidad sanitaria y la población en general.

Perkins (1938) define la salud como un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal, que resulta del ajuste dinámico del organismo ante las fuerzas que tienden a alterarlo

Dubos (1959) afirma que la salud es “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio”. Este autor entiende la salud como el equilibrio que existe entre el individuo y su entorno, de forma que cuando éste se altera o se rompe dicho equilibrio se produce la enfermedad.

Terris (1980) propone la salud como “estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Insiste en dos aspectos sobre el binomio la salud-enfermedad, uno

subjetivo, (sentirse bien o mal) y otro objetivo y observable: la posibilidad de funcionar.

Matarazzo en 1980, introduce el término de “salud conductual” con el fin de promocionar la importancia de la persona en su propia salud, estimulando la responsabilidad individual hacia la adopción de ciertas conductas que prevengan la enfermedad y mantengan la salud.

La Oficina Regional para Europa de la O.M.S. (1985) define la salud como: “la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente”. Se considera la salud como un recurso para la vida, pero no como el objeto de esta. Se abandona definitivamente la concepción de salud como un estado o situación y se da mayor importancia al desarrollo de todas las capacidades individuales de la persona.

Siglo XXI. López y Costa en 2008, consideran que la conducta de los individuos y el medio ambiente tienen una gran influencia en el estado de salud. Se comienza a hablar de estilo de vida para definir el conjunto de conductas que conforman el modo de vida, en el que intervienen factores como la dieta, el ejercicio físico, el posible consumo de drogas, etc. Se considera al individuo como el principal responsable de las consecuencias que tienen para su salud.

Gavidia y Talavera en 2012 realizan una valoración global del concepto de salud que se ha ido ofreciendo a lo largo de la historia, concluyendo que el individuo tiene la posibilidad de aumentar su nivel de salud adecuando su conducta para mantener un equilibrio interno, equilibrio con el entorno, intervenir en su propio entorno para que sea más saludable.

b) El modo en que considere que puede controlar su conducta

El control, entendido como el grado en el que la persona percibe que existe una relación funcional entre sus acciones y los eventos que siguen a tales acciones puede tener una gran influencia sobre el bienestar físico y emocional (Esquivias, 2015).

La importancia de la percepción de control sobre las acciones y el cumplimiento de metas y proyectos personales en el curso de la vida y su influencia en el bienestar y satisfacción ha sido estudiada por diversos autores. Así, por ejemplo, Wallston en 1992 hipotetizó que aquellas personas que creen que su salud depende, en primera instancia, de ellas mismas (“locus” de control interno), tendrán mejor salud que las que creen que las causas de las enfermedades son ajenas a la persona que las sufre (“locus” de control externo). Esto es debido a que el “locus” de control de la salud interno facilita que se mantengan los hábitos saludables y el cuidado activo de la salud.

Años más tarde (Castro e Izquierdo, 1994) reformularon esta hipótesis introduciendo el término de Competencia Personal Percibida como sustituto al concepto de “locus” de control interno. Los autores consideraban que tener una competencia personal percibida alta consiste en:

- 1º- Valorar la salud como un bien muy importante.
- 2º- Creer que los hábitos de uno pueden influir positivamente en la salud.
- 3º- Creer que se es capaz de realizar esas conductas saludables.

c) La capacidad de autocuidado.

Si hablamos de qué es lo que hace a un individuo estar más sano teniendo en cuenta su capacidad para cuidarse, un estudio del Condado de Alameda, (Kaplan 1987) apunta entre otros aspectos siete reglas:

-
- dormir 7-8 horas por la noche.
 - desayunar.
 - no picar entre comidas.
 - mantener un peso razonable.
 - no fumar.
 - beber alcohol moderadamente.
 - hacer a menudo actividad física.

Estas “reglas” ya fueron consideradas por los clásicos al referirse a seis cosas que si no se trataban con moderación podían causar enfermedades: sueño y vigilia, comida y bebida, trabajo y descanso, cuestiones del alma, el aire y el ambiente y las secreciones y excreciones. En cualquier caso, se apunta al papel que juegan determinados comportamientos y estilos de vida para conseguir salud.

Determinados comportamientos pueden ser factores protectores y fomentar el estado de salud, o actuar como factores de riesgo de mortalidad prematura, de morbilidad y de discapacidad funcional.

En una visión, más actual, sobre el concepto salud, además, se tiene en cuenta el desarrollo personal y social del individuo y se introduce el concepto de salud relacionándolo con el estilo de vida y la acción para modificar nuestro propio entorno.

Este concepto, más complejo que los anteriores, es expresado por la Oficina Regional para Europa de la OMS. (1984) diciendo: “La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente” Se considera la salud como un recurso para la vida. Se abandona definitivamente la concepción de salud como un estado o situación, más o menos utópica y abstracta y se da importancia al desarrollo de todas las capacidades individuales de la persona, que se consigue mediante un proceso permanente y continuo. La salud se entiende como un proceso diario, por la que podemos mejorar nuestra calidad de vida.

En la tabla 1.2 se presentan los conceptos de salud más destacados, en función del período histórico.

Tabla 1.2	
BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA EVOLUCIÓN Y DESARROLLO DEL CONCEPTO DE SALUD	
PERIODO	CONCEPTO DE SALUD
Egipto	Equilibrio de los elementos agua, tierra aire y fuego
Mesopotamia	Armonía entre hombres y dioses.
China	Armonía del Yin Yang para evitar enfermedades crónicas y agudas
India	Desequilibrio de fuerzas (viento, fuego, aire y tierra) traía enfermedad
Grecia	La naturaleza se guiaba por fuerzas que tenía un orden, el conocimiento de estas aplicadas al organismo permitía al hombre restituir la armonía. La enfermedad era origen divino
Antigua roma	La ausencia de salud se debía a castigos divinos y también a falta de higiene (se construyeron baños públicos y redes pluviales que contribuyeron a estos cuidados de aseo como cuidado para la salud)
Cultura precolombina	Mayas y Aztecas consideraban que la salud era un regalo otorgado por los dioses.
Edad media	Árabes, persas y judíos la salud se debía a higiene y castigo de dioses
Renacimiento	Para que el hombre recupere o conserve su salud, necesita un alquimista, contar con el favor de los astros y todo ello dirigido por Dios.
Edad moderna	Las condiciones para una vida sana no se encuentran en el organismo ni en el ambiente externo sino en ambos. Si se alteran las funciones de un organismo, la vida desaparece.

Edad contemporánea	<p>La enfermedad es cualquier factor que rompa con la interacción de dos sistemas, el medio interno del individuo y el externo.</p> <p>La salud se ve como el equilibrio armónico de todos los elementos que dan cohesión a la sociedad (Cannon,1941)</p> <p>La salud no es simplemente ausencia de enfermedad, es algo positivo y una aceptación de las responsabilidades que la vida le impone al individuo (Sigerist, 1987)</p> <p>Completo estado de bienestar físico, psicológico o social de un individuo (OMS,1945)</p>
--------------------	--

1.3.- La atención a la salud a lo largo de la historia

A través de las formas de atención que se ha dado a la lo largo de la historia de la salud, podemos aprehender de una manera más detallada el concepto de salud. Es por ello por lo que a continuación, se exponen las principales características y modelos habidos en la atención a los problemas de salud a lo largo de la historia. Los modelos que vamos a tratar en este apartado son los siguientes en los que seguimos lo señalado por Muñoz et al. (2016):

- a) Modelo mágico religioso de salud enfermedad.
- b) Modelo sanitarista.
- c) Modelo social.
- d) Modelo unicausal.
- e) Modelo Histórico Social.

a) Modelo mágico religioso de salud enfermedad

El modelo mágico religioso persiste en la actualidad y viene representado por chamanes y curanderos entre otros. Tiene sus inicios en las sociedades primitivas donde el período de vida en las personas era breve (Arredondo,1992). Era un modelo predominante en la Edad Media donde las principales causas de muerte tempranas eran las epidemias, traumatismos y desnutrición. La enfermedad se considera un castigo de los espíritus, un estado que pone a prueba la fe. Representa un castigo divino o una purificación. Este modelo impide el avance del conocimiento y la actitud pasiva del ser humano con respecto a su salud.

b) Modelo sanitarista

Se desarrolló especialmente en el contexto de la revolución industrial en Europa. La salud-enfermedad son consecuencia de la insalubridad que rodean al individuo, por lo que el componente ambiental es el determinante primario del proceso. Promueve la introducción de medidas de saneamiento ambiental. No contempla los factores sociales que determinan la prevalencia de condiciones de salubridad. Las principales causas de muerte eran las enfermedades infectocontagiosas, las enfermedades origen laboral y la desnutrición.

c) Modelo unicausal o biologicista

Este modelo se desarrolló en la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX. La enfermedad se genera en las condiciones de trabajo de las personas. En esta época, el hombre se halla dominado por la naturaleza, por lo tanto, la enfermedad es la respuesta a la presencia de agentes externos, siendo un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, reconociéndose una causa única y fundamental para la producción de la enfermedad. Surge así el modelo unicausal, que permite la investigación de medidas de control y

de fármacos que revolucionan el tratamiento individual del enfermo; pero no explica por qué el mismo agente no produce siempre enfermedad por lo que descifra de manera parcial las causas de la enfermedad sin aclarar el rol de otros factores como el social. El gran desarrollo de las fuerzas productivas, debido al advenimiento industrial y las necesidades surgidas en la conquista de nuevos territorios económicos (África, Asia y América Latina), hicieron que esta teoría unicausal se fortaleciera, lo cual se explica por el desarrollo tecnológico de las ciencias fisicoquímicas y naturales, producto del industrialismo que permitió el avance de la medicina y la sustitución progresiva de las explicaciones de carácter sobrenatural (Arredondo, 1992).

Los descubrimientos microbiológicos estimulados por las empresas de explotación en territorios tropicales impactaron decididamente en la reconceptualización de la causalidad, donde el parásito, la bacteria y el virus pasaron a ser las causas última y única de la enfermedad (Ramis, 2004). A pesar de los grandes descubrimientos en el campo de la salud, esta teoría unicausal pierde paulatinamente la capacidad de brindar una respuesta adecuada a las necesidades del sistema en el área de la salud, ya que el campo de los servicios, está constituido por complicados sistemas de atención apoyados sobre una costosa infraestructura técnica de diagnóstico y tratamiento y las inmensas inversiones en este tipo de atención a los problemas de salud solamente accesible a pequeños grupos de trabajadores tecnificados, lo cual se hace más notorio en los países subdesarrollados, donde una gran cantidad de la población continúa sin la protección de los servicios estatales.

d) Modelo multicausal

El modelo multicausal, aparece en la segunda mitad del siglo XX. En este período se produce una crisis del capitalismo, iniciada en la década de los 60 y caracterizada por un agudo déficit fiscal y la lucha popular o de los sectores más marginados que acaban contribuyendo a que el sistema económico y político tuviera que desarrollar un nuevo marco de interpretación del proceso salud enfermedad, el llamado modelo multicausal (Ramis, 2004; Vergara, 2007). Este modelo plantea que

ningún problema de salud responde a una causa única. El modelo sostiene que, para que se produzca un determinado problema, es necesario el concurso de diversos factores. Desde este punto de vista, la salud y la enfermedad dependen del equilibrio, o desequilibrio, ecológico entre tres factores: agente, huésped y ambiente, mejor conocido como la triada ecológica de Leavell y Clark (Vergara, 2007). El proceso salud-enfermedad o el estado de salud en las personas depende de la compleja interacción de los elementos de esta triada, del conjunto causal que resulta de múltiples influencias, características, variaciones o factores de cada uno de los tres elementos y de la reacción o respuesta del huésped a los estímulos patógenos derivados de dicha interacción multicausal. Siguiendo este razonamiento, la salud por contraste al modelo unicausal, resulta ser sinónimo de equilibrio entre el agente, huésped y ambiente (Arredondo, 1992). Aceptando la validez de este modelo multicausal, se pueden establecer dos momentos en el proceso de la enfermedad, el primero ocurre en el medio ambiente, antes de ser afectado el hombre, y el segundo, una vez que ha sido afectado. Ambos constituyen la “historia natural de la enfermedad”, concebida como la secuencia o curso de acontecimientos que ocurren en el organismo humano entre la acción secuencial de las causas componentes (etiología) hasta que se desarrolla la enfermedad y ocurre el desenlace (curación, paso a cronicidad o muerte). El conocimiento de la historia natural de la enfermedad permite conocer la causa o etiología de una enfermedad, los medios de prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de una enfermedad.

Toda esta concepción de la historia natural de la enfermedad ha sido evidentemente útil para el control de muchas enfermedades transmisibles y ha guiado a los profesionales de la salud durante décadas, sin embargo, hay que destacar que se fundamenta en una concepción biológica de la enfermedad, por lo que resulta limitada para explicar muchas de las patologías modernas crónico-degenerativas. Esto se debe a que en el modelo multicausal el aspecto social, es concebido como algo externo al hombre, como algo dado, y sólo como condicionante de las relaciones agente-huésped. El modelo multicausal desconoce la categoría social del hombre ya que lo considera un ser eminentemente biológico, lo que permite esconder diferencias de clases que existen entre los mismos. Se limita a abordar condiciones

biológicas de la fuerza de trabajo para que el hombre como fuerza de este se mantenga en el mercado. Separa artificialmente al sujeto social (factor hombre) y su producción (cultura ambiente) logrando esconder el origen social del hombre, haciéndolo aparecer como algo extraño, como un poder independiente del producto que pueda lesionarlo, sin que la propia organización del factor humano tenga que ver con el problema. Esta deformada interrelación permite proponer medidas correctivas (biológica-ecológica) y no busca transformaciones estructurales que atenten contra el equilibrio del sistema. Los factores agentes medio aparecen como elementos ahistóricos (Breilh, 1997).

Al modelo multicausal se le incorpora un elemento central de análisis como es la identificación de los factores de riesgo para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad, y surge así el método Epidemiológico clásico (Vergara, 2007). El modelo multicausal se generó en la segunda mitad del siglo XX (Mahon y Pugh, 1975). La limitación fundamental de este modelo es que lo biológico y lo social aparecen como factores indiferenciables. Los multicausalistas plantean que la investigación en salud persigue el propósito práctico de descubrir las relaciones que ofrezcan posibilidades para la prevención de la enfermedad, por lo que se dice que no buscan la verdadera causa del problema, las causas necesarias, sino dar una respuesta práctica cortando la cadena causal mediante la supresión o modificación de una de las variables intervinientes en la aparición del problema con el fin de lograr su disminución a niveles tolerables, sin tocar las causas estructurales que pueden desequilibrar el sistema (Breilh, 1997).

En los años 70 Susser (1972), como principal representante de la concepción ecológica, concibe a la salud-enfermedad como resultado de la interacción agente-huésped-ambiente, en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto. Este modelo, hace énfasis en la interdependencia del hombre y sus conexiones con el contexto biológico, físico, social e histórico. Su objetivo es el estudio de las relaciones múltiples, a través de los niveles de la estructura causal, tanto el nivel macro individual que está por encima del individuo (ambiente, dinámicas interpersonales, fuerzas sociales, raza,

etnia, política y economía) como el micro individual que está por debajo de él (sistemas orgánicos, células, genes, proteínas, átomos), que contribuyen a ampliar el entendimiento del proceso salud enfermedad. El modelo ecológico considera que estos niveles que componen el modelo aportan elementos causales y patogénicos diferentes al proceso salud-enfermedad y las relaciones de interacción recíproca que se producen entre ellos se convierten en un aporte valioso. El modelo ecológico hace un reconocimiento tanto de la multicausalidad de los problemas de salud como de la amplitud del concepto de salud sobre la enfermedad.

Las condiciones de salud, según Susser (1972), pueden ser la enfermedad, la dolencia o el padecimiento. La enfermedad es la presencia objetiva de un proceso de disfunción orgánica o psicológica en el individuo, la dolencia es la percepción subjetiva que provocan tales disfunciones, y el padecimiento, finalmente, es el papel que la sociedad otorga al individuo enfermo y que éste asume frente de la enfermedad.

La ausencia simultánea de las tres condiciones es el estado que pragmáticamente se llama "salud" (López et al., 2009). La extensión conceptual propuesta por Susser (1972), abre las puertas para la utilización de la epidemiología en casi todos los campos de la salud humana y, más recientemente, para su empleo prácticamente permanente en la evaluación de las acciones, servicios, programas y políticas de salud. Este desarrollo, ha conducido a la epidemiología a campos del saber en los que antes no era concebible su presencia, como la economía y las ciencias políticas, adquiriendo también una legítima proximidad a las ciencias sociales (López et al. 2009). Si bien es cierto que este modelo retoma el análisis de las mismas variables que incluye el modelo multicausal, también es cierto que su abordaje permite asignar un valor específico a cada factor involucrado en el proceso de estudio (Susser, 1972). Sin embargo, esta propuesta no explica la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad ya que carece de conceptos y métodos adecuados para abordar lo social, detracción semejante atribuida a los modelos anteriores. Para la misma década específicamente en 1978, a pesar de los esfuerzos de organismos internacionales tal como la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Atención Primaria en Salud (APS), concebida como una estrategia de transformación

del modelo asistencial, para poder asumir la problemática de salud enfermedad como expresión de las condiciones de vida de diferentes grupos de población y poder comprender las articulaciones entre estos y los procesos sociales más generales; y alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000”, se evidencia un rápido deterioro de la salud y de la calidad de vida especialmente de las poblaciones de América Latina, producto de la crisis económica y social, consecuencia de la deuda externa y de la aplicación de políticas erradas y comprometidas con intereses ajenos a los de dichas poblaciones, que conjuntamente con el reducido acceso a bienes de consumo, aún los más simples y necesarios (alimentación, vivienda, vestuario, educación y salud) (Castellanos, 1998), imposibilitan el alcance de la meta propuesta para el año 2000.

e) Modelo Histórico Social

En virtud de lo anteriormente expuesto, resulta evidente, que la concepción sobre la salud- enfermedad predominante desde mediados de la década de los setenta, entró en decadencia y cedió el paso a aquellos enfoques teóricos metodológicos que tuvieran en cuenta también los procesos sociales e históricos de la sociedad respecto a la salud de los individuos y grupos existentes. Es así como surge una concepción de la salud enfermedad diferente, como una interpretación más global de la condición social del ser humano, de su capacidad de producir y consumir, de su calidad de vida y de su salud o enfermedad.

Una noción donde la salud-enfermedad se considera en este modelo como un proceso histórico y dinámico que tiene en cuenta los aspectos sociales y los biológicos en la determinación de la salud de los grupos sociales. Por tanto, es necesario indicar que el proceso salud-enfermedad es un proceso social, abordado desde un nivel de mayor integridad hacia la búsqueda científica de las determinaciones que influyen en la vida social, para lo cual se recurre al estudio sistemático de los procesos estructurales de la sociedad, los perfiles de reproducción social, la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza

de trabajo y la producción del individuo que representan las variables fundamentales para el análisis de este enfoque.

Merece la pena destacar que a pesar del gran esfuerzo por abordar el proceso salud-enfermedad a través de una visión social, los resultados de salud a finales del siglo XX y principios del siglo XXI, no son alentadores; ya que las inversiones en las políticas públicas de salud y en la promoción del estado de bienestar responden al modelo económico imperante y no a las necesidades reales de las poblaciones. Es por ello por lo que “Los objetivos de desarrollo del milenio” que estaban marcados para cumplir en el año 2015, propuestos por la OMS (2000), para dar respuesta a la crisis de salud en Latinoamérica, y que representan compromisos para reducir la pobreza y el hambre y ocuparse de la mala salud, la inequidad entre los sexos, la enseñanza, la falta de acceso al agua limpia y la degradación del medio ambiente; no señalan en ningún momento la importancia esencial de que haya sistemas de salud eficaces para alcanzar todos los objetivos de salud, como tampoco lo hacen acerca de la salud reproductiva ni de las enfermedades no transmisibles (OMS, informe de la Secretaría (No. A65/14). Organización Mundial de la Salud,2012).

1.4.- La atención a la salud en el siglo XXI

Nos vamos a detener en definir las características esenciales que reúne la atención a la salud en el siglo XXI y que se pueden señalar desde el desarrollo que suponen dos grandes avances:

a) Por un lado, **los avances en farmacología** (por ejemplo, el desarrollo de vacunas para prevenir enfermedades infecciosas y el avance en genética, cirugía, pruebas diagnósticas y el uso de antibióticos para combatir enfermedades infecciosas).

b) Por otro lado, **los avances caracterizados por los cambios sociales**. En este sentido la relación entre el profesional de la salud y el usuario de sus

servicios cambia. Hay colaboración y comunicación entre ambos; además, el paciente/usuario adopta un papel activo, centrado en su autocuidado, Predomina el trato más individual y personal y la prevención comienza a jugar un gran papel en este sentido. Se desbanca por tanto el tradicional modelo hipocrático donde una persona obedecía al médico y este tomaba las decisiones que consideraba oportuno, cambia frente al comportamiento pasivo que ha solido tener en épocas anteriores. La medicina de este siglo cambia y se ve influida y marcada también por los aspectos sociales, económicos y políticos de la sociedad en la que se enmarca.

Los modelos de atención a la salud actuales comenzaron a gestarse ya en el pasado siglo XX de la mano de investigadores como los que presentamos en la tabla 1.3.

1.5.- Los determinantes de la salud

Lalonde (1974) propuso la idea de que la salud de un grupo o comunidad viene marcada por:

- la interacción de los hábitos de vida
- la biología
- el medioambiente
- la organización de los servicios sanitarios (atención a la salud) de los que se dotan las sociedades

A continuación, resumimos estos factores.

Los estilos de comportamiento y los hábitos de vida suponen uno de los elementos fundamentales para explicar el nivel de salud de individuos y comunidades. Se refiere a los comportamientos habituales y las decisiones que tomamos las personas con respecto a nuestra salud, sobre las que tenemos cierto grado de control. Se señala que los hábitos de vida condicionarán el binomio salud- enfermedad y que, por tanto,

un estilo de vida más sano contribuirá al aumento de calidad en la salud del individuo y de la población y que, por el contrario, a mayor número de conductas de riesgo relacionadas con la salud (por ejemplo, pocos cuidados en las relaciones sexuales, dieta insana, o inadecuada, consumo de drogas...) darán lugar a una disminución de calidad de vida y a una mayor vulnerabilidad a padecer enfermedades.

Tabla 1.3	
AUTORES QUE CONTRIBUYERON EN EL SIGLO XX Y XXI A LOS AVANCES DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD	
AUTOR	CONTRIBUCIÓN
Archibald Cochrane (8 de enero de 1885- 16 de abril de 1958)	Ayudó a definir el marco teórico que ha permitido incorporar la ciencia a la atención a la salud. Su papel, al insistir en la necesidad de integrar la evidencia científica y conjuntarla con la experiencia clínica, constituyó un elemento fundamental y decisivo en el desarrollo de una nueva disciplina, la Medicina Basada en Evidencia.
Alvan Feinstein (4 de diciembre de 1925- 25 de octubre de 2001).	Fue un clínico, investigador y epidemiólogo estadounidense que tuvo un impacto significativo en la investigación clínica, especialmente en el campo de la epidemiología clínica. Se le considera uno de los padres de la epidemiología clínica moderna. (Feinstein y Horwitz, 1997).
David Sackett (Chicago, Illinois, 17 de noviembre de 1934- 13 de mayo de 2015)	David Sackett es reconocido como el padre de la medicina basada en la evidencia. La medicina basada en la evidencia se define como la integración de la mejor evidencia de investigación con la experiencia clínica. Aunque muchos de sus esfuerzos se centraron en el diseño, la realización, la presentación de informes y la interpretación de ensayos clínicos aleatorios, hizo contribuciones igualmente importantes a muchas otras áreas de la práctica clínica y la educación. (Stratford, Craik y Riddle, 2015).

Los factores dependientes de la biología representan otro de los señalados como los principales determinantes de los niveles de salud. La influencia de la biología humana en distintos procesos es innegable, y se hace patente en numerosos procesos de morbilidad y en las tasas de mortalidad. Por ejemplo, el estado del sistema inmune puede influir en el proceso de salud. Muchas personas pueden estar expuestas al virus de la gripe y no padecer la enfermedad por tener un sistema inmune fortalecido, o, al contrario, tener un sistema inmune debilitado y que el virus encuentre un huésped especialmente vulnerable.

Otro de los factores que se relacionan con la salud es el medio ambiente. Este apartado incluiría todos aquellos factores externos al cuerpo humano y sobre los que la persona tiene escaso control (contaminación química como metales pesados, de las aguas y del aire, ruido, campos electromagnéticos, contaminación ambiental, etc., así como también factores psicosociales y socioculturales nocivos como pueden ser, estrés, condiciones laborales y de vivienda). La acción de todos ellos es la causa de un gran número de patologías, por el contrario, el éxito en su control favorecería la evitación de tales efectos y se produciría una relación directa con mejores niveles de salud. Según múltiples autores, parece ser que este es el determinante que mayor influencia ejerce sobre la salud (Lalonde, 1974).

Finalmente, la organización de los servicios de salud, es decir, la cantidad, la calidad, la accesibilidad... de los recursos mediante los que se prestan la atención de salud. En este determinante social se incluyen los medios de que se dispone para la atención sanitaria, es decir, desde los recursos humanos, los medios económicos y materiales, las tecnologías, la medicina, la enfermería, los hospitales, los medicamentos, hasta los servicios públicos comunitarios de atención de la salud y en general, en definitiva, todos los servicios sanitarios. Viene condicionado por variables tales como accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, buena praxis, y calidad.

Más recientemente las OMS ha formulado un modelo que representa los factores, específicamente sociales, que subyacen a los niveles de salud. En la figura 1.1

se presenta un esquema de este modelo. El conjunto de determinantes estructurales y/o sociales: se refiere a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural" centra la atención en la jerarquía causal de los determinantes sociales y en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. Son aquellos que tienen que ver con: posición social, género, raza y grupo étnico, acceso a la educación y al empleo. (Gutiérrez y Rubalcaba, 2020).

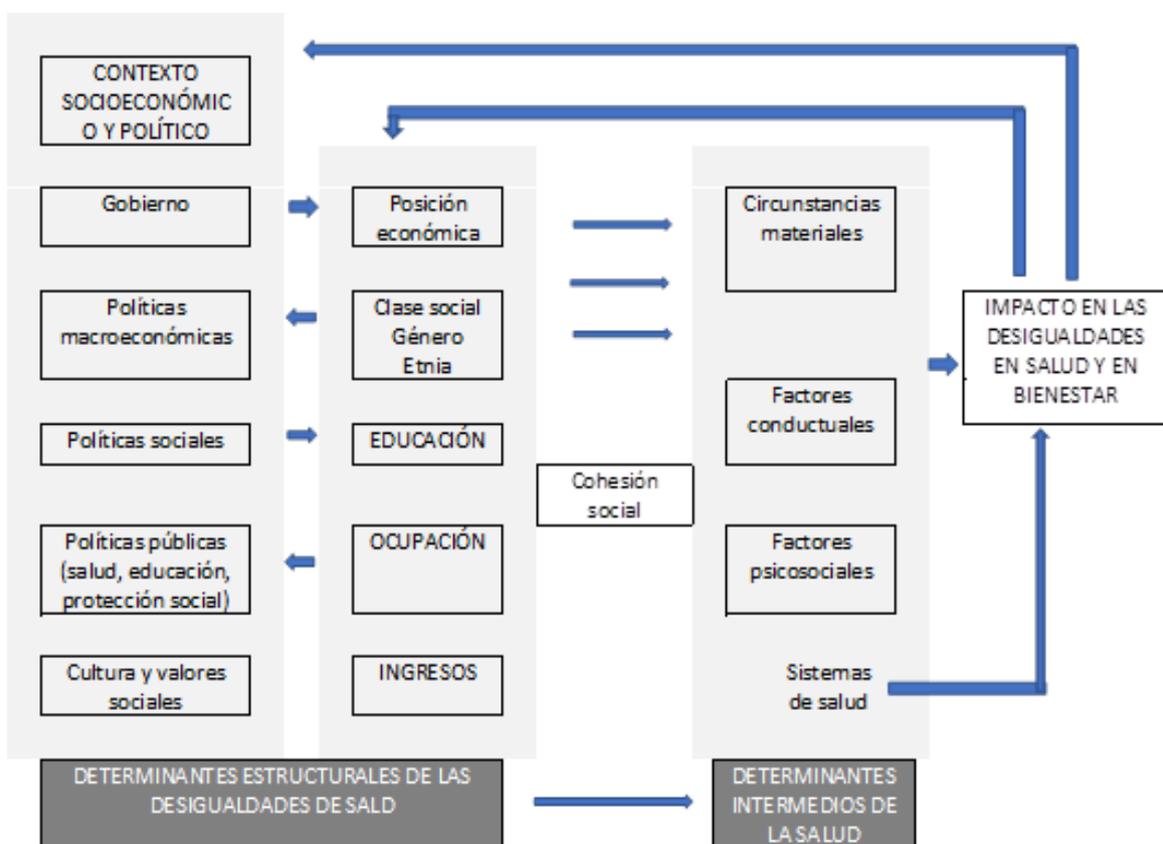


Figura 1.1

Modelo de determinante social de salud, OMS,2008
(Adaptado de De la Guardia y Rubalcaba, 2020).

Los denominados determinantes como intermedios y personales se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las psicosociales y los factores conductuales.

El primero de estos factores, circunstancias materiales, hace referencia a la calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.

Las circunstancias psicosociales se ven reflejadas en los factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.

Los factores conductuales son aquellos que englobarían al conjunto de factores personales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones (OMS 1998). Los determinantes conductuales inciden en la calidad de vida de las personas como, por ejemplo, los estilos de vida, la nutrición, la actividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol que se distribuyen de forma diferente en los distintos grupos sociales (Leventhal, Prochaska y Hirschman, 1985). Entre los determinantes conductuales de salud destacan los siguientes (Lalonde 1974):

- a) Hábitos.
- b) Costumbres.
- c) Creencias.
- d) Actitudes.
- e) Comportamientos.

a) Un hábito es cualquier comportamiento repetido regularmente, que es aprendido. Algunos hábitos se convierten en necesidades, los practicamos con tanta frecuencia que se convierten en rituales. Hay acciones que realizamos a diario positivas, negativas, productivas, no productivas, tan cotidianas que pasan desapercibidas. (Salinas y Libenson;2014). Los hábitos sirven para reforzar aprendizajes, desarrollar actitudes, asumir responsabilidades y desarrollar formas de organización. Existen hábitos saludables y no saludables. Un hábito saludable por ejemplo sería la práctica de ejercicio físico y un hábito no saludable, la conducta de fumar.

b) Las costumbres son aquellas acciones, tendencias y actividades adquiridas por la práctica frecuente de un acto. Las costumbres de una sociedad son especiales y raramente se repiten con exactitud en otra comunidad, aunque la cercanía territorial puede hacer que algunos elementos de estas se compartan (Goleman, 1999). Una costumbre es una forma de comportamiento particular que asume toda una comunidad y que la distingue de otras comunidades; por ejemplo: sus danzas, sus fiestas, sus comidas, su idioma o sus artesanías. Estas costumbres se van transmitiendo de una generación a otra, ya sea en forma de tradición oral o representativa. Con el tiempo, estas costumbres se convierten en tradiciones. Generalmente se distingue entre las que cuentan con aprobación social, y las consideradas "malas costumbres", que son relativamente comunes pero que no cuentan con la aprobación social. Las costumbres caracterizan el estilo de vida de una persona y de un pueblo y se torna difícil tratar de desarraigarlas. Un ejemplo relacionado con la salud podría ser las costumbres en sociedades como las europeas, de publicitar ciertas bebidas para niños como energéticas y saludables, teniendo un alto contenido en glucosa que puede resultar no tan saludable para el desarrollo del menor.

c) Una creencia es la aceptación emocional de una afirmación, aceptación que no tiene por qué tener una base empírica o científica. Es lo opuesto al saber. La creencia imprime firmeza de manera irracional en cuanto a la verdad o falsedad de las cosas y juzga una posible acción en función de ese convencimiento. Por tanto, lo que una persona crea o piense de una determinada amenaza para la salud no tiene por qué ir a la par con la comprensión médica objetiva de la misma. Por ejemplo, si una persona cree que el SIDA sólo afecta a los homosexuales y a los usuarios de drogas por vía intravenosa, es poco probable que utilice preservativos cuando tenga relaciones sexuales. (Leventhal et al.,1984).

d) Las actitudes no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto. En psicología, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas.

Se suelen definir las actitudes como la organización, relativamente estable, de creencias acerca de un objeto o situación que predispone al sujeto para responder preferentemente en un determinado sentido, es decir, son un conjunto de creencias, sentimientos y tendencias a actuar. (Diéguez et al., 2007).

Una actitud abarca tres elementos fundamentales: la actitud como consistencia, la actitud como predisposición a responder y la actitud como disposición aprendida siendo su elemento fundamental su aspecto específicamente afectivo. Las actitudes son muy importantes cuando se trata de temas, personas o conductas que socialmente son polémicos, tales como las sexuales, y nos afectan más cuando estamos personalmente implicados.

Martínez (2011) señala que las actitudes se pueden definir como predisposiciones a responder de una manera determinada con reacciones favorables o desfavorables hacia algo; no son disposiciones psicológicas

innatas. Se van formando a lo largo de la vida, pudiendo producirse cambios en función de las diversas experiencias vitales de las personas.

e) Los comportamientos se definen como la manera de actuar que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según las circunstancias que lo afecten. La ciencia que estudia la conducta y el comportamiento animal es la etología y la ciencia que estudia la conducta desde el punto de vista de la evolución es la ecología del comportamiento. (Gutiérrez y Rubalcaba, 2020).

1.6.- La promoción de la salud

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, en el año 2008 definió a los Determinantes Sociales de la Salud como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud". Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas; la distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo.

Esta conceptualización dimensional del binomio salud/enfermedad, así como la consideración de los determinantes de la salud presentados por Lalonde (1974), supone algunas importantes modificaciones en la forma de afrontar los problemas de salud con respecto al modelo precedente. El primero de estos cambios está relacionado con la actividad de los profesionales de la salud, con el tipo de acciones que pueden llevar a cabo; el segundo de estos cambios radica en el papel de las personas y de las comunidades en cuanto a su estado de salud y de bienestar.

El concepto de promoción de la salud supone un cambio fundamental en las labores que los sanitarios deben realizar. Ahora se pueden desarrollar actividades encaminadas a mejorar la salud de todas las personas, a fomentar el bienestar de los individuos y de las comunidades; independientemente de su situación en la dimensión salud / enfermedad todos podemos mejorar nuestro estado y movernos hacia niveles más altos de salud y de bienestar.

Los cambios señalados en la actividad de los profesionales de la salud (recuérdese que hemos insistido hasta ahora en que sólo podían hacer dos cosas: asistir (curar) a los enfermos o prevenir las enfermedades en las personas sanas). añaden una nueva actividad, que de alguna manera pertenece a un rango superior a aquello a lo que estábamos acostumbrados: acciones para mejorar el estado actual de salud y ayudar a las personas a incrementar sus niveles de bienestar y capacidad de funcionamiento (es decir, promocionar la salud).

Como hemos expuesto, la salud tiene relación con los sistemas biológicos del organismo, pero además y también con los factores conductuales y ambientales. Para poder realizar acciones de promoción de la salud, es fundamental tener en cuenta el factor conductual. En los últimos años esta idea ha ido tomando cada vez más relevancia, un modelo biopsicosocial de salud que combine las ciencias médicas y la conductual. A pesar de que el interés por estudiar e investigar las interacciones entre conducta y salud es tan antiguo como la atención sanitaria, el trabajo sistemático de la psicología en el área de salud es muy reciente (Erazo et al., 2002). Las investigaciones sobre salud desarrolladas por psicólogos y equipos multidisciplinares de salud son cada vez mayores lo que da lugar a concluir que la investigación en salud no es sinónimo de investigación biomédica y que la promoción de salud a través de cambios conductuales de las personas son fundamentales. La disciplina de la psicología, parte de los supuestos que la conducta y su relación con algunos factores del ambiente incrementa el riesgo de ciertas enfermedades crónicas por lo que los cambios en el estilo de vida pueden reducir la probabilidad de riesgos de ciertas enfermedades y las técnicas conductuales permiten modificar, sistematizar y mantener los cambios hacia la salud. Mirando hacia el futuro o más bien el presente,

la promoción es el elemento principal hacia el cual habrá que enfocar los programas. Es fundamental conocer las actitudes, creencias y motivos que subyacen a las conductas en salud con el fin de poder modificar aquellas necesarias para un buen nivel de salud. En resumen, acerca de los determinantes de la salud, entendemos que el factor que más peso tiene es el determinante conductual.

El concepto de Promoción de Salud irrumpió con fuerza desde la segunda mitad del siglo XX y se extiende en diferentes ámbitos, como son: la educación, la investigación, los servicios de salud, en otros sectores sociales, así como en las agendas de decisores y de los gobiernos; pero a pesar de ese progreso muchos profesionales, aún hoy, muestran desconocimiento y limitaciones tanto en su alcance como en los principios, las metodologías y las herramientas inherentes a esta disciplina (Sanabria, 2007).

Durante la Revolución industrial, en los países del norte de Europa, se produjo una ruptura del hábitat rural y un masivo desplazamiento de las poblaciones del campo a la ciudad. Esta circunstancia determinó que en estos nuevos asentamientos se produjeran condiciones insalubres, que estaban a la base de múltiples enfermedades, derivadas de una acusada falta de higiene, lo que se traducía en unas altas tasas de mortalidad. Las actividades sanitarias se centraron aquí, en las mejoras medioambientales y de las condiciones de vida de las poblaciones, en la introducción de las inmunizaciones de los primeros atisbos de la salud comunitaria.

En el último tercio del siglo XIX y hasta los años treinta del siglo XX, impulsados por la aparición de los antibióticos, crecen los dispositivos de asistencia como los hospitales y consultorios y dan lugar a destinar parte de los gastos económicos a los sectores asistenciales.

Finalmente, desde los años cuarenta del siglo XX hasta nuestros días, se ha puesto en cuestión en gran medida la pasada visión centrada en lo curativo, y se define fundamentalmente por la crisis de los sistemas sanitarios actuales, debido, entre otras cosas, al envejecimiento de la población y a la elevada demanda asistencial sanitaria. La respuesta a esta crisis exige una concepción integral de la

salud, que incorpore los avances científicos, amplíe sus actuaciones al campo de la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la mejora del medio ambiente. Ver cuadro 1.2.

CUADRO 1.2
SALUD PÚBLICA: DESARROLLO HISTÓRICO Y CONTRIBUCIÓN A LA
OPERATIVIZACIÓN DEL CONCEPTO SALUD

Si el concepto de Salud es difícil de definir y está sujeto a ciertas variables como hemos visto, el mismo problema nos encontramos a la hora de encontrar una definición que nos sirva para hablar de Salud Pública. Podríamos decir a la ligera y grosso modo, que es el conjunto de actividades dirigidas a mejorar la salud de la población.

En este caso, definir la salud pública es complejo por el malentendido que hay al asociarlo con términos como medicina social y salud comunitaria, y porque además varía en función del contexto social y político del momento. Vamos a ver a continuación un breve recorrido sobre las diversas definiciones encontradas en la literatura.

La OMS en 1973 define la salud pública como: “el conjunto de disciplinas que trata los problemas concernientes a las salud o enfermedad de una población, el estado sanitario de la comunidad, los servicios y dispositivos médicos y sociosanitarios, la planificación, administración y gestión de los servicios de salud”

En 1988 Ashton y Howard Seymour, señalan que “...la nueva Salud Pública va más allá de la biología humana y reconoce la importancia de aquellos aspectos sociales de los problemas de salud que son causados por los estilos de vida...”

Si hacemos un repaso histórico, siguiendo a Frutos en 2012, nos encontramos con tres claras fases, que marcan el desarrollo y evolución del concepto de Salud Pública:

La primera fase parte de la época de la Revolución Industrial en los países del norte de Europa, donde se produce una ruptura del hábitat rural y un masivo desplazamiento de las poblaciones del campo a la ciudad. Se contraen enfermedades derivadas de una acusada falta de higiene y por ello da lugar también a altas tasas de mortalidad. Las actividades de Salud Pública se centraron aquí, en las mejoras medioambientales y de las condiciones de vida de las poblaciones.

La segunda fase de la Revolución Industrial coincide con el último tercio del siglo XIX y continúa hasta los años treinta de nuestro siglo, viene marcada por la aparición del antibiótico. Crecen los dispositivos de asistencia como los hospitales y consultorios y se destinan parte de los gastos económicos a los sectores asistenciales.

La última fase de la Revolución Industrial comprende desde los años cuarenta hasta nuestros días. Durante esta fase, la medicina se centra más en el campo de la prevención, la promoción de la salud y la mejora del medio ambiente en su acepción más amplia.

Visto y expuesto todo ello, podemos aportar la definición última de Salud Pública, como un conjunto de disciplinas que se ocupan de la salud y de las enfermedades de las poblaciones, que incorpora actividades no solo médicas y abarca actuaciones en planificación, intervenciones como autoridad sanitaria, información sanitaria, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, cuidados y rehabilitación del enfermo, mediante la puesta en marcha de los servicios de salud necesarios.

Por otro lado, es necesario mencionar, para finalizar con el recorrido sobre el concepto de Salud Pública, las tres funciones principales a ejercer por parte de los servicios de salud en relación con la prevención de la enfermedad:

Intervención preventiva primaria: Son aquellas que se ofrecen antes de que aparezca una enfermedad interviniendo sobre su causa y protegiendo mediante la vacunación al sujeto sano, de enfermedades contagiosas.

Intervención preventiva secundaria: Son aquellas que se ofrecen cuando la enfermedad acaba de comenzar y antes de que se produzcan síntomas más avanzados, es decir que actúa en la fase más silenciosa de una enfermedad. Un ejemplo típico de estas intervenciones son las campañas de detección. Ejemplos característicos de este tipo de intervención son los cribados de cáncer de mama, control hipertensión para prevención de enfermedades cardiovasculares, etc.

Intervención terciaria. En este tipo de intervención se incluyen las actividades orientadas a conseguir la rehabilitación de una persona cuando ya tiene un proceso avanzado de enfermedad. Se consideran incluidas también aquí las acciones clínicas de diagnóstico y tratamiento. Un ejemplo de este tipo de prevención puede ser el cuidado de personas con enfermedad crónica. (Navarro,1998)

¿Qué es necesario para poder intervenir en salud pública?

Para tratar de responder a esta cuestión, recogemos en primer lugar, lo que la OMS entiende como “sistemas de información sanitaria”: “una combinación de procedimientos y recursos, para recoger, ordenar y transmitir, datos con objeto de generar información y prestar servicios a los planificadores administradores de todos los niveles, a los demás miembros del sector de salud (personal asistencial, investigadores, educadores etc.) y a la comunidad”

Para poder intervenir necesitamos:

Conocer el nivel de salud de una población.

Conocer los indicadores de salud relacionados con la mortalidad general, la mortalidad específica por edades y las causas de la mortalidad ya que son medidas fundamentales para la valoración a corto medio y largo plazo de las intervenciones sanitarias, políticas de asignación de recursos y la implantación de actuaciones técnicas planificadas que mejoren la salud de las poblaciones.

Llegados a este punto, es fundamental, introducir el concepto de Epidemiología ya que es la disciplina científica tiene por objetivos el estudio de la frecuencia, distribución y origen de las enfermedades en las poblaciones, el conocimiento sobre los riesgos y sus factores asociados y las relaciones causales entre salud y enfermedad.

Parece ser que la salud pública viene ocupando desde años atrás hasta la actualidad un papel marginal, quedando subordinada a otras profesiones. ¿Y a qué se debe esta situación de marginación? Principalmente a no tener definidos sus objetivos y funciones de una manera clara y delimitada. Debemos de definir el contenido de las laborales profesionales de este sector, así como sus actividades para obtener los resultados esperados.

En 1966 el grupo de trabajo sobre las funciones esenciales de la salud pública de la OMS enunció las siguientes tareas:

- Información sanitaria y vigilancia epidemiológica
- Protección de la salud frente a riesgos ambientales
- Educación sanitaria y promoción de la salud
- Prevención y control de enfermedades transmisibles
- Legislación y regulaciones sanitarias

-
- Desarrollo políticas, programas y servicios+
 - Evaluación y estandarización de tecnologías sanitarias
 - Salud laboral
 - Prestación de servicios sanitarios a determinadas poblaciones

Las competencias en Salud Pública no varían sustancialmente en la actualidad entre otras cosas porque los servicios las prestaciones y su gestión han evolucionado poco en los últimos años. La mayor parte de las actividades del servicio público están ligadas a las acciones asistenciales: vigilancia epidemiológica de enfermedades, prevención primaria y secundaria con lo que la colaboración con redes asistenciales es necesaria.

Los principales retos de la salud pública, según Segura (2003) son: a) solucionar, como uno de los problemas más importantes en el futuro inmediato, la integración de médicos y no médicos, como cuestión clave para el fortalecimiento de la profesión de salud pública; b) revisar los programas formativos de pre y posgrado de acuerdo con las competencias profesionales; c) proponer el debate de un segundo ciclo en salud pública, en el marco del espacio europeo de formación universitaria, donde los médicos y no médicos coincidieran; d) proponer un sistema de reacreditación de las competencias profesionales a través de organismos independientes; e) proponer un sistema de actualización periódica de las competencias que garantice la competencia de los profesionales en ejercicio; f) proponer un código de buena práctica y mecanismos de autorregulación que permitan facilitar el reconocimiento corporativo de la profesión (un colegio profesional o similar), y g) revisar la política de recursos humanos en salud pública en la Unión Europea y en España.

Afrontar los retos actuales supone, como hemos señalado en varias ocasiones, la consideración de que la salud no es categórica no debe restringirse a actuar sobre la enfermedad, mediante actuaciones terapéuticas o preventivas, sino que resulta fundamental mantener una perspectiva que se centre en la consideración dimensional de la salud y en el fomento de mejores niveles de salud, es decir en actuaciones dirigidas a la promoción de la salud.

La OMS ha reconocido la salud como un derecho fundamental y puesto que la promoción de la salud exige cambios en la sociedad, las políticas, las leyes y la cultura, se recomienda su promoción dentro de los derechos humanos (OMS, 2017)

Haciendo un breve recorrido histórico vemos que los desarrollos científicos y tecnológicos (por ejemplo, el método epidemiológico), permitieron, entre otras cosas, la identificación de factores etiológicos de algunas enfermedades y posteriormente, por ejemplo, con el desarrollo de las vacunas, se pudo iniciar otro campo de actuación sanitaria: la prevención.

La prevención trataba de crear barreras adecuadas para impedir que las personas sanas pasaran a estar enfermas. Las estrategias seguidas en este estilo de prevención tomaban en unos casos el camino de tratar de evitar el contacto con el agente patógeno y en otros casos lo que se buscaba era el fortalecimiento, con las vacunas, de personas susceptibles a adquirir enfermedades.

Desde el punto de vista asistencial, la era industrial se caracterizó por el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas y farmacológicas más eficaces. Además, se iniciaron las acciones de protección social de la salud y la creación de los primeros centros sanitarios al margen de las órdenes religiosas.

A partir de los años sesenta del siglo XX la atención a la salud, sobrepasa el ámbito de los estrictamente médico e invade otras ciencias sociales, es en esos años cuando se comienza a difundir la idea de la necesidad de actividades preventivas también entre los profesionales de la intervención psicosocial y es aquí donde cobra importancia la figura de Gerald Caplan, quien asienta la idea de que para prevenir la

aparición de trastornos o inadaptaciones, los individuos deben de disponer de recursos físicos, psicosociales y socioculturales. (Caplan, 1974).

Se reconoce que el desarrollo de las enfermedades constituye un proceso dinámico que está condicionado por múltiples factores que influyen sobre el individuo y su salud, y es susceptible de ser intervenido y modificado en los diferentes momentos de su desarrollo. Cuanto antes se apliquen las medidas de intervención, mejor será el resultado en cuanto a la prevención de la enfermedad o de sus secuelas. Los niveles de prevención definen el momento de la historia natural de la enfermedad en que el profesional de la salud interviene para modificar el proceso patógeno en sentido favorable.

La prevención primaria representa el conjunto de acciones que se pueden desarrollar con el fin de impedir la aparición o de disminuir la probabilidad con que una enfermedad puede producirse.

Se actúa durante el período prepatogénico, modificando los factores de riesgo o previniendo la acción del agente etiológico (por ejemplo, en salud sexual actuando para favorecer actitudes sexuales positivas, prescribiendo el uso de preservativos, etc.). Podemos desarrollar acciones de dos clases: acciones sobre el individuo y acciones sobre el medio ambiente.

La prevención secundaria consiste en acciones destinadas a detener la evolución de la enfermedad durante la fase presintomática. Son fundamentalmente las llamadas pruebas de rastreo o screening. Permiten la llamada detección y el tratamiento precoz.

La prevención terciaria se define como el conjunto de acciones que intentan modificar favorablemente la evolución de una enfermedad en su fase sintomática aguda, crónica, o de sus secuelas. Incluye el tratamiento y la rehabilitación de una enfermedad y de sus secuelas, disminuyendo o impidiendo la progresión de estas, mejorando la calidad de vida y retardando la muerte del paciente.

Hasta ahora, independientemente del grado de desarrollo de las ciencias biomédicas y sociales, la atención a la salud busca prevenir y, cuando falla esta prevención, curar. Es como si los profesionales de la salud pudieran ser divididos en dos grupos según fuera su misión: unos mirando hacia “la pecera tras curarlos, conduciéndoles a la “pecera” de la salud, mientras que en el otro caso los profesionales de la salud actuarían tratando de impedir que las personas sanas saltaran y se salieran de su “pecera” de la salud. Una característica especialmente relevante de esta forma de proceder, y que debe ser señalada, es la “pasividad” atribuida al paciente con relación a su propio estado de salud.

Según este modelo biomédico que estamos comentando, los únicos agentes son los técnicos, los sanitarios; solamente ellos pueden intervenir en relación con la salud de las personas. El paciente acude a los profesionales para ser curado o, en el caso de la prevención, aguarda a que le “impongan” las medidas protectoras necesarias. En el primer caso tratando de "salvar" a los enfermos y en el segundo fortaleciéndoles o poniendo barreras para impedir que caigan en la enfermedad. Pero siempre, la responsabilidad cae en el lado de los sanitarios: la salud es una cuestión de los profesionales y poco o nada pueden hacer los legos.

Hoy la gente vive más tiempo, como promedio, que lo que se vivía en el pasado, y el tipo de enfermedades con que nos enfrentamos sigue un patrón bien diferente. Durante los siglos XVII, XVIII y XIX se padecía, y moría, principalmente a causa de dos tipos de problemas de salud: la desnutrición y las enfermedades infecciosas (viruela, difteria, fiebre amarilla, sarampión, gripe, malaria, disentería). Aunque algunas de estas enfermedades no son letales, debilitan a sus víctimas reduciendo su capacidad para resistir a otras enfermedades mortales.

En gran parte se puede decir que la consideración del fenómeno salud/enfermedad, tal y como lo hemos venido describiendo hasta ahora, tiene su origen en la importancia que en el desarrollo de las ciencias de la salud han tenido las enfermedades infecciosas; debido a esa importancia el modelo de atención a este

grupo de patologías se generalizó a toda la atención sanitaria. Sin embargo, esta forma de ver las cosas no se ajusta a otras patologías o factores de riesgo de enfermedades (por ejemplo, los problemas relacionados con la salud sexual, las enfermedades crónicas como la diabetes o los factores de riesgo cardiovascular...).

A continuación, presentamos un resumen de las Conferencias de Promoción de la Salud habidas en su recorrido histórico Véase cuadro 1.3.

Cuadro 1.3

CONFERENCIAS MUNDIALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. RECORRIDO HISTÓRICO (OPS/OMS,2018).

1ra. Conferencia Ottawa, 1986

Se consideró que la promoción de la salud era una estrategia fundamental para aumentar la salud de la población, concibiéndose como un proceso global que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Se establecieron las áreas de acción prioritarias sobre las que se consideraba necesario incidir para mejorar la salud de los individuos y de las poblaciones Identifica los campos de acción: Políticas públicas saludables, Ambientes favorables a la salud, Acción comunitaria, Habilidades personales, Reorientación del sistema de salud.

2da. Conferencia Adelaida, 1988

Se enfatizó tanto la necesidad de establecer políticas públicas favorables a la salud como la necesidad de evaluar las repercusiones de las decisiones políticas en la salud. En esta conferencia se destacó que los gobiernos y las entidades que ejercen control sobre los recursos son responsables ante su población de las políticas existentes o de las consecuencias de la falta de estas

3ra. Conferencia Sundsvall, 1991

Se puso de relieve la necesidad de la creación de **ambientes favorables a la salud** que pudiesen ser utilizados por los responsables políticos, los encargados de las decisiones y los activistas comunitarios en los sectores de la salud y el medio ambiente. La finalidad fue que el ambiente (físico, socioeconómico y político) apoyase a la salud en lugar de dañarla

4ta. Conferencia Yakarta, 1997

Se destacó la creación de oportunidades que aumentasen la capacidad para promover la salud y el papel de la promoción de la salud en el abordaje de los determinantes de la salud, incluyendo aspectos nuevos como la promoción de la responsabilidad social, la necesidad de aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo y consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud

5ta. Conferencia México, 2000

Se persiguió asegurar un progreso constante al abordar las inequidades en salud empleando el concepto y las estrategias de promoción de la salud, y considerando los recursos y las estructuras necesarias para desarrollar y mantener la capacidad de promoción de la salud en los ámbitos local, nacional e internacional. Esta declaración consideró que la promoción de la salud es una estrategia fundamental en el desarrollo de los países

6ta. Conferencia Bangkok, 2005

Se identificaron los retos, las acciones y los compromisos necesarios para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, llegando a las personas, los grupos y las organizaciones que son críticas para el logro de la salud. Se destacó la necesidad de abordajes con alianzas mundiales con compromisos no solo de ámbito local sino también mundial

7ta. Nairobi (2009)

Se realzó la importancia de que se redujese la distancia existente entre la evidencia disponible y su aplicación en el desarrollo de la salud. En esta conferencia se definieron las estrategias clave y los compromisos que deben cumplirse para subsanar las deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo, identificando la promoción de la salud como un elemento clave para lograrlo

8ta. Helsinki (2013)

Se revisaron las experiencias del compromiso con el enfoque «Salud en todas las políticas». Se consideró que la salud viene determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario. Una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, especialmente las políticas sociales, las fiscales y aquellas relacionadas con el medio ambiente, la educación y la investigación

9ta. Shanghai (2016)

Se centró en la relación entre la salud, sus determinantes y el empoderamiento de las personas. Prioriza las actividades de promoción de la salud en tres esferas: 1) reforzar la buena gobernanza en pro de la salud; 2) mejorar la salud en entornos urbanos y promover las ciudades y las comunidades saludables; y 3) reforzar los conocimientos sobre la salud. Estas tres esferas constituyen puntos de partida cruciales para incidir de manera significativa, mediante enfoques que abarquen a todos los sectores gubernamentales y a toda la sociedad, en el entorno vital y los ámbitos cotidianos de las personas, así como en la capacidad de estas para tener un mayor control sobre su propia salud y los determinantes que influyen en ella

2.- SALUD SEXUAL

2.1.- Visión de la sexualidad a lo largo del tiempo: nacimiento de la sexología

Al igual que hemos visto con la salud “general”, la concepción de la salud sexual ha estado determinada por el contexto histórico y cultural. De esta forma, la visión que se tiene de la sexualidad está fuertemente influida por las costumbres, las tradiciones y los valores y, a su vez, la sexualidad influye sobre estos aspectos de la vida social de las personas (López de la Llave, 2012).

La sexualidad humana es un tema complejo, por tanto, su definición también lo es. Ninguna teoría simple es capaz de abarcar todos sus matices y, por tanto, llegar a una definición única y universal se hace complejo (Rathus et al., 2005). Así podemos comprobar que, según los estudiosos de esta disciplina, el enfoque sobre el concepto de sexualidad puede variar de forma notable.

Los biólogos, por ejemplo, atribuyen a la conducta sexual una importancia fundamental porque esta actividad resulta determinante para la reproducción de la especie y con ello para la continuación de la vida (García, 2012). Desde la Psicología

se ha visto en el impulso sexual una fuente de energía, de motivación, que induce a las personas a actuar en diferentes contextos y a relacionarse, obteniendo gratificación y placer (Hernández, 2008). Los sociólogos contemplan la sexualidad destacando su influencia en cuanto a su función unificadora y de cohesión, lo que contribuye a la unidad social de las familias y con ello, de la sociedad en su conjunto (García, 2012).

Así las funciones básicas de la sexualidad se pueden deducir de estas aproximaciones al hecho sexual: reproducción, placer y relación (comunicación). Desde el punto de vista antropológico se puede afirmar que el impulso sexual es una característica de la persona, de los hábitos de conducta humanos, que se encuentra presente prácticamente en todos los hombres y mujeres de todos los lugares y épocas.

Los arqueólogos han descrito cómo el hombre paleolítico vivía la sexualidad de una forma más despreocupada que la manera con que hoy en día afrontamos este tema. Los hallazgos arqueológicos, tales como pinturas rupestres o estatuillas, indican, de alguna manera, esa “naturalidad” del hecho sexual entre aquellos primeros seres humanos; un indicio de estas suposiciones se muestra en la ingenuidad con la que hace diez o veinte mil años se reproducían los órganos sexuales masculinos y femeninos y la forma como se plasmaron gráficamente las relaciones sexuales, el coito. (Moral, 2014).

Centrándonos en un breve recorrido histórico, comprobamos que la historia muestra escasas evidencias de tendencias sexuales universales (Vera-Gamboa, 1998). Las actitudes, conductas y creencias, difieren mucho de una época a otra. Dependiendo de las influencias del momento, habrá épocas que estarán más influenciadas por las creencias, la religión y la cultura imperante del momento. Desde la prehistoria, pasando por las antiguas culturas hebrea, griega, romana y cristiana, cada etapa ha venido marcada por unas características propias de su contexto cultural e incluso lo que para algunas culturas era aceptado para otras ha sido o es totalmente castigado o reprochado.

Parece ser que la cultura china fue la primera en producir un manual sexual detallado (o al menos que se tenga constancia de ello), que se utilizaba unos 200 años antes del nacimiento de Cristo. Se esperaba que el hombre prolongara la relación tanto como fuera posible para absorber más de la esencia natural de su esposa. La mujer, reforzaría su propia esencia masculina, y el hombre debía ayudar a su compañera a llegar al orgasmo para incrementar el flujo de energía que pudiera absorber. Sin embargo, no se contemplaba el placer femenino (Rathus et al., 2005).

En la antigua Grecia, la homofilia de los griegos se halla en el origen de cierta pederastia: el hombre adulto (el erasta) acoge al joven (el erumeno) entre 12-18 años para iniciarle en los secretos del sexo. En ese encuentro se expresaba la vinculación afectiva entre generaciones antes de la pubertad. Esta práctica merecía el respeto de todos y no conllevaba comportamientos pedófilos (Barriga, 2013).

A finales del siglo XV las enfermedades de transmisión sexual eran consideradas como un castigo celestial. Durante los siglos XVIII y XIX o época victoriana, las conductas sexuales como la masturbación eran consideradas inapropiadas, pecaminosas e insanas. En 1882 apareció el trabajo de Richard Kraft-Ebing "Psychopatia Sexualis" que se centra en describir comportamientos sexuales patológicos.

A finales del siglo XIX se originó la sexología e inauguró el derecho a la salud sexual abriendo una perspectiva psicosocial de la sexualidad. La sexualidad en las relaciones personales de pareja y entre los géneros también se transforma históricamente, corroborando ese carácter de la sexualidad como producto cultural. (Barriga, 2013).

Freud (1856-1939), médico vienés, enfatizó la trascendencia de la sexualidad en los individuos. Su teoría de la personalidad tiene como clave central, el desarrollo sexual. El pivote central de su teoría de la personalidad es el concepto de libido como energía básica (sexual) de todas las actividades humanas. Esta idea de una energía sexual (pulsión) inunda todo su planteamiento teórico. Hoy se considera que su

planteamiento tiene más sombras que luces, sin embargo, su influencia es tal que para muchos es el padre de la sexología moderna. (San Luis, 2012).

Freud desarrolló la llamada teoría los dos orgasmos. En esta teoría se expone que existen dos orgasmos femeninos diferenciados, el orgasmo clitoridiano (que consideraba como conducta neurótica) y el orgasmo vaginal (que consideraba como una sexualidad adecuada). Esta concepción equivocada se mantuvo hasta los resultados obtenidos por Masters y Johnson (1966) que desarrollaremos en párrafos siguientes.

Por la misma época, el médico inglés Havellock Ellis (1859-1939) publicó su obra *Psychology of Sex*. La pregunta principal que se plantea y que guía su investigación en dicha obra es ¿la homosexualidad es una conducta adquirida o hereditaria? Sus estudios tienen una orientación histórica y antropológica desde una perspectiva biológica; sus datos son producto de la observación de diferencias culturales (datos antropológicos) y de la conducta animal. Ellis, considera que la conducta sexual es un continuo y por tanto los sexos son complementarios, si bien están interrelacionados. Además, considera que la diferencia entre un sexo masculino y otro femenino no es biológica, sino que va más allá, existiendo una tercera categoría que, a su vez, modifica las otras dos; esta tercera categoría la define como la interacción entre ambos sexos.

Por otro lado, señala también en sus escritos, que la homosexualidad no es una degeneración sino una variación de la orientación mayoritaria. Ellis, propuso un modelo de continuidad entre las conductas sexuales consideradas normales y las calificadas de “perversas” proponiendo una variación gradual que va de las conductas más habituales (consideradas normales en sentido estadístico) a las más extrañas y llamativas (perversas). Las principales aportaciones que realizó dicho autor son: que la homosexualidad no es una enfermedad, que la masturbación no es perjudicial desde el punto de vista de la salud y que además esta conducta se puede manifestar tanto en hombres como en mujeres. Por otro lado, Ellis señaló que las mujeres

también tienen deseo sexual, planteó también que los trastornos sexuales pueden tener origen psicológico y no solo ni exclusivamente orgánico.

Con Margaret Sanger se inició el movimiento de control de la natalidad en los Estados Unidos. Sanger, fue una enfermera estadounidense, activista a favor de la educación sexual, escritora y fundadora de la Liga Estadounidense para el Control de la Natalidad (*American Birth Control League*). Dicha Liga se convirtió en 1942 en la Federación Estadounidense para la Planificación Familiar (*Planned Parenthood Federation of América - PPFA*) que, junto a otras asociaciones similares de numerosos países, contribuyó a crear en la India, en 1952, la Federación Internacional de planificación familiar, de la que fue presidenta hasta 1959.

Sanger protagonizó varios casos judiciales que facilitaron la legalización del aborto en los Estados Unidos. Sanger ha sido un objetivo frecuente en las críticas de quienes se oponen al uso del aborto como método anticonceptivo, pero sigue siendo una figura emblemática del movimiento estadounidense en defensa de los derechos reproductivos.

En 1916 Sanger abrió en Nueva York la primera clínica de control de desarrollo demográfico en los Estados Unidos, lo que condujo a su detención por la difusión de información sobre métodos anticonceptivos. Su posterior juicio y apelación generaron un enorme apoyo para su causa. Sanger consideraba que una verdadera igualdad de la mujer exigía una maternidad libre, es decir, que la mujer pudiera decidir si deseaba tener hijos, cuándo y cuántos. También quería evitar la práctica del aborto inseguro, muy común en la época debido a que el aborto, normalmente, era ilegal (Vera- Gamboa, 1998).

En Berlín (entre 1907 y 1934) un grupo de autores (Bloch y Hirschfeld) crearon el primer instituto de investigación, debate, formación y asistencia clínica en el campo de la sexualidad. Defendieron la necesidad de una nueva ciencia *Sexualwissenschaft* que consideraba la sexología de naturaleza interdisciplinar, fundaron la primera revista sobre sexualidad (*Escritos sobre Sexología*) y publicaron numerosos libros y

artículos. Este centro tuvo mucha influencia en Europa hasta que el ascenso al poder del Nazismo acabó con esta institución. En Viena, además de Freud y otros psicoanalistas, merece ser destacado Wilhelm Reich (1897-1957) porque hizo la primera gran descripción y las propuestas más atrevidas sobre el orgasmo sexual (contenidas en el libro *La función del orgasmo*), creó una asociación juvenil (Sex-Pol = sexualidad y política) para defender los derechos de los jóvenes a una vida sexual libre y placentera y publicó numerosos libros. Los años más importantes de su trabajo en Viena fueron entre 1925 y 1934. El Nazismo acabó también con esta corriente, trasladándose Reich a Estados Unidos. Posteriormente, este autor tuvo una influencia decisiva en la llamada revolución sexual de los años sesenta.

En Madrid, entre los años de la década de 1920 y la dictadura nacionalcatólica del general Franco (1939), hubo un grupo de autores muy activos, entre los que destaca Gregorio Marañón. Crearon la «Liga española para reforma sexual con bases científicas», editaron una revista (*Sexus*) e hicieron numerosas publicaciones y congresos que tuvieron gran repercusión social. La dictadura acabó con este movimiento (López, 2005).

Todos estos antecedentes culminaron con el trabajo de Kinsey que se considera el punto de inicio para el estudio sistemático de la sexualidad. Así, se puede considerar que con él comienza la investigación en sexualidad en el contexto académico. A él corresponde el esfuerzo por imponer la metodología científica de corte cuantitativo al estudio de la sexualidad (San Luis, 2012).

Alfred Kinsey contribuyó notablemente a que se hayan ido derribando los mitos y tabúes que rodeaban a la sexualidad. Kinsey y colaboradores decidieron elaborar un programa para investigar las experiencias sexuales, para ello, construyó un cuestionario que le permitió recoger información sobre este asunto. Con su equipo entrevistaron a más de 18.000 personas para posteriormente plasmar los resultados en su obra *Sexual Behavior the Human Male* (1948). A partir de estos datos concluye que lo “normal” de la conducta sexual es mucho más amplio de lo que se podía pensar. (Kinsey,1949).

Cuadro 2.1

PRINCIPALES RESULTADOS DEL INFORME KINSEY SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DEL HOMBRE (ADAPTADO DE OCHOA,2018).

Sobre la base de más de 5.300 entrevistas personales con hombres de etnia caucásica, Kinsey llegó a una serie de conclusiones acerca de la homosexualidad:

- El 37% de los hombres entrevistados experimentaron alguna vez un orgasmo homosexual a partir de la adolescencia.
- El 13% de los varones sintieron deseos homosexuales, sin que se produjera por ello contacto físico alguno.
- El 25% de ellos tuvieron experiencias homosexuales no incidentales entre las edades de 16 a 55 años.
- El 18% mantuvieron igual número de relaciones heterosexuales que homosexuales durante un período mínimo de 3 años, entre las edades de 16 a 55 años.
- El 10% tuvo una conducta estrictamente homosexual durante un período de 3 años como mínimo y entre las edades ya reseñadas.
- Sólo un 4% manifestaba una conducta estrictamente homosexual durante toda su vida y ya manifiesta durante la adolescencia.
- La homosexualidad existía a todos los niveles sociales y ocupacionales.

Entre los hallazgos de estos estudios, podemos resaltar los siguientes: más de la mitad de los hombres y una cuarta parte de las mujeres del estudio, han tenido relaciones extramaritales a los 40 años. Las prácticas homosexuales con orgasmo desde la adolescencia hasta la vejez estuvieron presentes en el 37% de los hombres y en el 28% de las mujeres, cerca del 20% de los hombres casados entre los 30 y 35 años tenían relaciones extramatrimoniales con trabajadoras sexuales y esta cifra aumentaba conforme aumentaba la edad. Más del 60% de las mujeres del estudio, habían referido realizar prácticas masturbatorias. La realización de este informe fue posible por la creación en 1947 del Instituto de Investigaciones Sexuales (actualmente, Instituto Kinsey) en la Universidad de Indiana, financiado entonces por la Fundación Rockefeller a través de la Comisión Nacional de Investigaciones.

Para contextualizar el informe Kinsey hay que tener en cuenta el cambio en las actitudes hacia la sexualidad que provocaron en Estados Unidos las ideas de Sigmund Freud, que se atrevió por primera vez a hablar con libertad de los problemas sexuales. Ante la creciente concienciación acerca de la importancia de la sexualidad, comenzaron a realizarse estudios cuantitativos sobre el comportamiento sexual. El trabajo de Kinsey presentó dos diferencias importantes respecto de trabajos anteriores: la amplitud de la muestra y el interés por la exactitud de los datos.

Los resultados del informe que acapararon más titulares en los medios de comunicación fueron los relativos a la homosexualidad masculina, y los relacionados con la actividad fuera del matrimonio en el caso de la mujer. En buena parte, el gran impacto que tuvo el informe estuvo relacionado con los métodos utilizados. Kinsey y sus colaboradores intentaron realizar un estudio taxonómico. Tuvieron en cuenta los conocimientos acumulados en Biología sobre la variabilidad dentro de una misma especie y entre las distintas especies. Les interesaba medir las características particulares que definen a los individuos representativos de un determinado grupo. Consideraban que, si los individuos eran examinados sin ningún prejuicio y de forma que se incluyeran muestras amplias, sería posible conseguir un modelo que indicara la frecuencia con la que las distintas características aparecen en cada grupo.

Abordaron el estudio taxonómico desde una perspectiva numérica. Sólo las técnicas estadísticas permitirían distinguir lo específico de lo general, y reconocer las diferencias entre fenómenos corrientes y raros.

Cuadro 2.2

**PRINCIPALES RESULTADOS DEL INFORME KINSEY SOBRE EL
COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LA MUJER (Adaptado de
Ochoa,2018).**

De su trabajo de 1953 sobre el Comportamiento sexual en la mujer, Kinsey realizó 5 490 entrevistas a mujeres de raza blanca de las cuales el autor deduce que:

- Un 13% de mujeres habían experimentado algún orgasmo homosexual a partir de la adolescencia.
 - Sólo un 3% de las mujeres habían sido predominantemente homosexuales durante un período de 3 años como mínimo.
 - Las mujeres, en contraste con los hombres, no solían ser promiscuas y tenían sus relaciones homosexuales sólo con 1 o 2 compañeras en el 71% de los casos.
 - Sólo un 4% manifestaba una conducta estrictamente homosexual durante toda su vida y ya manifiesta durante la adolescencia.
 - La homosexualidad existía a todos los niveles sociales y ocupacionales.
-

El estudio sobre la conducta sexual del varón fue presentado como un informe preliminar. Pero la publicación del informe sobre la conducta sexual de la mujer supuso que a Kinsey y su grupo les fuera retirada la financiación en 1954. Kinsey murió dos años después, sin haber conseguido otros fondos para el trabajo. El Instituto de Investigaciones Sexuales que había fundado no se desmoronó, pero sin su dirección nunca se completó el gran proyecto para el que había sido diseñado.

Los doctores William Masters y Virginia Johnson, fueron los pioneros en el estudio científico de la sexualidad humana, más concretamente en el campo de la respuesta sexual humana. Son considerados por muchos como los padres de la sexología moderna. Su trabajo de investigación se llevó a cabo en los Estados Unidos, concretamente en la Fundación para Investigación de la Biología Reproductiva de San Luis (Missouri). Su actividad científica y clínica (cuya primera publicación el libro "Respuesta Sexual Humana") contribuyó notablemente a que se rompieran muchos de los prejuicios emocionales que impedían el estudio científico de la fisiología sexual. Analizaron más de diez mil episodios de actividad sexual, a través de la observación de las interacciones sexuales de 700 personas (382 mujeres y 312 hombres) de 18 a 89 años; utilizaron como instrumentos de medida principalmente: la respuesta cardíaca y tensión muscular, además tuvieron en cuenta parámetros del área psicológica de los participantes, antes y después del estudio. Como consecuencia de estos estudios propusieron la descripción de la "respuesta sexual" mediante una curva en la que se representan las distintas fases de esta respuesta (Másters y Johnson, 1967).

Tras la publicación de su estudio, desde 1957 hasta 1990, los investigadores se dedicaron a ayudar a parejas mediante el diagnóstico y tratamiento de distintas disfunciones y problemas sexuales. En 1970 publicaron su segundo libro: "Incompatibilidad Sexual Humana". En esta obra trataron distintos problemas y disfunciones sexuales. Estas disfunciones, habían sido abordadas antes mediante tratamientos de larga duración que contaban con índices de éxito muy bajos. Masters

y Johnson, revolucionaron estos tratamientos tradicionales introduciendo un nuevo concepto: la terapia sexual. En esta nueva terapia sexual, se trataban estos problemas en pareja. Su índice de éxito era de más del 80% de los casos tratados, utilizando una media de 2 semanas de tiempo en el tratamiento.

Cuadro 2.3

PRINCIPALES APORTACIONES DE MÁSTERS Y JOHNSON

Másters y Jonson, investigadores en Saint Louis, Missouri, considerados por muchos como los padres de la sexología moderna, rompieron con los prejuicios emocionales que impedían el estudio científico de la fisiología sexual y analizaron, de manera muy detallada, las interacciones sexuales de 382 mujeres y 312 hombres de 18 a 89 años, en más de diez mil episodios de actividad sexual. En 1966 publicaron en el libro 'Respuesta Sexual Humana' las conclusiones de sus investigaciones.

Algunas de esas conclusiones fueron:

- La importancia del clítoris en la excitación y el orgasmo de la mujer.
- La descripción de la posibilidad de orgasmos múltiples en la mujer.
- La identificación, en el hombre, del "punto de inevitabilidad eyaculatoria", momento en el que el proceso eyaculatorio se activa desde el interior y ya no puede detenerse.
- La descripción del "periodo refractario" tras la eyaculación en el hombre, periodo de tiempo que varía de unos a otros, durante el que, aunque haya estimulación, no hay respuesta sexual ni es posible la emisión de esperma.
- La capacidad sexual de los adultos de mayor edad.
- La similitud esencial de la respuesta sexual del hombre y la mujer.
- El descubrimiento de que la mujer no experimenta periodo refractario y el de su capacidad multiorgásmica impactaron fuertemente en la sociedad de la época y sirvieron para desinflar el mito de la superioridad sexual masculina.

Las técnicas terapéuticas introducidas por Másters y Johnson tienen como objetivo eliminar la tendencia de muchas personas a involucrarse sexualmente con el objetivo de “lograr algo” (ya sea el orgasmo, o que la otra persona reaccione de alguna manera o demostrar algo a la otra persona o así mismos). El instante en que una persona se involucra sexualmente con objetivos, pierde la capacidad de disfrutar del proceso y su mente está más en la anticipación futura que en el presente. Másters y Johnson consideran que el funcionamiento sexual es natural, es decir, si no hubiera impedimentos o tabúes, las personas sabrían disfrutar del proceso, y en vez de pensar en un objetivo, trataría de extender el momento para aumentar el tiempo de satisfacción que les brinda el contacto físico, en cuyo caso el orgasmo sería una consecuencia y no un fin. La razón es que, en la mayoría de los casos, el problema radica no tanto en los individuos aisladamente sino en una disfunción en la interacción de la pareja. Si la disfunción es individual, de todas las maneras, la pareja puede ser de gran ayuda en la terapia.

Después de los estudios e investigaciones de Masters y Johnson, y sobre todo a partir de la revolución sexual, el estudio científico de la sexualidad se ha normalizado y se ha convertido en algo habitual.

Otro estudio que supuso un importante cambio social fue el de Shere Hite, publicado en los años setenta, que parte de los estudios de Masters y Johnson y de Kinsey. Hite realizó miles de cuestionarios sobre actitudes y conductas sexuales en hombres y mujeres (Hite, 1977; 1981). Al Informe Hite se le critica la falta de rigor estadístico y de tratamiento de los datos. Lohr y Velasco (2000) señalan que en realidad, es así, porque más que un análisis es un compendio de historias.

Otra figura destacada en el desarrollo de técnicas de tratamiento de las disfunciones sexuales fue Helen Kaplan. Fue una psiquiatra y terapeuta sexual austriaca-estadounidense, nacida en Viena en 1929 que propuso una modificación al modelo de respuesta sexual humana elaborado por Másters y Johnson (excitación,

meseta, orgasmo y resolución), eliminando la meseta e introduciendo el deseo como primera fase de la respuesta sexual. Un modelo trifásico de categorías entrelazadas e independientes: deseo, excitación y orgasmo. Hizo hincapié en la importancia de diagnosticar en cuál de estas fases se encontraba la disfunción para diseñar las intervenciones terapéuticas apropiadas.

Tras estos estudios, la sexología se manifestó como un campo importante de la salud. En la década de los años 1990, se incluyeron los problemas sexuales como entidades nosológicas en diferentes clasificaciones, entre ellas el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR), American Psychiatric Association, 1994). En estos manuales se proponía un modelo integrador que, basado en la propuesta de Masters y Johnson, incluía una fase de deseo tal y como propuso Kaplan (Ver la figura 2.1).

Más recientemente, a finales del siglo XX, Rosemary Basson revisó los modelos propuestos y desarrolló una nueva conceptualización de la respuesta sexual femenina (Basson, 2000; Basson et al., 2005). Basson estudió la respuesta sexual femenina y estableció el modelo cíclico biopsicosocial femenino frente al “modelo lineal” porque no lo percibe como una respuesta automática y que, una vez se activa, no se para hasta concluir su ciclo, sino más bien como un proceso en el que intervienen aspectos tanto físicos, como cognitivos y emocionales, otorgando valor a la propia relación con la pareja (intimidad, comunicación, afectividad, complacer y ser complacida), la autoestima y el bienestar del momento.

Asumió que dicha respuesta difiere de la masculina y que, hasta ese momento, se había tratado a la mujer equivocadamente al estudiarla con el esquema de la respuesta sexual del varón, siendo la respuesta sexual femenina muy distinta (otra de las consecuencias de la discriminación de género, que etiquetó durante mucho tiempo a la mujer como disfuncional en su sexualidad). Hasta ese momento, tanto la respuesta sexual femenina y masculina habían sido consideradas como en una línea

recta, que iba desde el deseo hasta el orgasmo. Pero, Basson encontró que en la práctica esto raramente ocurre, porque la respuesta de la mujer en realidad no es así. De acuerdo con Basson, las diferencias acerca de cómo los hombres y las mujeres experimentan la sexualidad, se puede expresar del modo que se describe a continuación.

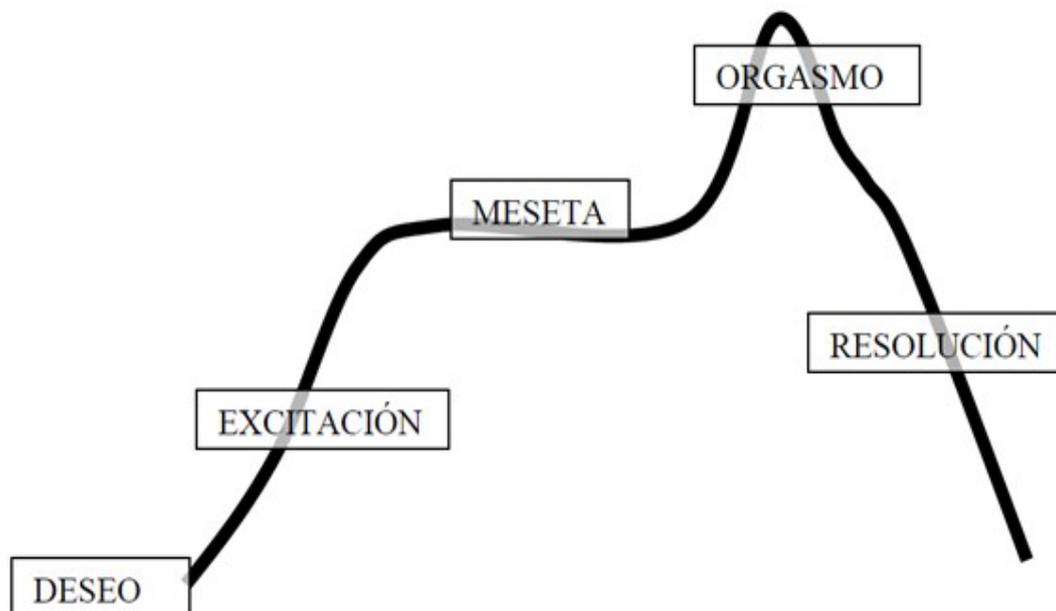


Figura 2.1

Esquema gráfico de las fases de la respuesta sexual, considerando los modelos de Masters y Johnson y de Kaplan conjuntamente

En los varones, generalmente la progresión de la respuesta sexual es lineal. Es decir, del deseo pasan a la excitación y de allí al orgasmo. En las mujeres, esa progresión sexual es circular. Las fases se superponen unas a otras en un orden que varía según las circunstancias que vive y experimenta la mujer en cada situación. Para Basson, la respuesta sexual de la mujer se parece a la del hombre solo en los inicios de las relaciones sentimentales, cuando la relación de amantes es reciente, pero luego, con el tiempo, la mujer necesita una mayor estimulación. El hecho de que dicha situación ocurra es totalmente normal. No debiendo considerarse una disfunción de la sexualidad femenina. El modelo alternativo de respuesta sexual femenina propuesto por Basson evidenció que el deseo significa cosas muy diferentes para mujeres y hombres. Hasta el momento habían sido consideradas como condiciones básicas del deseo, la presencia de pensamientos y fantasías sexuales y la urgencia por experimentar satisfacción sexual. Pero, según Basson, ese es el modo de funcionamiento de los hombres. Las mujeres, solo funcionan de esta manera en algunas circunstancias y fundamentalmente cuando las relaciones son nuevas y están en sus comienzos. Basson aportó el concepto de respuesta sexual circular. En la respuesta sexual circular el deseo de la mujer no necesariamente está presente al comienzo de la respuesta sexual, como sucede en el varón, sino que la respuesta sexual femenina comienza con un período de intimidad con su pareja y luego de la excitación, a lo que sigue la fase del deseo sexual (ver la figura 2.2).

Los conocimientos de estos nuevos estudios liberaron a las mujeres que habían sido encasilladas como disfuncionales del deseo, al no manifestarse este de entrada como ocurre con el varón, el que solo con el pensamiento de una situación sexual desencadena la fase del deseo. Los trabajos e investigaciones de Basson han sido de suma importancia para la sexología femenina. Sin embargo, esas investigaciones no tuvieron el rigor metodológico para incluirlas en la sexología basada en la evidencia (Granero, 2014).

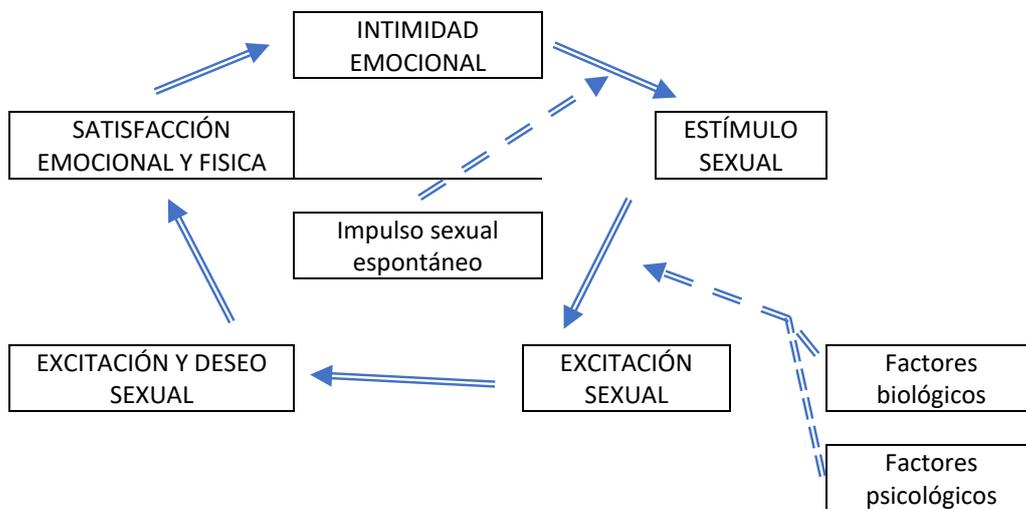


Figura 2.2.

Esquema del modelo circular de respuesta sexual femenina de Basson.

La respuesta sexual humana

Por tanto y en vista de los estudios analizados en párrafos anteriores por los investigadores señalados, podemos concluir que la sexualidad es, como otras características específicas de los seres humanos, el resultado del proceso evolutivo al que nos ha sometido la naturaleza. La primitiva función, exclusivamente orientada a la reproducción, que presenta el sexo en las especies animales menos evolucionadas, ha ido enriqueciéndose progresivamente conforme se asciende en el escalón evolutivo. Uno de los componentes más llamativos de este enriquecimiento fue la aparición de la capacidad de obtener placer como consecuencia de la actividad sexual. Los seres humanos estamos preparados para disfrutar de nuestra capacidad sexual, no sólo cuando se produce una interacción sexual, sino que infinidad de situaciones (individuales, en pareja, o en grupo) pueden ser aprovechadas para obtener ese tipo

de gratificación. En este sentido es necesario tomar nota de que la variedad de experiencias a las que nos vemos expuestos cada uno de nosotros, determina que sean incontables esas situaciones potencialmente sexuales en las que podemos disfrutar de nuestro cuerpo, de nuestra sexualidad. El aprendizaje de lo sexual tiene como consecuencia el hecho de que sean notables las diferencias en hábitos y en peculiaridades sexuales entre personas, culturas y épocas (López de la Llave et al., 2015).

Lo que es común a todas las personas es que la actividad sexual siempre se acompaña de una serie de manifestaciones psicofisiológicas que componen lo que se denomina la “respuesta sexual humana”. Desde un punto de vista fisiológico, no importa si la respuesta sexual fue provocada al “hacer el amor” con otra persona, por autoestimulación (masturbación) o por cualquiera otra forma concebible de actividad sexual. Aunque la experiencia pueda sentirse muy diferente, las reacciones fisiológicas básicas permanecen inalteradas. Estas reacciones no son exactamente iguales en dos personas distintas, ni tampoco en la misma persona en ocasiones diferentes.

Cuando hablamos de “respuesta sexual” nos referimos al proceso que engloba los cambios fisiológicos, y los fenómenos psicológicos, por los que pasa una persona como resultado de una Estimulación Erótica Efectiva (EEE). Precisamente lo que determina la puesta en marcha de esta respuesta es el hecho de que la estimulación sea eficaz para esa persona concreta, en ese momento preciso. Es necesario tener en cuenta que aquello que para una persona puede resultar estimulante y contribuir al inicio de la activación sexual, puede no serlo para otra. Por otro lado, aquello que en un momento puede tener efecto activador y desencadenar la respuesta sexual, en otro momento puede resultar inocuo sexualmente hablando (ver cuadro 2.4).

Desde el punto de vista evolutivo y psicobiológico esa sucesión de fenómenos fisiológicos tiene como fin el adecuado desempeño de la actividad sexual. Como sabemos, en estado de reposo, la disposición de los órganos sexuales no

resulta apta para que se produzca una interacción sexual coital. Para que ésta sea posible, los órganos sexuales han de experimentar notables cambios en su forma y su función a través de un proceso de activación (o excitación); así, el coito resulta del todo inviable sin una erección del pene, o si la vagina no se ha lubricado o no se ha dilatado. Aquí es importante señalar que los procesos fisiológicos que se desencadenan durante la respuesta sexual acontecen en cualquier forma de actividad sexual placentera, con independencia de si ésta resulta de la heteroestimulación o de la masturbación, o de si finalmente se produce, o no, el coito; hay que tener en cuenta que, aunque así suceda en buena parte de los encuentros sexuales heterosexuales, en las relaciones sexuales humanas el coito vaginal no es el único fin posible.

Cuadro 2.4

ESTÍMULOS SEXUALES

La conducta sexual en cualquier especie animal es una actividad instintiva. Si pensamos en algún animal, por ejemplo, un perro, vemos como unos estímulos concretos desencadenan su conducta sexual. El papel jugado por los estímulos externos (por ejemplo, los olores) e internos (por ejemplo, los niveles hormonales) es determinante, tanto para el inicio de la conducta sexual como para su transcurso y culminación. En el caso de los seres humanos la respuesta sexual es también una forma de reaccionar a un tipo de estimulación. Cuando nos exponemos a un estímulo apropiado se inicia el proceso, que se compone de una secuencia de fases “acumulativas”. La respuesta sexual humana se va construyendo y creciendo mientras se mantenga la estimulación, pero si la estimulación desaparece, o deja de resultar eficaz por cualquier causa (por ejemplo, por dejar de ser el foco de atención), la respuesta se interrumpe.

El comportamiento sexual humano no es instintivo, pero en el proceso de respuesta sexual humana hay una parte que puede ser explicada como refleja, y que por lo tanto cuando se inicia no resulta posible detenerla: el orgasmo. Cuando después de la estimulación apropiada, y de la superación de cada una de las fases que le anteceden, se inicia el orgasmo, ya no se puede detener. Sin embargo, sí es posible controlar la respuesta antes de ese momento; así en las fases anteriores, si la estimulación cesa, o deja de ser efectiva, la respuesta se detiene y el organismo recupera su estado basal.

A diferencia de otras especies animales, en el caso de las personas la respuesta sexual puede ser desencadenada en cualquier momento, a cualquiera hora del día o noche. Los estímulos pueden pertenecer a cualquier ámbito sensitivo (pueden ser visuales, táctiles, olfativos o auditivos) o de pensamiento (recuerdos, fantasías). Cualquier evento que pueda ser percibido, recordado o mentalmente creado, puede convertirse, mediante un proceso de aprendizaje, en un estímulo sexual. Esto hace que las posibles fuentes de estimulación sexual sean tan numerosas y variadas, que no sea posible enumerarlas o resulte difícil clasificarlas. Las variaciones sexuales son un ejemplo que puede ilustrar esta cuestión; se trata de comportamientos sexuales que son elicitados de modo habitual, o a veces de modo exclusivo, por estímulos que consisten en objetos o situaciones atípicas desde el punto de vista sexual. Este es el caso de las parafilias, como, por ejemplo: el fetichismo, el travestismo, el masoquismo, el exhibicionismo, la zoofilia o la coprofilia.

El sentido del tacto es el que, de forma más general, es capaz de producir estimulación erótica. Una persona se da cuenta de que “está siendo tocada”, debido a que cuando se estimulan las terminaciones

nerviosas de la piel, o de otros tejidos más profundos, estos nervios informan a las áreas competentes del cerebro de que se está produciendo esta estimulación. La superficie del cuerpo contiene terminaciones sensitivas de este tipo, distribuidas de una forma desigual a lo largo de la superficie del cuerpo. Entre las zonas más sensibles a la estimulación sexual se encuentran las denominadas zonas erógenas. Las zonas erógenas más conocidas son el glande del pene en el hombre y el clítoris y los labios menores en mujeres, el perineo (área entre los órganos sexuales y el ano), el ano, las nalgas, las superficies interiores de los muslos, los senos (especialmente los pezones), el cuello y la boca.

La mayoría de las personas son conscientes de que pueden llegar a ser estimuladas sexualmente no tan sólo por personas o cosas que tocan, sino también por lo que pueden ver, oír, oler o saborear. La vista de un cuerpo bello, el sonido de una voz armoniosa, el olor de un perfume, además del sabor de ciertos alimentos o el de las secreciones glandulares de su amante, pueden ser poderosos estímulos eróticos. Una persona concreta se excita mediante una imagen, un sonido, olor o sabor porque lo asocia con una experiencia sexual placentera previa, como hemos dicho antes, lo ha aprendido (en este caso mediante un proceso de condicionamiento clásico). Cuando se producen asociaciones desagradables puede originarse una reacción negativa que tiende a reducir, o extinguir, la activación y la respuesta sexual.

No existe ninguna imagen, sonido u olor erótico “per se”, llegan a ser así sólo debido a las propias experiencias sensuales. No debe resultar sorprendente, por lo tanto, que en tiempos y culturas diferentes se sienta atracción por distintos ideales de belleza, o que cierta pieza de música pueda aparecer estimulante para determinado grupo, pero no para otros. Los seres humanos en general dependen enormemente de

factores psicológicos en su respuesta sexual y mucha gente se estimula con imágenes mentales solamente. En realidad, hay ciertos individuos que son capaces de alcanzar el orgasmo sencillamente con fantasías sexuales (Komisaruk, 2011).

Como vemos, cuando hablamos de la respuesta sexual humana, es clave tener en cuenta la diferencia que nos separa de cualquier otra especie. En nuestro caso no sólo intervienen otros estímulos, además de los meramente innatos, sino que además éstos pueden ser modificados por el aprendizaje. Por eso en el ser humano los estímulos que desencadenan la respuesta sexual son idiosincrásicos. La capacidad de respuesta sexual de cada uno de nosotros es el resultado de un condicionamiento individual (lo que determina que haya grandes diferencias en cuanto a hábitos y características sexuales); esta permeabilidad a la experiencia da como resultado una ilimitada variabilidad en las manifestaciones de respuesta sexual de cada individuo.

2.2.- Concepto de sexualidad

Mediante el término “sexo” nos referimos al conjunto de características biológicas que definen a todos los seres humanos como mujeres y hombres. Muchas veces, el contenido semántico del término “sexo” en el lenguaje coloquial incluye el significado de actividad (por ejemplo, tener o hacer ‘sexo’) y también como un conjunto de comportamientos (por ejemplo, roles sexuales); nosotros, con el objetivo de buscar la máxima precisión, trataremos de limitar el uso del término “sexo” al plano estrictamente biológico. El sexo se define como la apariencia femenina o masculina de una persona. Está determinado basándose en cinco criterios físicos: a) sexo cromosómico, b) sexo gonadal, c) sexo hormonal, d) estructuras reproductivas

accesorias internas, y e) órganos sexuales externos. Las personas son mujeres u hombres en función de que posean los criterios físicos femeninos o masculinos; la mayor parte de las personas somos claramente hombres o mujeres, en función de esos cinco criterios físicos, sin embargo, un grupo minoritario no encajará en esta clasificación, siendo su sexo ambiguo (intersexualidad).

Cuadro 2.5

CONCEPTOS SEGÚN LAS ACTAS DE LA REUNIÓN CONVOCADA POR LA OPS Y LA OMS CELEBRADA EN GUATEMALA EN MAYO DE 2000 Y PUBLICADAS EN EL DOCUMENTO "PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL. RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN"

Sexo: El término se refiere al conjunto de características biológicas que definen al conjunto de los seres humanos como hembras y machos

Género: Es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

Identidad sexual: La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

Identidad de género: Define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos

organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

En junio de 2011, un grupo internacional de expertos se reunieron en Madrid y, basándose en el documento anterior, llegaron a unas conclusiones que han sido publicadas en Educación para la sexualidad con bases científicas: Documento de consenso de Madrid, entre ellas algunos conceptos como:

Sexo: Es la diferencia en características biológicas de hombres y mujeres que está determinado por los genes de una persona.

Género: Se refiere a diferencias en los roles sociales, atributos y comportamientos que las sociedades y las familias esperan de los hombres y mujeres. El género no es lo mismo que las diferencias biológicas por sexo.

Identidad: Es la forma en que las personas piensan de sí mismas, o se describen a sí misma ante otras personas. La forma en que las personas se identifican a sí mismas puede cambiar con el tiempo. **Identidad sexual:** Incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona.

Identidad de género: Define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambas. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género.

Rol sexual: Son los papeles asignados a hombres y mujeres por la sociedad, condicionando las formas en que las personas expresan socialmente su sentimiento de identidad. No son innatos, sino que se aprenden, variando entre las culturas y con el paso del tiempo.

Hay un acuerdo generalizado en cuanto a que la “sexualidad” se refiere a los significados individuales y sociales del sexo, además de sus aspectos biológicos. El término “sexualidad” se utiliza para hacer referencia a una dimensión primordial del hecho de ser un ser humano. La sexualidad de una persona se manifiesta por tres vías: sabemos que la sexualidad está implicada en los procesos de la reproducción, la sexualidad tiene que ver con las diferentes formas de sentir y provocar placer y, finalmente es necesario destacar cómo la sexualidad determina la forma de comunicarnos y relacionarnos con otras personas. De esta manera las funciones de la sexualidad quedan definidas, así como las tres mencionadas: reproducción, placer y comunicación. En su plano biológico, la sexualidad se fundamenta en el sexo y en la reproducción; en el plano psicológico en la orientación sexual y el erotismo; y en el plano social y comunicativo en la vinculación afectiva y el amor. Las personas experimentamos y expresamos nuestra sexualidad en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales (entre los que estarían aspectos éticos y religiosos o espirituales). Aunque la sexualidad pueda abarcar el erotismo, los vínculos afectivos, el amor, el sexo y la reproducción, no todas estas dimensiones tienen que estar expresándose durante todo el tiempo ni tampoco necesariamente ha de manifestarse en todas las personas. La sexualidad se encuentra presente a lo largo de toda la vida de una persona, aunque es posible que las expresiones e influencias que repercuten en la sexualidad vayan cambiando, cualitativa y cuantitativamente, a lo largo de los años.

La sexualidad como hemos comentado en párrafos anteriores está determinada por el contexto histórico y cultural concreto donde se vive; está fuertemente influida por las costumbres, las tradiciones y los valores y, a su vez, la sexualidad influye sobre estos aspectos de la vida social de las personas. Su desarrollo completo depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

2.3.- Concepto de salud sexual

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) "la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" (OMS, 2006).

En los años ochenta del pasado siglo XX, el Consejo de Información y Educación sobre la Sexualidad de los Estados Unidos, Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), propuso una lista de comportamientos, que de alguna manera podrían definir qué podemos esperar de un adulto sexualmente saludable. En el cuadro 2.6 se presenta la lista de "Comportamientos de vida del adulto sexualmente sano".

Según esta propuesta, la salud sexual se manifiesta a través de la expresión libre y responsable de las capacidades sexuales que favorecen el bienestar personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. La consecución y mantenimiento de la salud sexual requiere que se reconozcan y se garanticen los derechos sexuales de las personas. La salud sexual puede observarse, y debe ser tomada en cuenta, tanto en el plano personal como en el social. En el plano personal, existen comportamientos concretos que se han identificado como las conductas que caracterizan a la persona sexualmente sana.

Cuadro 2.6

LISTA DE COMPORTAMIENTOS DE UN ADULTO SEXUALMENTE SANO (SIECUS, THE SEXUALITY INFORMATION AND EDUCATION COUNCIL OF THE UNITED STATES, 1964).

Una persona adulta sexualmente sana:

- Valora su propio cuerpo.
 - Busca información sobre la reproducción según sea necesario.
 - Afirma que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital.
 - Interactúa con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada.
 - Afirma su orientación sexual y respeta la orientación sexual de los demás.
 - Expresa su amor e intimidad en forma apropiada.
 - Establece y mantiene relaciones significativas.
 - Evita toda relación basada en la explotación y la manipulación.
 - Toma decisiones con conocimiento de causa respecto a opciones de familia y estilos de vida.
 - Muestra destrezas que mejoran las relaciones personales.
 - Se identifica y vive de acuerdo con sus propios valores.
 - Es responsable de sus propios actos.
 - Practica la toma de decisiones eficaz.
 - Se comunica de manera eficaz con su familia, sus compañeros y su pareja.
 - Disfruta y expresa su sexualidad durante el transcurso de su vida.
 - Expresa su sexualidad de manera congruente con sus propios valores.
 - Es capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás.
 - Expresa su sexualidad a la vez que respeta los derechos de los demás.
 - Busca información nueva que le permita mejorar su sexualidad.
 - Utiliza métodos anticonceptivos de manera eficaz a fin de evitar embarazos no deseados.
 - Evita el abuso sexual.
 - Busca atención prenatal oportuna.
-

-
- Evita contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual.
 - Practica comportamientos que promueven la salud, tales como reconocimientos médicos regulares, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación oportuna de posibles problemas.
 - Muestra tolerancia hacia personas con diferentes valores y modos de vida sexuales.
 - Ejerce sus responsabilidades democráticas con el objeto de tener influencia en la legislación relativa a los asuntos sexuales.
 - Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, de los medios de comunicación y de la sociedad en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
 - Promueve los derechos de todas las personas a tener acceso a información fidedigna acerca de la sexualidad.
 - Evita los comportamientos que conllevan prejuicio e intolerancia.
 - Rechaza los estereotipos respecto de la sexualidad de las diversas poblaciones.

Las personas sexualmente sanas y que expresan su sexualidad de una forma positiva, se sienten a gusto con su cuerpo y con su orientación sexual y se relacionan respetuosamente con personas de ambos sexos; cuando una persona es sexualmente positiva sabe expresar apropiadamente el afecto y la intimidad y no mantiene prácticas sexuales basadas en la explotación o la manipulación. Los hombres y las mujeres que sienten su sexualidad como una parte positiva de su personalidad disfrutan y obtienen placer cuando se relacionan sexualmente o llevan a cabo conductas sexuales; las personas sexualmente sanas se adaptan a los cambios que los años imponen en su capacidad sexual y se expresan y disfrutan sexualmente de acuerdo con sus valores.

Además, se puede decir que la salud sexual es un aspecto determinante en la paternidad y la maternidad responsables; los hombres y las mujeres sexualmente

positivos cuidan sus órganos sexuales y reproductores y utilizan los medios apropiados para evitar las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

En resumen, la Salud sexual, la sexualidad positiva, es la forma de vivir y expresar la sexualidad de una manera satisfactoria y placentera para uno mismo y para los demás.

En el plano social se pueden identificar algunas características que describen a las sociedades sexualmente sanas. Así podemos pensar que las sociedades que protegen y dan prioridad a la salud sexual de sus miembros muestran las siguientes características:

- Compromiso político. El Estado reconoce que la salud sexual es un derecho fundamental del ser humano y se hace responsable de la promoción de la salud sexual.
- Políticas explícitas. Las instituciones sociales, entre ellas las entidades gubernamentales, formulan, desarrollan y ponen en práctica políticas públicas que comprenden instrucciones claras y precisas destinadas a la protección y promoción de la salud sexual como derecho humano fundamental.
- Legislación. Es fundamental contar con leyes que protejan de la explotación a las personas vulnerables (por ejemplo, prohibición de la prostitución infantil); reconocer los derechos de todas las personas a la integridad del cuerpo (por ejemplo, protección contra la mutilación genital y proteger a las minorías sexuales para que se respeten sus derechos humanos tan fundamentales como educación, salud y empleo (por ejemplo, legislación contra la discriminación); y promover la igualdad en todas las dimensiones sexuales (por ej. Legislación relativa a la igualdad de oportunidades).
- Buena educación. Un elemento necesario de una sociedad sexualmente sana es el acceso universal a la educación sexual desde el punto de vista de la salud acorde con la edad, a todo lo largo de la vida.

-
- Infraestructura suficiente. Con el fin de garantizar el acceso de las personas a los servicios, es necesario contar con una infraestructura de profesionales y otros agentes de salud especializados en la resolución de problemas e inquietudes de índole sexual. Esto una sociedad comprometida con la salud sexual de los miembros que la integran apoya las investigaciones adecuadas y concretas destinadas a abordar las inquietudes clínicas, educativas y de salud pública. Esto abarca la investigación relativa a las inquietudes emergentes (por ejemplo, nuevas infecciones) y la vigilancia para estimar la extensión y tendencias de condiciones que afectan la salud y que pueden ser prevenidas (por ejemplo, tasas de relaciones sexuales peligrosas en poblaciones de alto riesgo, tasa de violencia sexual, prevalencia de disfunciones sexuales, etc.).
 - Vigilancia adecuada. La vigilancia es necesaria para supervisar los indicadores biomédicos y de comportamiento que miden las inquietudes y los problemas de salud sexual.
 - Cultura. Es necesario lograr una cultura de apertura hacia la salud sexual que a la vez asigne a esta la prioridad que le corresponde. Algunos indicadores tales como calidad de la información suministrada por los medios sobre las inquietudes relativas a la salud sexual, y el grado en que pueden promoverse abiertamente los mensajes sobre salud pública relativas a las graves amenazas a la salud sexual, pueden servir para valorar la cultura. (López de la Llave 2012)

Como decíamos al comienzo de esta parte teórica, la medida de cualquier variable, desde la perspectiva de las ciencias positivas, requiere de una definición operativa. Vimos la definición de salud en párrafos anteriores y en este apartado trataremos de operativizar el concepto de salud sexual.

Para identificar y analizar estos conceptos primero, hemos llevado a cabo una revisión de la literatura buscando las palabras claves "salud sexual" en cuatro bases de datos en línea: PsycINFO, Psycodoc, Psycarticles y Medline. Se identificaron las definiciones de salud sexual desde la definición original de 1975 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta la definición más reciente. Las definiciones más

recientes se han basado en los elementos esenciales proporcionados en la definición original de la OMS, pero se han agregado conceptos de salud mental, responsabilidad y derechos sexuales. Aunque existen similitudes en las definiciones, no todas son iguales.

En la actualidad, el concepto de "salud sexual" ha ido evolucionado y adaptándose a los cambios y acontecimientos políticos, sociales y otros eventos históricos (como la revolución sexual de 1960), la lucha en curso por los derechos reproductivos y el aborto, el movimiento por los derechos de las personas homosexuales, las preocupaciones por la superpoblación y el impacto internacional del VIH / SIDA. (Edwards y Coleman, 2004).

Hace más de cuarenta años, la OMS (1975) publicó la primera definición internacionalmente aceptada de salud sexual. Esta definición surgió de una reunión de consulta técnica internacional celebrada en Ginebra en 1974. El informe técnico estaba dirigido a profesionales de la salud y otras personas involucradas en programas de capacitación en el campo de la sexología.

Al elaborar el concepto de salud sexual, el documento declaraba la importancia de la información sexual y el derecho al placer. El informe de la OMS de 1975 identificó tres elementos adicionales de salud sexual:

- la capacidad de disfrutar y controlar el comportamiento sexual y reproductivo de acuerdo con una ética social y personal;
- liberarse del miedo, la vergüenza, la culpa, las falsas creencias y otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y deterioran las relaciones sexuales.

La definición también enfatizó claramente que la salud sexual es positiva y puede influir en la calidad de vida de un individuo. Sin embargo, la publicación del informe generó controversias que dieron lugar que casi 10 años después en 1983, en una reunión patrocinada por la Oficina Regional de la OMS para Europa y celebrada en Copenhague, se analizará, cómo la sexología podría contribuir a los programas

regionales de la OMS sobre sexualidad, planificación familiar y se propusieron metas generales de salud para el año 2000. Las conclusiones de esa reunión se publicaron en un documento técnico que representa el consenso de los asistentes (Langfeldt y Porter, 1986).

La reunión reafirmó la definición de salud sexual de la OMS de 1975. Además, se concluyó que la comprensión de la salud sexual no era posible sin una comprensión correspondiente de la sexualidad. En consecuencia, se formuló la siguiente definición:

La sexualidad es una parte integral de todas las personas. Es una necesidad básica y un aspecto del ser humano que no puede separarse de otros aspectos de la vida. La sexualidad no es sinónimo de relaciones sexuales, no se trata de si tenemos orgasmos o no, y no es la suma total de nuestras vidas eróticas. Estos pueden ser parte de nuestra sexualidad, pero no la única. La sexualidad es mucho más: es en la energía que nos motiva a encontrar el amor, el contacto, el calor y la intimidad; se expresa en la forma en que sentimos, nos movemos, tocamos y somos tocados; se trata de ser sensual además de ser sexual. La sexualidad influye en los pensamientos, sentimientos, acciones e interacciones y, por lo tanto, en nuestra salud mental y física.

Uno de los aspectos claves de esta definición de sexualidad fue la distinción de los aspectos biológicos del sexo de los conceptos más amplios que abarcan nuestra sexualidad.

En 1987, se celebró otra reunión de seguimiento en Copenhague para evaluar el progreso realizado en el campo de la sexualidad humana, la planificación familiar y la salud desde la reunión regional de la OMS de 1983 en Europa. Los objetivos específicos de esta reunión fueron estudiar el desarrollo en la comprensión de la salud sexual, revisar los factores que afectan la salud sexual, sugerir indicadores para evaluar la efectividad de los programas y facilitar el movimiento de las naciones europeas hacia una mayor salud sexual. (Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, 1987).

Contrariamente a informes previos, en este informe se argumentó que una definición de salud sexual no era factible ni deseable. El informe afirmaba que la salud sexual no era un concepto científico, sino que reflejaba la comprensión de una cultura que estaba atenuada por el tiempo y los valores prevalecientes. Un intento de crear una definición de salud sexual fue la idea de establecer "normas" para la salud sexual que ayudaran a definir el comportamiento de las personas como "saludables" y otros que no se ajustan a estas normas como "no saludables". Tal definición normativa de salud sexual no tuvo en cuenta la realidad de que la sexualidad es un fenómeno fluido, que cambia con el flujo y reflujo del tiempo, la cultura, la residencia (es decir, el hogar, las instituciones), la preferencia sexual, la clase social, la confianza, antecedentes personales, relaciones de pareja y antecedentes culturales (Schmidt, 1987).

En el documento de la OMS de 1987, a pesar de que se rechazó una definición universal de salud sexual, si se hizo hincapié en la importancia del reconocimiento de la variedad y singularidad de la sexualidad individual y el derecho a no ser sometido a explotación, opresión y abuso sexual. En este documento, se exploraron varios elementos de la salud sexual. Se afirmó que cualquier discusión sobre salud sexual debería reconocer la necesidad de un conocimiento preciso de la educación y el desarrollo sexual, así como una concordancia entre los valores y comportamientos, pensamientos y sentimientos de un individuo. Además, reconoció el impacto que la cultura, la preferencia sexual, las diferencias religiosas, la edad, la discapacidad y los factores socioeconómicos (entre otros) pueden tener en la salud sexual de un individuo. Por lo tanto, la posición del individuo (frente a la sociedad) en la comprensión de su salud sexual se reconoció de una manera que estaba ausente de la literatura anterior.

La Comisión Nacional de Salud Sexual para Adolescentes (1995), convocada en 1994 por el Consejo de Información y Educación sobre Sexualidad de los Estados Unidos (1994), presentó una definición posterior de salud sexual. La tarea de la comisión fue la de facilitar un nuevo enfoque de la salud sexual de los adolescentes al proporcionar pautas para los encargados de formular políticas, otros profesionales y los padres. El informe describió las tareas de desarrollo de la adolescencia temprana,

media y tardía e hizo recomendaciones de políticas para promover la salud sexual de los adolescentes.

Una novedad en la definición presentada por la Comisión fue la inclusión explícita del desarrollo sexual y la declaración de que la salud reproductiva era un componente de la salud sexual en general. Esta definición enfatizó la importancia de la capacidad de desarrollar y mantener relaciones interpersonales significativas y respetuosas, y la capacidad de expresar afecto, amor e intimidad. Además, esta definición enfatizó la necesidad de una conciencia de los propios valores y apreciación del propio cuerpo. Este énfasis fue útil para comprender por qué la educación es importante para el desarrollo individual de la salud sexual. Aunque no se incluye en la definición, el informe también enfatizó la necesidad de una "integración de factores psicológicos, físicos, sociales, culturales, educativos, económicos y espirituales en la identidad de uno" (Comisión Nacional de Adolescentes Salud sexual, 1995).

Coleman (1997, 1999) presentó una revisión histórica de las definiciones de salud sexual que parten de la idea de que hay avances significativos en el conocimiento sexual en una nueva revolución sexual. En estos documentos, Coleman abogó por planes estratégicos para promover la salud sexual en el nuevo milenio. Reconociendo que un plan estratégico necesitaría una definición básica de salud sexual, Coleman abogó por la revisión de la definición de salud sexual de la OMS de 1975. Rechazó la noción del Informe de la OMS de 1987 de que una definición de salud sexual no era factible ni deseable. En su discusión sobre la salud sexual, Coleman (1997) hizo explícito que la salud sexual es contingente "sobre el bienestar y el sentido de autoestima de un individuo". En contraste con la definición de SIECUS, la definición de Coleman también fue más explícita sobre el supuesto de que la salud sexual implica la capacidad de derivar el placer sexual de la actividad y las relaciones sexuales. Su definición también enfatizó la no explotación, el respeto a los demás y la comunicación honesta y la confianza entre los socios.

Una revisión adicional de la definición de salud sexual tuvo lugar en una reunión de consulta técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS),

oficina regional de la OMS en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS; Promoción de la salud sexual, 2001). Esta reunión fue similar a las reuniones europeas antes mencionadas de 1983 y 1987, pero con un enfoque en las Américas (Norte, Centro y Sur). El objetivo de la reunión fue revisar la definición de salud sexual de la OMS y desarrollar nuevas estrategias para la promoción de sociedades sexualmente saludables.

La definición de salud sexual, que fue elaborada durante esta consulta técnica, dio lugar a avances importantes para integrar las fortalezas y abordar las críticas de las definiciones anteriores. La reunión afirmó la dificultad de 1987 de una definición universal de salud sexual.

La solución fue definir la salud sexual dentro de un marco de valores definidos individualmente. De hecho, el informe cita la definición de "salud" de la OMS y reconoce específicamente que el bienestar es un estado de valor definido. En consecuencia, la salud sexual no puede ser un concepto definido sin valores. En segundo lugar, el informe instó al campo de la sexología a identificar indicadores medibles de salud sexual. Esto implicaría operacionalizaciones de los diversos componentes de la salud sexual que las definiciones anteriores no atendieron. Como tercera contribución, este documento afirmaba claramente los derechos sexuales como una condición para lograr la salud sexual. Documentos anteriores tomaban en cuenta la salud sexual como un derecho. Sin embargo, esta fue la primera vez que se incluyeron los derechos sexuales en la definición. Este nuevo énfasis representaba claramente la participación de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) en la discusión y la publicación reciente de la Declaración de los Derechos Sexuales de WAS (1999).

Lottes (2000) fue colaborador y editor de una colección de ensayos de expertos que explicaban la esencia del marco internacional sobre salud sexual, así como la experiencia de Finlandia en la aplicación de este marco. En un capítulo del libro sobre la historia de la definición de la salud sexual, Lottes destacó la lucha histórica para delimitar las distinciones entre salud sexual, salud reproductiva,

derechos sexuales y derechos reproductivos. Según Lottes, desde mediados de la década de 1990, ha habido un vínculo global entre la salud reproductiva y la salud sexual, un vínculo que comenzó en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo en 1994 (Naciones Unidas, 1994; Galoviche, 2016). Si la salud sexual es un subconjunto de la salud reproductiva o viceversa ha sido una fuente de debate continuo.

Similar a la definición de SIECUS, Lottes (2000) argumentó que la salud reproductiva es un componente distinto de la salud sexual. Lottes (2000) no estuvo de acuerdo con la definición de salud reproductiva del ICDP, que incluía la salud sexual bajo la salud reproductiva. Lottes (2000) razonó que la salud sexual y la salud reproductiva requieren una atención distinta debido a una diferencia de enfoque. Aunque el enfoque de la salud reproductiva se centra más en los problemas médicos relacionados con el embarazo, los derechos reproductivos, la maternidad... la salud sexual cubre cuestiones más amplias como el conocimiento, la autoaceptación, la identidad y la comunicación con la pareja.

Lottes (2000), de manera similar al documento de la OPS / WAS, intentó responder a las preocupaciones anteriores del documento de la OMS de 1987 intentando enmarcar el sexo y la salud, dentro de una perspectiva contextual. Su definición de salud sexual incluía muchos de los componentes de definiciones previas, incluido el disfrute personal, la ausencia de enfermedades, el control reproductivo y la ausencia de abuso y coerción. Del mismo modo, se destacó la importancia de la autoestima y el respeto mutuo. Además, la sexualidad saludable enriquece los componentes individuales, personales y de relación de la vida de uno (Edwards y Coleman, 2004).

Finalizaremos este apartado con la definición más actual propuesta por la OMS (2006) que define la salud sexual como "... un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad o disfunciones. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener

experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”.

Como resumen de este apartado se puede señalar que una definición operativa de salud sexual debe incluir aspectos relativos al placer, al cuidado y prevención de problemas tanto específicamente sexuales como los relaciones con las Infecciones de Transmisión Sexual; además, cualquier definición de salud sexual debe reflejar la idea de que la salud sexual y la sexualidad están inmersas y dependen del contexto social, la educación, los valores. Se debe señalar finalmente, que la salud sexual, debido a su carácter social requiere la conciencia de su importancia en las relaciones con los otros.

2.4.- Derechos sexuales

A la vista de todo lo expuesto hasta ahora, tanto en relación con la salud en general como a la salud sexual en particular, y desde una perspectiva integradora, puede ser relevante que consideremos la cuestión desde el punto de vista de los derechos de las personas.

No es ninguna coincidencia que la ONU en su declaración de los derechos humanos universales de 1948 no menciona los derechos sexuales.

Esta omisión fue criticada en su momento, pero desde aquel tiempo poco ha cambiado. Aún hoy, ninguna declaración de derechos sexuales universales ha sido aprobada por la asamblea general de la ONU. Esto significa que, según la última definición de OMS, a una gran parte de la humanidad no se le permite promover su salud sexual y tratar de ser sexualmente saludables. Sin embargo, este reproche, aunque obviamente es una conclusión inevitable, puede considerarse también ciertamente problemática. Habría que preguntarse si está realmente justificado aplicar a culturas muy diferentes, y a menudo mucho más antiguas que la nuestra, los criterios sobre el bien y el mal que tenemos hoy en occidente.

Como decíamos en líneas anteriores, la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios.

La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

- El derecho para libertad sexual. La libertad sexual abarca la posibilidad de los individuos para expresar completo su potencial sexual. Sin embargo, este excluye todas las formas de coerción, explotación y abuso sexual en cualquier momento y situaciones de la vida.
- El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual. Este derecho supone la habilidad para tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de uno mismo dentro del contexto ético personal y social propio. Abarca también el control y disfrute de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier clase.
- El derecho de privacidad sexual. Este supone el derecho a decisiones y comportamientos individuales sobre la intimidad mientras no se entremetan interfieran con los derechos sexuales de otros.
- El derecho de igualdad sexual. Este se refiere a estar libre de toda forma de discriminación en base a sexo, genero, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o incapacidad física o emocional.

-
- El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
 - El derecho a la expresión de las emociones sexuales. La expresión sexual es más que solo placer erótico o el acto sexual. Los individuos tienen el derecho de expresar su sexualidad con comunicación, tacto, la expresión emocional y amor.
 - El derecho para la libre asociación sexual. Esto significa la posibilidad para casarse o no, divorciarse, y para establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.
 - El derecho para tomar decisiones reproductivas libres y responsables. Esto abarca el derecho para decidir si tener o no niños, el número y el tiempo entre los niños, y el derecho de acceso completo a los medios para la regulación de la fertilidad.
 - El derecho a la información sexual basado en datos científicos. Este derecho implica que la información sexual se debe generar a través de un proceso desinhibido, pero a la vez científicamente ético y diseminarse por las vías apropiadas a todos los niveles sociales.
 - El derecho a una educación de sexualidad comprensiva. Este es un proceso de toda la vida desde el nacimiento y a lo largo del ciclo vital y debe incluir a todas las instituciones sociales.
 - El derecho al cuidado de la salud sexual. El cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todas las preocupaciones, problemas o desordenes sexuales.

En 2002, la OMS publicó, en la sección de género y derechos reproductivos de su página Web, su propia versión, ligeramente más corta, de los derechos sexuales. A continuación, presentamos esta “declaración”.

“Los derechos sexuales abrazan derechos humanos que ya se reconocen en las leyes nacionales, en documentos internacionales sobre los derechos humanos y otros documentos de consenso. Éstos incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia a:

-
- alcanzar los niveles más altos de salud disponibles en relación con la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de cuidado de salud sexual y reproductivo.
 - buscar, recibir y compartir información en relación con sexualidad.
 - Educación sexual. El respeto a la integridad física.
 - La elección de pareja.
 - decidir ser sexualmente activo o no.
 - Relaciones sexuales consensuales.
 - Matrimonio consensual.
 - decidir sí o no, y cuándo tener niños.
 - perseguir una vida sexual satisfactoria y placentera.

El ejercicio responsable de los derechos humanos requiere que todas las personas respetan los derechos de otros”.

Como conclusiones de esta exposición acerca de los derechos sexuales subrayamos que la historia de la ciencia ha mostrado que el concepto de salud sexual ha sido el reflejo del consenso entre las diferentes clases sociales, y ese consenso ha ido cambiando a través del tiempo. Probablemente, esto será siempre así. Sin embargo, es también probable que en el futuro cualquier nuevo consenso sea más amplio que los anteriores. Seguramente los medios modernos de comunicación, como por ejemplo Internet, serán de gran ayuda para encontrar este tipo de consensos; en este sentido, cada vez más voces antes silenciosas se están dejando oír, y haciendo fuerza para que las Ciencias de la salud utilicen la autocrítica en aras al desarrollo de propuestas y conceptualizaciones cada vez más amplias y adaptativas.

Los intentos de recopilación, análisis, y difusión de la información científica al servicio de salud sexual es parte de un proceso interminable, pero cada vez más extendido. La información veraz es un claro determinante de altos niveles de salud sexual y contribuye a la prevención de problemas y disfunciones en este ámbito. Hoy se pone especial énfasis en la promoción de la salud sexual más que en la prevención, porque se cree que, en el siglo XXI, la investigación sexológica debe contribuir a aumentar los niveles de bienestar, satisfacción y salud sexual; la sola prevención y terapia llevados a cabo por profesionales deben quedar atrás y dejar paso a acciones de promoción que impliquen a todos los ciudadanos. En este sentido se han pronunciado también instituciones como la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) que publicó en 2008 su documento “Salud Sexual para el Milenio” donde se proponen los siguiente ocho objetivos con relación a la promoción de la salud sexual:

1. Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos.
2. Avanzar hacia la igualdad y la equidad de género.
3. Condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionadas con la sexualidad.
4. Proveer acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad.
5. Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan el carácter central de la salud sexual.
6. Detener y revertir la propagación de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
7. Identificar, abordar y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales.
8. Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente de la salud y el bienestar total.

3.- ACTUACIONES PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL

3.1.- Problemas sexuales y bienestar sexual

Dado que la sexualidad se manifiesta fundamentalmente en tres áreas o dimensiones (la del placer, la de la comunicación y la de la reproducción), es también en esas tres áreas donde pueden manifestarse los problemas de salud sexual. En la tabla 2.4 presentamos, de una forma general, y no exhaustiva, diferentes categorías de problemas de salud sexual, así como ejemplos de algunos de los trastornos y problemas específicos de cada categoría. Además, en la tercera columna se contesta a una cuestión de especial interés para nosotros en este tema: de qué herramientas útiles disponemos los psicólogos para ayudar a las personas con problemas de salud sexual.

Probablemente el grupo de problemas de salud sexual, denominadas disfunciones sexuales, es al que más atención se viene prestando desde los servicios sanitarios. Se han señalado dos grupos de factores etiológicos en relación a las disfunciones sexuales: los psicológicos y los fisiológicos. Es necesario tener en cuenta que, aunque en la aparición y/o el mantenimiento de algunas disfunciones sexuales pueden ser determinantes ciertos trastornos orgánicos o físicos (por ejemplo, diabetes, hipertensión, hipogonadismo, trastornos medulares...), o la ingestión de diferentes sustancias legales o ilegales (antihipertensivos, antidepresivos, alcohol,

barbitúricos...), en la mayor parte de las disfunciones sexuales las causas psicológicas juegan un papel mucho más importante. Habida cuenta de esto, de alguna manera, se ve fuertemente fundamentada la necesidad de utilizar técnicas de intervención basadas en la Psicología científica cuando se abordan este tipo de problemas de salud.

Sin embargo, son numerosas las ocasiones en las que los problemas de salud sexual son otros bien diferentes al mal funcionamiento de la respuesta sexual. Como se ve en el cuadro 3.1 se dan diversos problemas sexuales que inciden no solo en el bienestar de las personas que los presentan, sino que impactan en otros individuos de su medio social (por ejemplo, las variaciones sexuales (parafilias), las relaciones sexuales coercitivas y ofensas sexuales...). En relación a estos problemas y a otras situaciones de la esfera sexual, los profesionales de la salud pueden llevar a cabo actuaciones más allá de la mesa asistencia. Nos referimos a actuaciones preventivas y de mejora de la salud sexual.

Es frecuente que las acciones preventivas ofrezcan entre sus actividades contexto de cambio de conductas, que muchas veces se centran en la adecuación de las actitudes sexuales, para que los comportamientos de las personas resulten más adaptativos tanto desde el punto de vista individual como social, todo ello en aras a un mayor bienestar u salud sexuales. De todo ello hablaremos más adelante.

3.2.- Las actitudes sexuales y su influencia en los problemas de salud sexual

Encontrar una definición única o consensuada sobre el término, actitud sexual es algo complejo. López (2009) la define como una predisposición a opinar, sentir y actuar ante objetos sexuales), situaciones personas diferentes, normas o costumbres sociales y conductas sexuales. Para Moral de la Rubia (2010) las actitudes sexuales consistirían en una predisposición aprendida para actuar selectivamente y conducirse de determinada manera en la interacción social en cuestiones relacionadas con la sexualidad.

**Cuadro 3.1
PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL**

Problemas relacionados con la sexualidad	Algunos ejemplos de cada categoría	Estrategias psicológicas para afrontar los problemas de salud sexual de este tipo
Problemas de identidad sexual	Estados de intersexualidad. Trastornos de identidad de género.	Ayuda para el acomodamiento al nuevo rol (en cambio se sexo).
Problemas de orientación sexual	Conducta homosexual.	Atención para minimizar los efectos colaterales debido a cuestiones sociales (ansiedad, asertividad...)
Disfunciones sexuales	Trastornos en las diferentes fases de la respuesta sexual.	Actividades para la prevención y el tratamiento específico de estos problemas
Variaciones sexuales (parafilias)	Fetichismo. Travestismo. Sadomasoquismo. Coprofilia. Necrofilia. Zoofilia. Etc.	Actividades para la prevención y el tratamiento específico de estos problemas
Relaciones sexuales coercitivas y ofensas sexuales	Voyerismo. Exhibicionismo. Paidofilia. Incesto. Acoso sexual. Violación.	Ayuda a las víctimas. Prevención e intervención específica en estos problemas. Trabajo con agresores
Problemas sociales relacionados con la sexualidad	Violencia contra las mujeres.	Prevención y ayuda a las víctimas. Trabajo con agresores
Problemas relacionados con la dimensión reproductiva	Infertilidad. Embarazos no deseados	Tratamiento de la ansiedad y sentimientos asociados. Prevención mediante educación para la salud sexual.
Infecciones de transmisión sexual	Gonorrea. Sífilis. Herpes. Sida. Hepatitis.	Actividades de prevención y de educación para la salud sexual.

Un aspecto importante en cuanto a las actitudes sexuales es la dirección que puede tomar la conducta en los diferentes contextos sociales y personales, en función de los componentes cognitivos, conductuales y emocionales de las actitudes. Si lo que predomina en ellas son los componentes emocionales, se puede hablar de erotofilia y erotofobia. Fisher et al. (1988) definen la dimensión erotofilia-erotofobia, como una disposición a responder a cuestiones sexuales mediante conductas de aproximación o huida. La erotofilia se ha relacionado con el hecho de contar con una más adecuada información sobre sexualidad y un mayor nivel de salud sexual. En cuanto al componente cognitivo se ha propuesto la dimensión conservadurismo vs. liberalismo. Considerando conjuntamente ambas dimensiones, cabe esperar que las personas conservadoras sean más erotofóbicas y las liberales más erotofilia. (Fisher et al., 1988; Rodríguez y Farré, 2004).

Como se puede ver no existe un acuerdo unánime entre los diferentes investigadores en cuestiones que hacen referencia a las características actitudinales que se reflejan en las conductas sociales, y más concretamente en lo referente a las actitudes sexuales (que resultan determinantes tanto en comportamientos prosociales como en los niveles de salud y bienestar de las personas). En este sentido, teniendo en cuenta su trascendencia, y considerando que las actitudes sexuales no son rasgos estables sino disposiciones a actuar que han sido determinadas por las propias experiencias, se han propuestos diversas estrategias para el cambio y la adecuación de las actitudes sexuales hacia posiciones congruentes con la salud sexual (ver cuadro 3.2).

Estas estrategias de cambio y adecuación son elementos habituales en los programas de educación para la salud sexual y de promoción de la salud sexual. De hecho, es habitual encontrar que la forma en que se evalúan esos programas consiste en observar los cambios en las actitudes sexuales de quienes participan. Es por ello que hoy se cuenta con diversos instrumentos dedicados a medir las actitudes sexuales (por ejemplo, Del Rio et al., 2017).

Cuadro 3.2

ALGUNAS ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO DE ACTITUDES SEXUALES

- Contribuir al descubrimiento de las propias actitudes.
- Ofrecer información acorde a las disposiciones actitudinales deseadas, por ejemplo, proponiendo la lectura y la observación de material audiovisual con contenido sexual.
- Sustituir creencias erróneas por conocimientos contrastados
- Practicar conductas que manifiesten las actitudes deseadas (por ejemplo, mediante la terapia del “rol fijo”, Kelly, 1955).
- Propiciar el conocimiento de las actitudes de otros.
- Participar en la construcción de argumentos de las posturas que se consideran pertinentes.

3.3.- Intervención para el mantenimiento y la mejora de la salud sexual con personas sanas

En cuanto a la intervención en el área de la salud sexual, el trabajo de los psicólogos puede llevarse a cabo fundamentalmente en dos diferentes contextos, y en cada uno de ellos se requiere la utilización, tanto de estrategias y herramientas “generales” de entre las desarrolladas por la Psicología científica, como de algunas técnicas específicamente “sexológicas”. Podemos señalar dos ámbitos principales de actuación psicológica en esta esfera de la vida de las personas: 1) el trabajo con personas sexualmente sanas y 2) la intervención para ayudar a aquellas personas que sufren trastornos sexuales (intervención clínica).

En el caso de la Promoción de la Salud sexual se pueden señalar también dos diferentes ámbitos de intervención: la educación para la Salud sexual (EpSS) y la Promoción de la Salud sexual (PSS). Así, la educación para la salud sexual es un “caso particular” de actuación en promoción de la salud sexual, cuya población diana son

principalmente niños y adolescentes, y cuyas actividades se llevan a cabo en el ámbito escolar y, deseablemente, de una forma transversal en sus programas formativos. Dado que tanto la EpSS como la PSS se dirigen a personas sanas (niños en un caso y adultos en el otro), comparten la utilización de técnicas informativas y educativas principalmente. Algunas características diferenciales de estos tipos de acciones serían las siguientes:

1. Las actuaciones de **Educación para la salud sexual** (EpSS) se basan en el uso de procedimientos netamente educativos. Aquí, resulta de especial relevancia el conocimiento de los estadios evolutivos en el desarrollo de las personas y de las características sexuales asociadas a estos momentos evolutivos. Por definición, estas actuaciones se llevan a cabo con chicos y chicas en el contexto escolar, y otros en ambientes de educación, más o menos, formal.

Como sabemos, el objetivo central en los programas de Educación para la salud sexual es la trasmisión de conocimientos y la educación en actitudes sexualmente sanas, que favorezcan comportamientos socialmente adaptados, respetuosos y saludables; así interesan temas que van desde el respeto a los otros, hasta conductas de autocuidado o de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) o de embarazos no deseados.

2. El trabajo en **Promoción de la salud sexual** (PSS), aunque en ocasiones se realiza de forma individual, lo más habitual, y eficiente, es que se trate en programas dirigidos a grupos de personas. En cualquier caso, estas actuaciones se dirigen a personas sexualmente sanas. Las herramientas fundamentales se basan en proporcionar información y conocimientos sobre sexualidad y en intervención sobre las actitudes en relación con la sexualidad. Las dos principales diferencias entre lo que hemos denominado Educación para la salud sexual y la Promoción de la salud sexual son:

- a) En primer lugar, las personas a las que nos dirigimos. Así, mientras que la EpSS se lleva a cabo con niños, niñas y adolescentes en el contexto escolar, la PSS se ofrece a jóvenes, personas adultas y personas mayores fuera del ámbito educativo formal.

b) Vista la diferencia de población diana, en unos casos niños, niñas y adolescentes y, en otras personas adultas, los contenidos, el lenguaje y las actividades que se proponen, se presentan de una forma diferenciada y adecuada a las características, sobre todo de edad, de estas poblaciones.

Las actividades en Promoción de la Salud sexual pueden llevarse a cabo teniendo como objetivo, o población diana, diferentes grupos de población; estos grupos pueden ser diferenciados por edad, sexo, nivel cultural, profesiones, etc. Como es de suponer, cuando el profesional se dispone a planificar las diferentes actividades, se han de tener en cuenta las peculiaridades de cada grupo, para de esta forma asegurar que los mensajes y las acciones que se realizan lleguen con claridad y tengan el efecto deseado en la mejora de los niveles de salud y bienestar en la esfera sexual de las personas a quienes se dirige la intervención.

Si en los casos anteriores destacábamos cómo la intervención iba dirigida a una población sexualmente sana, la intervención clínica se caracteriza por ser un tipo de actuación profesional que se ofrece para ayudar a quienes presentan un trastorno o disfunción sexual. Los objetivos que se buscan alcanzar desde este ámbito son la evaluación y el tratamiento de estos problemas, mediante la elección y aplicación de las técnicas de intervención terapéutica adecuadas a cada caso. Aunque, como decíamos antes, muchas de las estrategias, y técnicas de intervención psicológica, que se utilizan en el tratamiento de las disfunciones sexuales, pertenecen a la amplia categoría de técnicas psicoterapéuticas “generales” que viene proporcionando la Psicología científica a los profesionales para abordar diferentes problemas conductuales (emocionales, cognitivos o de comportamiento), desde el terreno específico de la investigación en sexología, también se han desarrollado y propuesto algunas técnicas de tratamiento propias para este campo, que tiene en cuenta algunas de las especificidades del comportamiento y de la respuesta sexual humana.

Cuadro 3.3

ALGUNOS CONOCIMIENTOS FUNDAMENTALES SOBRE SEXUALIDAD HUMANA QUE DEBEN SER BIEN CONOCIDOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJAN EN ESTE ÁREA

El proceso sexuación

Todas las personas somos seres sexuados, todos pertenecemos a un sexo. De una forma general se puede afirmar que somos varones o mujeres según sea nuestra dotación de cromosomas (XY o XX); esto es así en la mayoría de los casos, pero, aunque, con una relativamente escasa frecuencia, pueden darse situaciones excepcionales. La identidad de género y el papel social y personal de una persona (rol de género), no es el producto ni de la naturaleza, ni de la educación, ni de la herencia, ni del medio ambiente, actuando por sí solos. Muy al contrario, la naturaleza, la herencia y el ambiente, interactúan durante un período crucial del desarrollo. Así, es fundamental tener en cuenta la interacción que ejerce la genética unida al ambiente para comprender cómo se produce el proceso de diferenciación sexual, sin limitar la determinación de esta diferenciación sólo al componente genético.

Se trata de responder a cuestiones tales como: ¿qué sucede, y cómo sucede, en el transcurso de la vida de cada individuo (desde el momento cero, desde la fecundación) para que una persona se vaya “sexuando”? ¿Mediante qué procesos una persona se va haciendo niño/niña, hombre/mujer? ¿Qué sucede en esos pasos con las diferencias, alteraciones, deficiencias o patologías?

Excepto en aquellos casos en que los padres no desean conocer el sexo de sus hijos, cuando se le realiza una ecografía, ya antes de nacer, se nos asigna a uno de los dos sexos según la apariencia que muestra nuestro cuerpo. Desde ese momento se nos considera hombres o mujeres. Así, y como consecuencia de esta “asignación” fundamentada en las apariencias, ya desde el nacimiento somos criados como pertenecientes a uno u otro

género, siguiendo las normas y las costumbres asociadas a las circunstancias familiares, sociales y culturales que nos rodean.

En ese sentido, y solamente como el inicio de una larga lista de lo que se espera socialmente de cada uno en el desempeño de su rol sexual, desde el momento en el que se conoce el sexo, masculino o femenino, se provee al futuro bebé ya sea de ropita rosa y muñecas (para las niñas) o de ropita azul y cochecitos (para los niños).

Es este el instante en que se inicia nuestro proceso de sexuación. Desde ese momento las circunstancias sociales se “confabulan” para que vayamos adquiriendo los sentimientos adecuados al rol de hombre o de mujer, y para que nos adaptemos y aceptemos plenamente nuestra identidad sexual.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que a lo largo de la vida expresamos nuestra sexualidad de modos diferentes; así, en cada periodo evolutivo, y en relación a lo ya vivido y experimentado hasta ese momento, las personas muestran y expresan su sexualidad de diversas formas. Cada persona desde “su modalidad sexual” manifiesta afecto, se comunica, reafirma su identidad y su autoestima...; pero también puede manifestar desengaños, angustias, luchas conyugales, agresión, venganzas, o servirse de ella por intereses económicos.

Mantener una identidad sexual, un reconocimiento de la propia sexualidad, es el resultado de lo que se denomina “proceso de sexuación”, que se inicia en el momento de la concepción y sólo termina con la muerte. Se puede decir que la sexuación es la construcción de la propia sexualidad, de la propia identidad sexual. Están implicados tanto agentes innatos como factores adquiridos/aprendidos como consecuencia de las experiencias que nos proporciona vivir en un momento y un lugar determinado. Por lo tanto, factores biológicos, psicológicos, genéticos y ambientales son los que acaban conformando la diferenciación psicosexual de cada persona.

Ya antes del nacimiento, hay elementos del programa evolutivo de cada persona que vienen filogenéticamente escritas y que dejan un “sello”

permanente en cada individuo; sin embargo, las órdenes que se contienen en ese programa filogenético pueden resultar modificadas por cambios o desajustes en los antecedentes de algunos individuos. Desajustes tales como que se pierda o que se gane un cromosoma durante la división celular, que se produzca una deficiencia o un exceso de hormona materna, que acontezca una invasión de virus, o traumas intrauterinos, o deficiencias o toxicidades nutricionales, etc. Todas estas alteraciones del programa filogenético general pueden dejar su propia huella al programa genético de diferenciación o dimorfismo sexual y cuya base es, como ya hemos señalado antes, el dimorfismo cromosómico: XX (mujer) o bien XY (hombre).

Tras el nacimiento, el curso de la diferenciación psicosexual, por mandato filogenético, pasa a depender de la biografía psicológica y social. El programa biográfico social no está escrito de manera independiente al filogenético, sino en conjunción a este. Una vez escrito también el programa biográfico social, este acaba dejando, al igual que el filogenético, su propia huella.

Se han descrito los acontecimientos correspondientes al desarrollo del cigoto, desde la fecundación hasta el nacimiento, como un proceso secuencial que se puede describir como una carrera de relevos. Fue Money, (1972) quien propuso esta analogía de los acontecimientos que transcurren desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta la aparición de la conciencia de masculinidad o feminidad. De forma resumida esta carrera vendría definida por los siguientes estadios o relevos: 1) relevo cromosómico, 2) relevo gonadal y hormonal, 3) relevo de asignación tras el nacimiento y 4) relevo, de tipo fundamentalmente hormonal, que acontecerá en el momento de la pubertad.

En otro orden en cosas, se suelen distinguir tres tipos de características sexuales en las personas: a) características sexuales primarias; b) características sexuales secundarias y c) características sexuales terciarias.

Las características sexuales primarias están constituidas por los órganos sexuales externos. Se encuentran ya presentes antes del nacimiento y son las que hacen posible determinar si el feto es mujer o varón. Las características

sexuales secundarias son las características físicas que se desarrollan durante la pubertad y que más adelante acentúan las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres. Las características sexuales terciarias son cualidades psicológicas y sociales que son promovidas en un sexo y desalentadas en el otro. Por ejemplo, la candidez y la dulzura en las mujeres y el espíritu combatiente y agresivo en los hombres. Las características sexuales primarias y secundarias se fijan biológicamente y determinan que una persona sea mujer o varón. Las características sexuales terciarias son culturales y constituyen la feminidad o masculinidad de una persona.

- Características sexuales primarias

Desde el punto de vista estrictamente físico, las diferencias entre los sexos no son tan grandes como pudieran parecer a primera vista, desde el punto de vista estructural los órganos sexuales de los varones y de las mujeres son muy similares. En realidad, durante las primeras semanas de su desarrollo intrauterino son prácticamente indistinguibles. Es sólo su progresivo crecimiento y desarrollo, tanto prenatal como el que acontece más tarde durante la pubertad, lo que hace que sean anatómica y funcionalmente diferentes y mutuamente complementarios para el propósito de la procreación. Sin embargo, aún entonces todavía se pueden encontrar estructuras homólogas que se originaron en la misma masa celular.

- Características sexuales secundarias

Las características sexuales secundarias comienzan a aparecer durante la pubertad como consecuencia de la puesta en marcha de la acción de las hormonas. En general, estos cambios se van haciendo evidentes antes en las mujeres y un poco más tarde en los varones. Cuando finalmente se completa ese desarrollo físico, los cuerpos de hombres y mujeres muestran marcadas diferencias. Los cambios que se producen en la pubertad pueden ocurrir muy lentamente y extenderse durante un período de más de una década, o

pueden aparecer de forma repentina y completarse en tan solo un par de años.

- Características sexuales terciarias: el rol de género

A medida que el sexo físico/biológico de una persona se va desarrollando a lo largo de los años, desde el embrión indiferenciado hasta el adulto enteramente diferenciado, también se va construyendo el género de la persona. Por supuesto, la asignación a uno de los dos sexos se hizo ya desde que se conocieron las características sexuales primarias. Esta asignación, a su vez, determina cómo el recién nacido será tratado por los familiares, los amigos, los vecinos, etc. Sin embargo, el hecho de que esta asignación sexual prevalezca, y que el niño realmente la acepte, es otra cuestión. Sabemos que la autoidentificación sexual de un niño, tanto chico como chica, se va haciendo durante los primeros años de vida. El niño puede desempeñar exteriormente el rol que se desea de él, por ejemplo, por los padres, pero sin estar sintiéndolo en su fuero interno. Así, una niña puede representar el papel del género mujer mientras que secretamente lo rechaza en su interior. En otras palabras, una aparente niña puede identificarse secretamente con un varón (también es posible lo contrario). Para la mayoría de los niños no existe tal problema, sino que el rol de su género y su autoidentificación sexual son meramente las dos caras de la misma moneda.

En todo caso, en el transcurso de los años, los aspectos biológicos femeninos o masculinos de cada individuo son modulados por las dimensiones psicosociales de feminidad y masculinidad. De nuevo, este desarrollo, que comienza en el nacimiento, es especialmente fortalecido durante la pubertad. En este momento particularmente, se espera que los adolescentes se conviertan en hombres y mujeres "reales".

3.3.1.- La promoción de la salud sexual

Como se ha venido señalando a lo largo de estos párrafos. el concepto de promoción de la salud surgió a partir de algunos cambios producidos en la concepción de la salud y la enfermedad durante la segunda mitad del siglo XX. Hemos visto que la salud y enfermedad pasaron a considerarse como estados que forman parte de este continuo “salud-enfermedad” y no como categorías mutuamente excluyentes (López de la Llave, 2015).

La promoción de la salud sexual es una prioridad en todas las sociedades, ya que, para alcanzar una salud integral, es imperativo promover y mantener la salud sexual.

La capacidad de respuesta sexual y de impulso sexual son características heredadas, que no son fruto del aprendizaje. En ese sentido, cabe señalar que nuestra capacidad de respuesta sexual está limitada, al igual que nuestra capacidad de andar o abrazar, por dispositivos fisiológicos (anatómico, fisiológico, hormonal, neurológico...) que vienen definidos de forma innata. Sin embargo, es necesario considerar que esos límites biológicos que enmarcan toda la actividad sexual de las personas son muy difusos y permeables. En consecuencia, el aprendizaje y las experiencias vitales pueden determinar que se produzcan grandes diferencias en cuanto a los hábitos y características de orden sexual, y que debido a factores de aprendizaje la diversidad sexual sea casi ilimitada, tanto en sus componentes como en sus potencialidades.

Esta permeabilidad a la experiencia, que encontramos a la base de la variedad de expresiones de la sexualidad, es sobre la que se fundamenta la viabilidad de las acciones en Promoción de la salud sexual. Es decir, dada la plasticidad de la sexualidad es posible influir, mediante intervenciones para la promoción de la salud sexual, sobre los componentes de esta dimensión de la personalidad, con el fin contribuir a moldear su funcionamiento, para que los individuos puedan alcanzar el máximo de sus capacidades en este ámbito. La intervención psicológica para la promoción de la salud

sexual puede dirigirse a diversos objetivos, tales como la protección frente a infecciones de transmisión sexual, la ayuda para el funcionamiento sexual placentero, el fomento de relaciones respetuosas y enriquecedoras entre sexos...etc. En este apartado vamos a referirnos solamente a algunos de estos posibles objetivos, como ejemplo del vasto campo de actuación que es posible acometer desde las acciones de promoción de la salud sexual.

Intervención psicológica con personas sexualmente sanas

Es cada vez más habitual que la Psicología, y otras Ciencias de la salud, dirijan su atención a las personas sanas con el fin de afianzar y mejorar sus niveles de funcionamiento, bienestar y calidad de vida, además de actuar previniendo la aparición de enfermedades. Esto es un hecho también en la esfera de la sexualidad, donde desde hace décadas ya se proponen e implantan programas para la mejora de la salud sexual, especialmente en lo que concierne a niños, niñas y jóvenes. Es precisamente en este ámbito donde se puede decir que se iniciaron las primeras intervenciones en promoción de la salud sexual, llevándose a cabo programas de educación para la salud sexual en el contexto educativo. Más recientemente, estas actuaciones de mejora de la salud sexual en personas sanas se han extendido a diferentes colectivos de personas adultas y mayores. En el cuadro 3.4 se presentan algunos ejemplos de este tipo de acciones

3.3.2.- Educación para la Salud Sexual

Es importante distinguir entre la información sobre sexualidad y la educación sobre la sexualidad. La información sexual (por ejemplo, cómo funciona un cuerpo y cómo deben prevenir situaciones que pueden generar problemas de salud) no son más que datos, en principio, objetivables, mientras que la educación en sexualidad desarrolla y promueve actitudes en relación con el hecho sexual, y sus contenidos

dependen del contexto social y cultural donde se lleva a cabo. En este sentido, contar con conocimientos sobre sexualidad es una condición necesaria pero no suficiente para promover una sexualidad sana o para evitar los distintos trastornos y problemas asociados a esta dimensión personal (López de la Llave t al., 2020).

Cuadro 3.4

**ALGUNAS ACTIVIDADES DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL**

Fomentar las actitudes sexuales saludables.

Las actitudes resultan de gran importancia cuando se trata de temas, personas o conductas polémicos, y nos afectan más cuando estamos personalmente implicados. Las actitudes hacia la sexualidad son una predisposición para sentir, actuar u opinar sobre: eventos sexuales (e. g. pornografía), situaciones (e. g. desnudo), personas diferentes (e. g. homosexuales), normas o costumbres sociales (e. g. matrimonio) y conductas sexuales (e. g. sexo oral). Así, cuando se valora alguna situación como negativa, lo más probable es intentar evitarla, mientras que la valoración positiva estimula a acercarse a esa situación u objeto. Las personas que comprenden que la dimensión sexual es una fuente de bienestar que debe ser vivida en plenitud, están mostrando una actitud sexual positiva, saludable. Estas personas, mantienen ideas positivas hacia lo erótico, se comprometen personalmente en el cultivo de la sexualidad, son abiertas y respetuosas hacia las demás opciones sexuales, no tienen dificultades para expresar cuestiones relacionadas con el sexo, y consideran que la educación sexual es muy necesaria. En definitiva, son personas que se responsabilizan de su propia sexualidad.

Las actitudes presentan una estructura compuesta por tres elementos: el componente cognitivo, el afectivo y el comportamental. Factores que se sustentan uno al otro, y que cuanto más vinculados estén entre sí, la actitud será más firme y difícil de modificar. El componente cognitivo se refiere al grado de conocimiento, creencias, opiniones, pensamientos que la persona tiene hacia su objeto de actitud (e. g. “masturbarse provoca enfermedades”, “aceptar una felación es un signo de homosexualidad”, “durante la menstruación es peligroso mantener relaciones sexuales”). El componente afectivo hace referencia a los sentimientos de una persona y su valoración del objeto de actitud (e. g. ansiedad frente a las relaciones sexuales durante la menstruación o a mantener prácticas de sexo oral...), mientras que la dimensión conductual abriga tanto sus intenciones de conducta, como sus acciones respecto al objeto de la actitud (e. g. rechazo a las relaciones sexuales durante la menstruación, rechazo a prácticas de sexo oral...).

En una estructura actitudinal, cuando ocurre un cambio en uno de sus elementos, se genera una reacción en cadena que afecta a uno o todos sus componentes, provocando un desequilibrio que puede conducir a una reestructuración completa. Por ejemplo, al incluir una información novedosa (por ejemplo, la masturbación no atenta contra tu salud), la persona busca equilibrar o reformular su estructura (por ejemplo, ese nuevo conocimiento podría afectar a lo que siente ante la idea de tocarse y al comportamiento mismo de masturbarse). Entre las posibles situaciones que se pueden producir, se pueden señalar los siguientes: a) que la persona restablezca el equilibrio inicial rechazando el factor nuevo, b) que cambie en uno de los factores que conforman la estructura de la actitud de forma parcial, c) cambios en uno o dos de los factores que conforman la estructura de las actitudes de forma total y los otros componentes se mantengan

firmes y d) que la persona reestructure totalmente cada uno de los componentes de la actitud. Estas posibilidades en el proceso de cambio en las actitudes pueden utilizarse como estrategias para su adecuación y también contribuir a fortalecer las actitudes positivas respecto a la sexualidad, con las que ya cuentan las personas. Ver cuadro 9

Favorecer comportamientos respetuosos hacia la sexualidad de los otros

Las agresiones sexuales, los abusos, y otras formas de violencia sexual, especialmente contra las mujeres y otras personas en situación de desventaja (niños, minorías...), son en la actualidad un grave problema social, y representan el polo más dramático de entre los comportamientos asociales en relación con la sexualidad. Son innumerables las situaciones en las que se han señalado problemas (de mayor o menor importancia) en cuanto al respeto de la sexualidad de los otros (por ejemplo, con relación a las opiniones sobre temas sexuales o a su orientación sexual).

La mayoría de las veces el trabajo que se realizan sobre las actitudes, promoviendo actitudes sexuales positivas, revierte en una notable disminución de comportamientos de este tipo. Sin embargo, conviene tener en cuenta que, en ocasiones, después del cambio de actitudes se hace necesario un entrenamiento específico en habilidades sociales, puesto que los hábitos mantenidos durante tiempo pueden resultar resistentes al cambio sin una intervención específica para readaptarlos. Algunos ejemplos de comportamientos socialmente respetuosos que conviene fomentar cuando se llevan a cabo intervenciones en promoción de la salud sexual se presentan a continuación:

- Trato respetuoso a personas de una orientación sexual diferente a la propia
- Respeto por las opiniones de los demás respecto a lo sexual

-
- Comportamientos asertivos en relación con los temas que implican abusos, agresiones o violencia sexuales
 - Respeto a las interacciones sexuales de otras personas (ejemplo, dos personas besándose en un parque), pero se fomenta la asertividad a la hora de expresar el desacuerdo cuando se trata de escenarios que se consideran inadecuados para expresar la sexualidad (por ejemplo, masturbarse en un parque).
 - Utilización del lenguaje correcto y socialmente aceptado (por ejemplo, evitar el uso de un vocabulario “vulgar” para referirse a órganos sexuales, prácticas sexuales, orientación sexual...

El mantenimiento y la mejora del placer sexual

Es relativamente frecuente, encontrar personas adultas, hayan recibido, o no, educación para la salud sexual en sus años jóvenes, que indican su interés en mejorar su capacidad de disfrute sexual. Se trata, como no podía ser menos en este apartado, de personas sexualmente sanas, que desean potenciar el placer y el bienestar que obtienen de su sexualidad. Hemos señalado más arriba cómo el funcionamiento sexual (la respuesta sexual que se produce cuando se “hace el amor”. depende de la calidad del estímulo erótico, de que este sea verdaderamente efectivo. Aquí es necesario recordar algunas cuestiones relativas al proceso psicológico que denominamos percepción. La eficacia de los estímulos para producir las respuestas, a los que están asociados, disminuye con el uso, se produce un fenómeno de acostumbamiento, que determina una disminución de la intensidad, y de otras variables de la respuesta (latencia, cualidad...). Además, la calidad perceptiva no solo guarda relación con las características del estímulo en sí mismo, sino que depende del procesamiento de estos

estímulos, de forma que en el caso de la sexualidad procesos mentales ajenos a la esfera de la sexualidad, pueden interferir con la eficacia de los estímulos sexuales. La ansiedad, por ejemplo, que trataremos en el siguiente apartado es uno de los fenómenos que puede interferir la respuesta sexual, pero esta obstrucción no solo se produce con emociones o estímulos “competitivos” de carácter negativo, otros de carácter más neutro o incluso positivo pueden tener el mismo efecto entorpecedor.

Entre las herramientas que el psicólogo puede utilizar para ayudar a alcanzar este objetivo es necesario destacar, en primer lugar, la información sobre la anatomía sexual y sobre el proceso de respuesta sexual y el papel de los estímulos eróticos, mostrando cómo mantener y mejorar su eficacia, lo que determinará un aumento del placer y del funcionamiento sexual. También el trabajo en adecuación de actitudes, como ya se ha señalado, y ofrecer información rigurosa sobre los conocimientos actuales en relación con la sexualidad que cubra las lagunas de conocimiento y deshaga los mitos, las falacias y las falsas creencias en relación a la sexualidad que todavía se hallan tan extendidas.

Contribuir a la prevención de problemas de salud sexual

Además de impacto que la promoción de la salud sexual pueda tener para prevenir problemas sexuales como las disfunciones sexuales, los embarazos no deseados o las infecciones de transmisión sexual, se pueden señalar otros objetivos menos obvios, entre los que destacaremos, a modo de ejemplo, la prevención de problemas sexuales en las personas mayores.

En la mayoría de los estudios e investigaciones sobre la sexualidad de las personas mayores, se ha encontrado que la disminución de la actividad sexual, en este grupo de personas, no se explica solo por los cambios

fisiológicos y el envejecimiento. Está además muy relacionada con otro tipo de factores: los factores psicosociales, las expectativas y las actitudes impuestas por el entorno social, y los factores psicológicos propios de cada persona.

La pérdida de eficacia de los estímulos sexuales (como hemos señalado antes), la pérdida de atractivos corporales de la pareja y la creencia de que no es correcto tener fantasías sexuales a esas edades, se unen para disminuir la búsqueda del contacto sexual. Además, el debilitamiento físico y psíquico propios de la etapa disminuyen el interés por el contacto sexual y crea temores por el cansancio extra que pueda producir y sus consecuencias físicas (por ejemplo, Masters y Johnson, 1987, recomiendan posiciones menos exigentes desde el punto de vista físico, como es el coito en decúbito lateral). En muchos casos, las creencias religiosas, en algunos grupos sociales, pueden ser un freno a la actividad sexual, ya que consideran el sexo como algo pecaminoso. En el hombre, el "temor al desempeño", a fallar, a no lograr una buena erección o no hacer un "buen papel", sobre todo con una pareja de menos edad, se une a la falsa idea de que la potencia sexual es ahora menos adecuada para exigencias mayores. En la mujer se traduciría por el temor a que su cuerpo o su desempeño no sean del agrado de su compañero.

Las estrategias de actuación, en promoción de la salud sexual en este ámbito, pueden dirigirse a facilitar el acceso a la información de la salud sexual por medio de tecnología apropiada (aunque este proceso educativo debería comenzar desde edades tempranas: hay que preparar a las personas desde la juventud o la infancia para que comprendan los cambios que ocurrirán con la edad). Los programas de promoción de la salud sexual para mayores, con metodología grupal, permiten ofrecer herramientas que les servirán para modificar conductas o desmontar mitos y tabúes

relacionados con la sexualidad. Este trabajo contra los mitos y tabúes es muy efectivo en intervenciones grupales, pues los participantes refuerzan las ideas planteadas por quien coordina la actividad. La discusión y análisis, durante las sesiones, de aspectos específicos de la vida, favorece que se propicien cambios de actitud (como ocurre, por ejemplo, cuando se facilita la decisión de formar nuevas parejas, o de tratarse una disfunción sexual que está presente desde la juventud...).

Como se ha señalado, la sexualidad de las personas está determinada por factores innatos y por factores adquiridos. Lo que denominamos factores adquiridos se basa en la información, la educación, que se recibe.

Se pueden señalar, básicamente, dos procesos por los que se recibe esta información respecto a la sexualidad:

- 1) educación sexual AD LIBITUM (o informal)
- 2) educación sexual CONTROLADA (formal, planificada).

Ninguno de estos dos procesos, avala que el resultado de esa educación sexual sea beneficioso, adaptativo, saludable o promueva el bienestar (individual o social). Dependiendo de cuestiones completamente debidas al azar, muchas personas de las que reciben educación sexual ad libitum, es decir sin ningún tipo de control (observando a las personas que le rodean, acudiendo a la información en libros o en Internet, concluyendo de sus propias experiencias...), logran adquirir una sexualidad que puede calificarse como saludable. En otros casos, no es así. La educación sexual controlada, se caracteriza por que tiene una intencionalidad. Esta intención (que puede ser cultural, moral, ética, ciudadana, salud...) es la que, verdaderamente, determina que sea apropiada y deseable tanto para individuos como para la sociedad en general. Desde hace décadas, los profesionales de la salud y de la educación, han venido proponiendo diferentes “calificativos” a la educación Sexual, para determinar

cuál es la “buena” y cuál es la “mala”, desde el punto de vista del bienestar de las personas y de las comunidades. Esto es así, porque obviamente, no todas las “formas de hacer educación sexual” son igualmente aceptables.

En este sentido, por ejemplo, se puede mencionar la propuesta que en los años 80 realizaba Félix López hablando de Educación Sexual fundamentada en conocimientos científicos. Posteriormente, se acuñó el concepto de Educación sexual integral. Sin embargo, la palabra integral, no define un objetivo, sino un procedimiento.

El hecho de decir que se hace educación sexual integral no informa sobre la finalidad que se pretende alcanzar cuando se actúa “controlando” las acciones que se realizan sobre el desarrollo de la sexualidad de una persona. Se puede hacer, y se hace, educación sexual integral con la finalidad de mantener las tradiciones, con la finalidad promover el respeto a las normas morales, con el fin de fomentar determinadas actitudes. Lo integral, asociado a la educación sexual, indica que de alguna manera se pretende que los resultados, sean consistentes, que la educación sea verdaderamente efectiva. Seguramente, en países como Benín, Burkina Faso, Camerún, Guinea, Kenia, Mali, Mauritania, Níger... los líderes comunitarios llevan a cabo “programas” de Educación Sexual Integral, con la finalidad de mantener las tradiciones relativas a la mutilación genital y a otras cuestiones tradicionales y culturales. Seguramente, en algunas instituciones religiosas, se realizan programas de Educación Sexual Integral, que tienen la misión de favorecer conductas sexuales acordes con la moralidad de la religión de la que hablemos. Seguramente, desde algunas posiciones sociales y políticas, se puedan proponer programas de Educación Sexual Integral, con la finalidad de mantener los roles de género, hasta hace nada tradicionales, en los que la mujer tenía un papel pasivo y dependiente del macho (López de la Llave et al., 2020).

Decir Educación sexual integral, es decir bien poco. Desde nuestro punto de vista, ha llegado el momento de referirnos a este proceso de educación sexual “controlada”, poniéndole un calificativo que sea innegablemente válido para todas las

culturas, sociedades y momentos. Por eso creemos que es necesario hablar de Educación para la salud sexual. Si se quiere se puede poner la palabra integral, pero ya hemos señalado que es una cuestión de proceso, que no informa sobre el resultado deseado. La Educación para la Salud sexual controlada (o formal, como ha venido denominándose hasta ahora) consiste en la planificación de los procesos de aprendizaje, directa e indirectamente relacionados con el patrón de conductas y experiencias sexuales, así como con el patrón del sistema de valores sociales, o culturales, relativos a la sexualidad. Se realiza fundamentalmente a través del sistema educativo y en menor medida del sanitario. Uno de los principales problemas que se mencionan en este ámbito es la escasa (y a veces inadecuada) formación de los profesionales (educadores y sanitarios). Este déficit se manifiesta tanto en conocimientos como en las actitudes que se manifiestan en relación con lo sexual. Es por ello importante resaltar la necesidad en su capacitación. La práctica de la educación para la sexualidad y la promoción de la salud sexual ha sido promovida por diferentes organismos internacionales, instituciones y asociaciones profesionales. Implica la adopción de un enfoque integral, aplicado al estudio de necesidades, planificación, implementación y evaluación de los programas para llegar de forma eficiente a los distintos grupos poblacionales.

Diferentes profesionales, instituciones y asociaciones, que desarrollan acciones en el ámbito de la salud y los derechos sexuales, señalan que:

1. La educación para la salud sexual sigue siendo una asignatura pendiente.
2. Profesionales, Instituciones y colectivos dedicados a la educación para la salud sexual encuentran trabas y dificultades para llevarla a cabo.
3. Parece haberse producido un retroceso en la marcha hacia el respeto generalizado de los derechos sexuales y en la implantación de acciones y programas de educación para la salud sexual en particular.

4.- LA MEDIDA DEL ESTADO DE SALUD SEXUAL: UNA BREVE REVISIÓN

Como hemos ido viendo y exponiendo hasta ahora, la salud está considerada como uno de los principales bienes que poseen las personas y, por tanto, los distintos estados y gobiernos destinan un número cada vez mayor de recursos a mejorar la asistencia sanitaria de sus ciudadanos. Por esa misma razón, existe un gran número de estudios que analizan el estado de salud de las personas desde diversos puntos de vista (Castro et al., 2007).

Es por ello por lo que cada vez se hace más necesario disponer de instrumentos de medida en el ámbito de la salud que se puedan utilizar en la práctica clínica, intervenciones comunitarias de promociones de la salud mediante programas e investigación.

Para garantizar la calidad de su medición, es imprescindible que los instrumentos sean sometidos a un proceso de validación. Este proceso consiste en adaptar culturalmente un instrumento al medio donde se quiere administrar y comprobar sus características psicométricas como: fiabilidad, validez, sensibilidad y factibilidad. (Carvajal et al., 2011).

Se entiende el concepto de medir como el procedimiento que consiste en aplicar una escala patrón a una variable o un conjunto de variables mientras que el sustantivo "medición" se refiere a la extensión, dimensión, cantidad, etc., de un atributo (Leite, 2018),

Según Morgenstern y López en 2019, medir variables de salud abarca diferentes niveles de medición, que pueden generarse de dos maneras:

1. Por la observación directa de la persona (por ejemplo, la presión arterial de las personas, el acceso de las personas a los servicios de salud cuando los necesitan).
2. Por la observación de un grupo poblacional o un lugar mediante tasas y proporciones (como la tasa de prevalencia de hipertensión o el porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años que son madres), medias (media de consumo de sal per cápita en un municipio) y medianas (mediana de supervivencia de enfermos con cáncer), entre otras.

Las mediciones generadas a partir de la observación de grupos o lugares se usan para generar indicadores y pueden clasificarse de la siguiente manera:

1. Mediciones consolidadas de salud: Son mediciones (medias, medianas, proporciones) que resumen las observaciones de individuos en cada grupo observado (por ejemplo, tasa de prevalencia de hipertensión en mujeres y en hombres en un grupo etario). En otras palabras, miden la salud en la población.
2. Mediciones ecológicas o ambientales: Se refieren a características físicas del lugar en el cual los grupos de población viven o trabajan. Algunas de estas características pueden ser difíciles de medir (por ejemplo, exposición a la contaminación atmosférica, a horas diarias de luz solar, a vectores del dengue). Son factores externos al individuo.

-
3. Mediciones globales: Son atributos del grupo o del lugar sin análogos a nivel individual (densidad poblacional, índice de desarrollo humano, producto interno bruto per cápita). Se consideran indicadores contextuales.

En el campo de la salud pública existe una jerarquía de conceptos. El dato es la unidad más primaria (input) que, al trabajar con ella, genera un indicador; este, una vez analizado, genera información que, luego de interpretada, genera conocimiento. El conocimiento debe divulgarse por medio de procesos de comunicación adecuados y eficientes para influenciar la toma de decisiones relacionadas con la salud y producir una acción. Esta espiral de producción de evidencia que termina en la acción adoptada en el campo de la salud pública es la base de lo que se ha denominado "salud pública basada en la evidencia" (Brownson, 1998).

Un indicador es una medición que refleja una situación determinada. Todo indicador de salud es una estimación (una medición con cierto grado de imprecisión) de una dimensión determinada de la salud en una población específica. Y tiene como características que los indicadores son dinámicos, y responden a situaciones y contextos temporales y culturales específicos.

Los indicadores de salud se pueden clasificar en positivos o negativos. Los positivos hablan del concepto de buen estado de salud y los negativos del concepto de mal estado de salud.

Con el fin de unificar criterios sobre el uso de indicadores, la Organización Mundial de la Salud (208) publicó un manual sobre la vigilancia de los progresos en la salud por medio de indicadores. En el manual de la OMS se revisaron indicadores de distintos tipos, incluyendo:

- 1) la política sanitaria nacional

-
- 2) factores socioeconómicos relacionados con la salud
 - 3) la prestación de la atención a la salud
 - 4) el estado de la salud.

Las medidas generales que se mencionaron respecto a la situación de la salud fueron: a) el estado nutricional y desarrollo psicosocial; b) las tasas de mortalidad y morbilidad; y c) otra información que refleja el nivel de bienestar biológico y social de la población.

Entre los principales usos o aplicaciones de los indicadores de salud, se encuentran los siguientes:

Descripción. Los indicadores de salud pueden usarse para describir, por ejemplo, las necesidades de atención de salud de una población, así como la carga de enfermedad en grupos específicos de la población. La descripción de las necesidades de salud de una población puede, a su vez, dirigir la toma de decisiones en cuanto al tamaño y la naturaleza de las necesidades que deben atenderse, los insumos necesarios para enfrentar el problema, o los grupos que deben recibir mayor atención, entre otras funciones.

Predicción o pronóstico. Los indicadores de salud pueden usarse para prever resultados en relación al estado de salud de una población (predicción) o de un grupo de pacientes (pronóstico). Estos indicadores se usan para medir el riesgo y el pronóstico individuales, así como la predicción de la carga de enfermedades en grupos de la población. Asimismo, pueden predecir el riesgo de brotes de enfermedades, por lo que pueden asistir, por ejemplo, en la prevención de situaciones de epidemia o en frenar la expansión territorial de determinados problemas de salud.

Explicación. Los indicadores de salud pueden ayudar a comprender por qué algunos individuos de una población son sanos y otros no. En este caso, es posible analizar los indicadores según los determinantes sociales de la salud,

como son los roles y las normas de género, la pertenencia a una etnia, y los ingresos y el apoyo social, entre otros, además de las interrelaciones entre dichos determinantes.

Gestión de sistemas y mejoramiento de la calidad. La producción y observación regular de los indicadores de salud pueden además suministrar retroalimentación con el objeto de mejorar la toma de decisiones en diferentes sistemas y sectores. Por ejemplo, los considerables avances en la calidad de los datos y los indicadores generados en los Estados Miembros de la OPS se deben en gran medida a la mejora de los sistemas nacionales de salud al momento de recopilar, analizar y monitorear un conjunto de indicadores básicos de salud. En Brasil, por ejemplo, la Red Interinstitucional de Información de Salud (RIPSA) promueve la producción y el análisis de indicadores de salud, y la retroalimentación a las fuentes de datos y los sistemas de información nacionales.

Evaluación. Los indicadores de salud pueden reflejar los resultados de las intervenciones en la salud. El monitoreo de esos indicadores puede reflejar la repercusión de políticas, programas, servicios y acciones de salud. Distintos autores han analizado el nivel de adecuación (resultados compatibles con lo esperado) y plausibilidad (resultados no explicados por factores externos) de la evidencia del impacto en el ámbito de la salud, donde las tendencias y la distribución de los indicadores de salud son útiles y, en ocasiones, suficientes como evidencia para demostrar el resultado de las políticas, programas, servicios y acciones de salud pública (Ravindran y Kelkar-Khambete; 2007)

Promoción de la causa. Los indicadores pueden ser herramientas a favor o en contra de ciertas ideas e ideologías en diferentes contextos históricos y culturales. Un ejemplo es la elocuencia con que los políticos evocan ciertos indicadores de salud en defensa o en contra de determinadas políticas o gobiernos. El uso de indicadores de salud para la promoción de la causa es

una de las estrategias más importantes para lograr progreso, puesto que puede orientar la toma de decisiones y mejorar el nivel de salud de la población.

Rendición de cuentas. El uso de indicadores de salud puede satisfacer la necesidad de información sobre riesgos, patrones de enfermedad y muerte, y tendencias temporales relacionadas con la salud para una diversidad de públicos y usuarios, como los gobiernos, los profesionales de la salud, los organismos internacionales, la sociedad civil y la comunidad en general. Ofrecer a esos públicos la posibilidad de monitorear la situación y las tendencias de salud de una población cumple un papel primordial en el control social, la evaluación y el seguimiento institucional.

Investigación. La simple observación de la distribución temporal y espacial de los indicadores de salud en grupos de la población puede facilitar el análisis y la formulación de hipótesis que expliquen las tendencias y las discrepancias observadas.

Indicadores sensibles al género. Los indicadores que toman en cuenta el género miden las brechas entre hombres y mujeres que son consecuencia de diferencias o desigualdades de los roles, normas y relaciones de género. También proporcionan evidencia sobre si la diferencia observada entre hombres y mujeres en un indicador de salud (mortalidad, morbilidad, factores de riesgo, actitud en cuanto a la búsqueda de servicios de salud) es resultado de desigualdades de género. Para la construcción de estos indicadores pueden ser necesario el desglose de los datos o el agregado de variables adicionales. Por ejemplo, al porcentaje de adolescentes que son madres se le puede añadir el porcentaje de estas madres que informaron que el padre de su hijo tiene 30 años o más.

Según Naciones Unidas en 2014, los atributos que se esperan de un indicador útil para medir la salud de una población son fundamentalmente:

-
- **Mensurabilidad y factibilidad:** Se refiere a la disponibilidad de datos para medir el indicador. Si un indicador no puede ser medido debido a la disponibilidad de datos o si su cálculo es demasiado complejo, no es posible monitorear fácilmente los avances y el logro de los objetivos. Sin embargo, en la elección del indicador se debe considerar también su utilidad. Por ejemplo, es posible calcular un gran número de indicadores de salud a partir de datos de sistemas nacionales de información que no tengan ninguna relevancia, y por ende ningún impacto, en la toma de decisiones, que tengan escasa validez, que no sean oportunos o que tengan alguna otra limitación.
 - **Validez:** Es la capacidad del indicador de medir lo que se pretende medir. Está vinculado a la exactitud de las fuentes de datos que se usan y el método de medición.
 - **Oportunidad:** Los indicadores deben ser recopilados y notificados en el momento oportuno. Por oportunidad se entiende aquí el momento en que se necesita el indicador para tomar una decisión relativa a la salud. El tiempo que transcurre entre la recopilación y la notificación de los datos debe ser mínimo para que el indicador transmita información actualizada y no información histórica.
 - **Reproducibilidad:** Las mediciones deben ser iguales cuando son hechas por diferentes personas usando el mismo método. Un indicador se considerará reproducible si no hay un sesgo por parte del observador, los instrumentos de medición o las fuentes de datos, entre otros factores.
 - **Sostenibilidad:** Se refiere a las condiciones necesarias para su estimación continua. Eso depende de las condiciones locales para mantener las fuentes de datos, así como del mantenimiento de la capacidad técnica para la estimación del indicador. Sobre todo, es sumamente importante que exista voluntad política. Cabe mencionar que, cuanto más relevante y útil es el indicador para la gestión de salud y más sencilla es su estimación, mayor es la probabilidad de que sea sostenible. En general, los indicadores

compuestos con métodos de cálculo más complejos (como indicadores de carga de enfermedad, calidad de vida y expectativa de vida sin discapacidad, entre otros), aunque tengan relevancia para la gestión, pueden tener limitaciones en cuanto a su sostenibilidad por la falta de capacidad nacional para retener y mantener los recursos técnicos necesarios en los servicios locales de salud. Por otro lado, si el indicador es importante, se debe tratar de fortalecer las capacidades técnicas para generar el indicador.

- **Relevancia e importancia:** Los indicadores deben suministrar información adecuada y útil para orientar las políticas y programas, así como para tomar decisiones. Por ejemplo, la estimación de tasas de prevalencia de portadores de marcadores genéticos o biológicos predictores de enfermedades para las cuales no existe intervención o método de prevención factible conocido (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer) puede tener una finalidad académica relevante, pero es irrelevante para la gestión en salud.
- **Comprensibilidad:** El indicador debe ser comprendido por los responsables de emprender acciones y, en particular, los que deben tomar las decisiones. La elección entre dos indicadores semejantes que reflejan la misma condición de salud debe guiarse por aquello que, en esencia, es más fácil de comprender. Por tanto, cuanto mejor se comprenda el indicador, mayor será la probabilidad de que se lo considere en la toma de decisiones sobre la salud.

En resumen, los indicadores tienen un papel clave al convertir los datos en información relevante para los responsables de tomar decisiones en el campo de la salud pública. Los indicadores de salud son relevantes para definir las metas relacionadas con la salud que deben trazarse las autoridades nacionales de salud.

En el caso que nos ocupa, el tema de la salud sexual se hace fundamental analizar, para qué sirve y con qué objetivos, medir el estado de salud sexual de una población. De esta manera, la obtención de indicadores y medidas sobre la salud sexual resulta fundamental en los procesos de diagnóstico de necesidades o de

descripción de la situación de la población puesto que, como se acaba de indicar, esta información será determinante en la toma de decisiones sobre las acciones que se puedan realizar para la mejora de la salud sexual.

La gestión de las acciones y de los recursos que se dediquen a la mejora de la salud sexual de las personas, requiere de mediciones que ofrezcan información y retroalimentación sobre los procesos que se han ido implementando.

Dado que cada vez es más frecuente la implementación de programas de educación para la salud sexual y o programas de promoción de la salud sexual para personas adultas, para evaluar este tipo de intervenciones se hace necesario disponer de herramientas que reúnan las características exigibles a los instrumentos de medida científicos.

Finalmente, aunque de extraordinaria importancia, se debe señalar la necesidad que tienen los investigadores de instrumentos válidos y fiables que permitan investigaciones en el medio social sobre la salud sexual.

5.- CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA EN PSICOLOGÍA

5.1.- Introducción

Los instrumentos de medida en psicología son utilizados por los psicólogos para la obtención de muestras de comportamientos de las personas. Dentro de los instrumentos de medida, los test son los más empleados por los profesionales de la psicología. Los datos obtenidos en los cuestionarios sirven para que los psicólogos tomen decisiones en función de estos resultados, por ello es fundamental para un diagnóstico, evaluación e intervención adecuadas, que los instrumentos cuenten con unos estrictos estándares de calidad. (Muñiz y Fonseca; 2019), para así maximizar la validez de las inferencias hechas a partir de las puntuaciones obtenidas, así como la equidad en la prueba de las personas evaluadas (Dorans et al., 2006), (Lane et al., 2016).

La medición de los fenómenos psicológicos se lleva a cabo mediante el siguiente procedimiento (Hernández-Sampieri et al., 2010):

- 1) la creación de un constructo riguroso que defina claramente el fenómeno que se quiere medir. Este constructo debe plantear las definiciones,

dimensiones, conceptos subsidiarios e interrelaciones del fenómeno de la manera más detallada posible.

2) con base en los constructos, se plantean situaciones observables en las cuales la manifestación del fenómeno de interés afecte a la conducta de los individuos.

Se han construido dos teorías generales que sustentan la construcción de instrumentos en psicología, que son la Teoría Clásica de los Tests (TCT) y la Teoría de Respuesta al Ítem (Muñiz, 2010).

El planteamiento fundamental de la TCT es que, cada uno de los reactivos del instrumento aporta a la medición del constructo junto con los demás, y si se modifican uno o varios reactivos de este, se tiene un instrumento de medición con propiedades diferentes (Muñiz, 2010). Por tanto, la medida del fenómeno depende del instrumento utilizado. Cada instrumento tiene diversas fuentes de error en la medida, y no es posible comparar las mediciones obtenidas con dos instrumentos diferentes, aunque se apliquen a la misma persona y bajo las mismas condiciones. Por otro lado, los atributos fundamentales de los instrumentos (su fiabilidad, validez y normas de calificación) construidos con los procedimientos de la teoría clásica dependen del grupo normativo en el que se obtienen y por ello no son propiedades intrínsecas de los mismos. Por ejemplo, una escala que mida conocimiento sobre algún tema será muy sencilla si la contestan individuos expertos, y muy difícil si la contestan legos. Estas situaciones inciden directamente en las normas de calificación y las interpretaciones de los puntajes que se obtienen con ellas (Prieto y Delgado, 2010). Para evitar estos problemas, la TCT recomienda utilizar las normas de calificación exclusivamente para individuos con características muy similares a las del grupo en el que se definieron. Por ello, hay que calcular normas e indicadores de fiabilidad y validez con cada grupo en el que se aplique el instrumento, lo cual es psicométrica y pragmáticamente sensato, pero no deja de ser insatisfactorio desde el punto de vista científico (Muñiz, 1997).

Además, una parte considerable de los trabajos de investigación en psicología de la salud no proporcionan sus propios datos de fiabilidad y validez; lo cual puede condicionar (o en casos extremos invalidar) las conclusiones obtenidas en esas investigaciones (Juárez-García et al., 2014).

En cuanto a la Teoría de Respuesta al Ítem, indica que la medición del fenómeno psicológico es una función de cada reactivo por separado, y cada uno de ellos tiene una función de información y una curva característica, que permite detectar el nivel del rasgo en función de la respuesta dada por el individuo. Esta teoría es la más utilizada en la elaboración de pruebas de ejecución máxima (Muñiz, 2010), ya que permite construir instrumentos independientes de las características del cuestionario específico utilizado y del grupo al que se le aplica. En contraposición, requiere que el constructo a medir y las condiciones de la aplicación cumplan con criterios restrictivos y esto es complicado en la práctica. Los criterios de forma resumida son dos: que el rasgo a medir sea unidimensional, y que se cumpla con la independencia local de los reactivos (es decir, que las respuestas que se dan a cada reactivo no se vean influidas por las que se dan a los otros). Estas restricciones han dado lugar a que la TRI sea poco adecuada para construir instrumentos que midan constructos multidimensionales como los que suelen trabajarse en psicología de la salud. (Muñiz, 1997

Tras realizar u obtener un cuestionario, se deben plantear las tres preguntas básicas sobre la medida obtenida.

1. ¿El instrumento mide realmente lo que tiene que medir? (Esta pregunta corresponde a la validez del instrumento).
2. ¿La medida del instrumento es estable? ¿Cómo la afectan factores aleatorios? (esta pregunta corresponde a la fiabilidad).
3. ¿Dónde se ubica la puntuación de un individuo particular en relación con los demás? (esta última pregunta se refiere a baremación).

La definición tradicional de la validez de un instrumento de medida es: “que el instrumento mida lo que tiene que medir”. La definición actual de validez se amplía a: “el grado en el cual las conclusiones e interpretaciones de cualquier medida están bien conformadas y justificadas, en tanto que son a la vez significativas y relevantes” (Cook y Beckman, 2006). Para conocer la validez de un instrumento, se debe hacer un juicio evaluativo global sobre si los datos empíricos y los constructos respaldan la pertinencia y el significado de las interpretaciones que se hacen con base en los puntajes de las pruebas (Oluwatayo, 2012).

Para entender los diferentes aspectos de la validez y la manera en que estos se evalúan, es esencial analizarlos por separado.

A continuación, se describen los tipos de validez, junto con una discusión breve de los procedimientos actuales para evaluarlos.

Validez aparente. Este tipo de validez se basa en juicios subjetivos, tanto del constructor como de los usuarios, sobre si el instrumento verdaderamente parece una encuesta formal o un instrumento de medida. Esto incluye un juicio valorativo sobre el léxico empleado, la claridad de las instrucciones, la organización del instrumento, y si sus reactivos son relevantes, claros, entendibles y razonables (Oluwatayo, 2012). La falta de validez aparente produce críticas y resistencia por parte de las personas que van a contestar el instrumento. Oluwatayo (2012) proporciona una descripción de los principales criterios que conviene cuidar para que el instrumento tenga validez aparente: 1) un formato claro y congruente con la estructura de un instrumento genuino, 2) los reactivos deberán ser claros, sin ambigüedad, y de un nivel de dificultad apropiado para quien responde, 3) El deletreo de los términos difíciles y el espaciado de líneas debe ser correcto, 4) Las instrucciones deben ser claras, suficientes y adecuadas, 5) Los reactivos deben parecer razonables de acuerdo con el propósito del instrumento, 6) la presentación debe ser clara y el soporte (ya sea físico, papel o virtual a través de una pantalla de visualización), de calidad adecuada.

Validez de contenido. ¿Los reactivos incluidos representan realmente a todas las dimensiones del fenómeno? Su análisis determina cuánto es de adecuada el

muestreo que hace un cuestionario del universo de posibles conductas que reflejan el constructo, y previene uno de los principales problemas que aparecen cuando solamente se cuida la validez de constructo: la subrepresentación del dominio del instrumento (Messick, 1991; Cohen y Swerdik, 2001). Esto ocurre porque los reactivos de todo instrumento, por muy extenso que sea, constituyen sólo una muestra de todos los reactivos que podrían construirse. A partir del constructo elaborado se pueden construir una gran cantidad de reactivos reflejando todas las dimensiones y relaciones posibles. Una muestra de reactivos que no sea representativa dejará sin cubrir aspectos fundamentales del constructo, y afecta directamente a la validez global del instrumento.

La validez de contenido se estima por métodos indirectos, y el más común y eficiente de ellos es el juicio de expertos (Muñiz, 1997; Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008). El juicio de expertos involucra la revisión del instrumento por parte de especialistas con experiencia en el trabajo con el constructo de interés, estos serán los encargados de juzgar si los reactivos son una muestra equilibrada y representativa del contenido. En su revisión de 2008, Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez reseñan las cualidades que los jueces elegidos deberían tener para realizar un trabajo óptimo: 1) experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basadas en evidencias, 2) reputación en la comunidad científica, 3) disposición y motivación para participar, 4) imparcialidad, confianza en sí mismos y adaptabilidad. Además, estas autoras recomiendan que al menos uno de los jueces sea un lingüista. Los aspectos para evaluar por los jueces pueden variar, así como los criterios para hacerlo. Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008) señalan la necesidad de evaluar, al menos: 1) si cada uno de los reactivos pertenece verdaderamente al constructo y la dimensión para la cual se construyó, 2) la tendenciosidad o sesgo del reactivo, y 3) la adecuación lingüística del reactivo para la población a la que va destinado.

El objetivo final del proceso de juicio de expertos es el de obtener un instrumento cuyos reactivos representen adecuadamente al constructo, con un lenguaje comprensible para el grupo de población al que se va a aplicar y con un mínimo de sesgo inducido.

Validez de constructo. Se considera esencial para la evaluación de escalas e instrumentos, ya que los análisis para determinarla comprobarán si la estructura del instrumento realmente reproduce la del constructo planteado. La validez de constructo suele dividirse en validez nomológica, convergente y discriminante. La validez nomológica se define como las relaciones teóricas y las encontradas con el instrumento. Si la teoría, por ejemplo, plantea la existencia de tres subescalas o dimensiones, esperaríamos que las puntuaciones de quienes respondan el instrumento se agrupen en tres subescalas. La validez convergente se refiere a que las medidas aportadas por nuestro instrumento deben tener correlación directa con las de otros instrumentos que miden el mismo constructo. La validez discriminante, se presenta si las medidas aportadas por nuestro instrumento no tienen relación con las de otros instrumentos que evalúan otros constructos (Batista-Foguet et al., 2004). Los métodos más comunes para determinar la validez de constructo son el análisis factorial (en sus modalidades exploratoria y confirmatoria), y los coeficientes de correlación.

El análisis factorial es una técnica estadística que permite determinar una cantidad reducida de factores comunes que expliquen la variabilidad de los datos (Beaver et al., 2013) para determinar si la estructura del instrumento reproduce la de la teoría o constructo que se utilizó para elaborarlo. Los datos necesarios son las puntuaciones de los reactivos, y se espera que los factores obtenidos correspondan con las dimensiones del constructo planteado.

El AFE es una técnica paramétrica, y su uso requiere que los datos se comporten linealmente y sigan una distribución normal multivariante (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). En el AFE se revisa el supuesto de normalidad mediante la aplicación de una prueba de bondad de ajuste, la de Kolmogorov-Smirnov, y el de linealidad mediante el examen de los cocientes de asimetría de los reactivos (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). Cuando no se cumple con el supuesto de normalidad, se pueden utilizar versiones del análisis con métodos de extracción de factores que permiten obviarlo. El análisis factorial funciona bien si todos los reactivos

tienen cocientes de asimetría en el intervalo de +1 a -1, se suelen utilizar reactivos de respuesta graduada, como los tipos Likert (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

El segundo paso es confirmar si la muestra de aplicaciones obtenida es adecuada para llevar a cabo la técnica. Para ello se emplea la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), la prueba de Esfericidad de Bartlett y el cálculo de la determinante de la matriz de correlaciones. Previamente hay que conocer si las variables están correlacionadas de manera significativa o no. La prueba de Esfericidad de Bartlett permite conocer esto contrastando la hipótesis nula de que los reactivos no correlacionan entre sí. Si no se puede rechazar la hipótesis nula, los factores obtenidos por el análisis serán completamente espurios. Si se rechaza la hipótesis nula, la determinante de la matriz de correlaciones indicará si es posible extraer un número limitado de factores (que representarán las dimensiones del constructo). Si el valor de la determinante es cero o negativo, no es posible realizar la extracción y no puede continuarse con el análisis factorial. Por último, es necesario conocer el grado de correlación conjunta que tienen las variables. Esto se hace mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Los valores óptimos abarcan de 0.8 a 1. Se estima que un valor de 0.65 a 0.8 puede ser útil, pero condiciona la interpretación de los resultados (Beaver et al., 2013). El tercer paso, la extracción de los factores, es de importancia crítica. Recordemos que los factores se corresponderán con las dimensiones de nuestro constructo de base. Cuando se cumple el requisito de normalidad multivariante, los métodos de extracción más utilizados son el de Máxima Verosimilitud y el de Mínimos Cuadrados Generalizados. Cuando no se cumple con este supuesto, los métodos más adecuados son el de Mínimos Cuadrados no Ponderados y el de factorización de Ejes Principales (Briggs y McCallum, 2003). Como resultado de la extracción de factores se obtendrán dos tablas, una donde se detallará el número de factores obtenidos, con la varianza explicada por cada uno, y otra donde se detallará la estructura general del cuestionario, con las cargas factoriales de todos los reactivos y el grado en que correlacionan con cada factor. En las soluciones extraídas en primera instancia, debido a las operaciones matemáticas necesarias para realizar el análisis, las varianzas explicadas por los factores suelen estar muy cargadas hacia el primer factor. Para eliminar este sesgo, es necesario recurrir al procedimiento

de rotación de los factores. Existen varios métodos de rotación, que se pueden agrupar en ortogonales y oblicuos. Los métodos ortogonales asumen que los factores obtenidos no están correlacionados entre sí (son independientes), los métodos oblicuos asumen que sí existe un grado de correlación apreciable entre los factores, y ayudan mucho a clarificar la estructura del instrumento cuando éste es efectivamente el caso. Entre los métodos ortogonales, el más utilizado es el Varimax, pues se considera sólido, estable y sencillo de interpretar (Fabrigar et al., 1999). Entre los métodos oblicuos están el Oblimin Directo y el Promax. Ambos métodos son aceptables, y se pueden utilizar los valores que los programas comerciales incorporan por defecto. En psicología, muchos de los constructos que se estudian plantean que sus dimensiones se relacionan entre sí.

Por otro lado, el proceso de eliminación y extracción se debe repetir cuantas veces sea necesario para obtener una solución clara, fácilmente interpretable y con el mínimo posible de reactivos ambiguos. Lo esperado es que la estructura encontrada reproduzca la de la teoría o constructo de base.

El Análisis factorial confirmatorio (AFC) puede ser considerada como una auténtica prueba de hipótesis. En el dominio de la construcción de instrumentos, se utiliza para contrastar la hipótesis de que un instrumento particular se adapta a una estructura determinada por la teoría o las observaciones (Lloret-Segura et al., 2014). Esta técnica es especialmente valiosa cuando tenemos un constructo teórico de base muy robusto, cuando queremos comprobar la validez de una adaptación transcultural, o cuando tenemos dos o más constructos “en conflicto”, y queremos saber cuál es el que se ajusta mejor a los datos empíricos proporcionados por el instrumento. Los pasos principales del AFC son:

- 1) Planteamiento del constructo base. Se refiere a la especificación de un constructo o teoría de base que se comparará con los datos aportados por el cuestionario. Si estamos en el proceso de construcción de uno, tendremos este paso resuelto en las primeras etapas.

2) Especificación del modelo. Este paso dependerá del software utilizado para hacer el análisis. Algunos programas permiten hacer los análisis dibujando simplemente el diagrama del constructo de base.

3) Análisis propiamente dicho, que nos dará generalmente dos tipos de resultados: los coeficientes de correlación entre las diferentes variables, y la varianza explicada por las variables inobservables que convergen en una variable observable en particular. Este es el verdadero paso crítico del AFC, pues proporciona los índices que contrastan la hipótesis de que los datos del cuestionario se ajustan al modelo teórico especificado. La mayoría de los programas informáticos proporcionan un gran número de índices de ajuste. No existe un índice de ajuste perfecto ni completamente consensuado, pero se ha demostrado en estudios de simulación que el índice comparativo de ajuste (comparative fit index, CFI) y la raíz cuadrada del error de aproximación (root mean square error of approximation, RMSEA) predicen, en conjunto, un adecuado ajuste de los datos al modelo. Los valores óptimos de ambos índices son: $CFI > 0.90$; $RMSEA \geq 0.03$ y ≤ 0.08 (Schreiber et al., 2006).

Una de las grandes ventajas del AFC es que permite decidir cuál de los distintos modelos teóricos en conflicto se ajusta mejor a una serie de datos empíricos (Lloret-Segura et al., 2014). Así, el investigador puede, por ejemplo, decidir si su constructo está representado de manera óptima por dos, tres o más factores en la población que estudia. Esto es particularmente útil cuando en la literatura se reportan varias estructuras factoriales diferentes y el investigador debe decidir cual se ajusta mejor a sus datos. Esto se hace especificando cada uno de los modelos en el programa y comparando sus índices de ajuste respectivos. Aquel modelo con mejores índices de ajuste será el que mejor explique los datos. Cuando los índices de ajuste no son adecuados, conviene eliminar los reactivos (e incluso las dimensiones) con menores correlaciones o varianza explicada. Una selección cuidadosa de los reactivos puede mejorar los índices de ajuste, pero debe tenerse en cuenta que cuando la muestra es

demasiado grande, cualquier mínima discrepancia entre los datos y el constructo dará lugar a índices inaceptables (Lloret-Segura et al., 2014).

La validez predictiva hace referencia a que los resultados de la aplicación del instrumento concuerdan con los que se obtienen de estudios empíricos. En términos científicos, tiene una importancia crítica, pues demuestra que las mediciones no solamente reproducen la teoría, sino también los resultados empíricos obtenidos con otro tipo de estudios. Por ejemplo, si la teoría predice que los puntajes del rasgo medido diferirán entre hombres y mujeres, los puntajes obtenidos con el instrumento deben ser diferentes para hombres y mujeres. La validez predictiva de un instrumento se incrementa a medida que se incrementan los resultados que avalan su desempeño satisfactorio, o su capacidad de anticipar una situación o resultado (Oluwatayo, 2012).

Un cuestionario es fiable si la medida que proporciona es estable a través del tiempo, o si dos o más evaluadores obtienen la misma medida en el mismo momento de aplicación. La fiabilidad es muy útil para determinar qué tan precisa es la medición obtenida con el instrumento (Houser, 2008). Como la fiabilidad del instrumento puede ser afectada por una gran diversidad de factores, las puntuaciones de los individuos siempre están sujetas a errores aleatorios. Nunca obtenemos la puntuación verdadera de la característica que pretendamos medir. Debido a esto, no existe un procedimiento para obtener directamente la fiabilidad de una escala o instrumento de medición; pero sí puede estimarse por medio de distintos procedimientos estadísticos, todos los cuales se basan en el uso de coeficientes de correlación (Aiken, 2003; Aliaga, 2006). La fiabilidad se informa mediante un coeficiente que varía entre 0 (ausencia total de fiabilidad) y 1 (repetitividad perfecta de la medición). En términos psicométricos, el mayor valor del coeficiente de fiabilidad es que permite estimar la puntuación verdadera de las personas para un nivel de confianza dado.

Las puntuaciones obtenidas en un instrumento generalmente requieren un proceso de interpretación o transformación. De acuerdo con la Teoría Clásica de los Tests, no es lícito utilizar las normas de puntuación obtenidas en un grupo para

interpretar las puntuaciones de un individuo que pertenece a un grupo diferente, debido a que las normas de puntuación son propiedades de la muestra en la que se han determinado, no del instrumento en sí mismo (Aiken, 2003). Para solucionar este problema se transforman las puntuaciones a escalas normalizadas, o se determinan puntos de corte apropiados para cada grupo en cada estudio que se realice (Muñiz, 1997).

Pese a la existencia de una gran variedad de técnicas de recolección de datos en la investigación de la psicología de la salud, los instrumentos y escalas de medición en psicología presentan múltiples ventajas; como su conveniencia, la facilidad de ser aplicados simultáneamente a una gran cantidad de personas, la facilidad para su calificación, clasificación e interpretación, y la multiplicidad de formatos que son posibles para su aplicación. Sin embargo, todas estas ventajas dependen de que su construcción, validación sean aplicados mediante técnicas psicométricas robustas y debidamente contrastadas por estudios empíricos, con datos reales y simulados.

5.2.- Situación de los instrumentos de medida en el ámbito de la psicología de la salud sexual: instrumentos que miden actitudes sexuales

Como se ha ido exponiendo a lo largo del capítulo, los conceptos de sexualidad y de actitudes, son difícil de delimitar, además, varían con cada contexto histórico y cultural. Esto puede dar lugar a que los instrumentos para medir actitudes sexuales puedan estar en ocasiones, también poco delimitados y claros.

Blanc y Rojas, en 2017 analizaron y agruparon los instrumentos que miden actitudes sexuales, en tres categorías, y los resultados que hallaron fueron los siguientes (para más información ver los cuadros 5.1, 5.2 y 5.3):

1. Instrumentos que miden únicamente actitudes hacia la sexualidad. Estos autores, hallaron 30 instrumentos de este tipo. A pesar de que todos hacen referencia a la medida de las actitudes hacia la sexualidad, son muy variados, algunos se centran en las relaciones prematrimoniales otros en

las relaciones extramatrimoniales, siendo ambas medidas, según los autores, medidas unidimensionales de las actitudes hacia la sexualidad y otros son multidimensionales. Solo mencionaron un instrumento que mide las actitudes personales hacia la sexualidad (40 ítems) y las actitudes hacia la sexualidad de las personas en general (40 ítems), utilizando dos escalas con el mismo contenido en los ítems (Trueblood, Hannon, & Hall, 1998).

2. Instrumentos con alguna escala o subescala que mide actitudes hacia la sexualidad. Los autores identificaron 20 instrumentos.
3. Instrumentos contruidos para medir las actitudes hacia la sexualidad de las personas hacia colectivos específicos. Los autores identificaron 5 instrumentos con esas características. Dos de ellos se centran en actitudes sexuales hacia las personas mayores y tres en las actitudes sexuales hacia las personas con discapacidad intelectual o del aprendizaje.

Cuadro 5.1
Revisión de instrumentos que miden únicamente actitudes hacia la sexualidad
(Adaptado de Blanc Molina y Rojas Tejada, 2017)

Título, Autores y año de la primera referencia Nº ítems, Formato de respuesta	Contenido/Dimensiones/Componentes/ Escalas/Factores y Fiabilidad estimada	Objetivo y población explicitados
1. Premarital Sexual Permissiveness Scale (PSPS) Reiss (1964) 12 ítems Guttman con 6 opciones: TA-TD.	Componentes sexuales: besos, petting y coito. Niveles de afecto: no afecto, fuerte afecto, enamorado y comprometido. Fiabilidad: CR > .90; CE > .65.	Actitudes hacia la aceptabilidad de comportamientos sexuales premaritales en población general no casada, según diferentes grados de afecto (Estados Unidos).
2. Premarital Sexual Permissiveness Scale (PSPS) (revisión de la PSPS de Reiss, 1964) Sprecher, McKinney, Walsh, & Anderson (1988) 15 ítems Likert con 6 opciones: TA- TD.	Componentes sexuales: caricias en los genitales, coito y sexo oral. Niveles de afecto: primera cita, citas casuales (menos de un mes), citas serias (casi un año), pre-comprometido (compromiso informal para el matrimonio) y comprometido (comprometido formalmente para casarse). Fiabilidad: $\alpha = .94$.	Actitudes hacia la aceptabilidad de comportamientos sexuales premaritales en población general no casada, según diferentes niveles de desarrollo relacional (Estados Unidos).
3. The Short Form of the Reiss Male and Female Premarital Sexual Permissiveness	Componente sexual: coito.	Actitudes hacia la aceptabilidad del sexo premarital en diferentes

Scale (versión corta de la PSPS) Reiss (1989) 4 ítems. Guttman con 6 opciones: TA-TD.	Niveles de afecto: sin mucho afecto, moderado afecto, fuerte afecto y amor. Fiabilidad: $\alpha = .89$.	grados de afecto en población general no casada (Estados Unidos).
4. The exual and emarital Attitude Inventory Schofield (1965) 17 ítems Likert con 3 opciones: de acuerdo, neutral y en desacuerdo.	Contenido: sexo antes del matrimonio de hombres y mujeres, matrimonio, supervisión parental, educación sexual, familia y divorcio y homosexualidad.	Actitud hacia el sexo y hacia la interacción de hombres y mujeres antes del matrimonio en población iraní (Estados Unidos).
5. Sex Inventory Thorne (1966) 200 ítems 2 opciones de respuesta: sí- no.	Escalas: deseo e interés sexual, inadaptación sexual y frustración, conflicto neurótico asociado con el sexo, represión sexual, pérdida de control sexual, homosexualidad, confianza en los roles de género y actitudes sexuales sociópatas.	Desajuste sexual con respecto a los comportamientos, actitudes y autopercepciones de delincuentes que cometen agresiones sexuales.
6. Measure of Sexual Attitude Marks & Sartorius (1968) 26 adjetivos (13 pares) Diferencial Semántico.	Factores: evaluación general, evaluación sexual y ansiedad.	Actitudes sexuales en pacientes en tratamiento por desviación sexual para evaluar su progreso.
7. Sexual Liberalism- Conservatism Scale Athanasiou & Shaver (1969) 16 ítems Likert con 6 opciones.	Contenido: homosexualidad, prostitución, educación sexual, control de la natalidad, doble moral sexual, etc. Fiabilidad: $\alpha = .84$.	Posturas liberales y conservadoras hacia la sexualidad en estudiantes y sus padres.
8. Inventory of Attitude to Sex (adaptado del Inventario de Thorne y revisado en 1976) Eysenck (1970) 98 ítems (1970) 158 ítems (1976) 3 opciones: verdadero/sí, no puedo decir y falso/no.	Escalas: permisividad, satisfacción sexual, sexo neurótico, sexo impersonal, pornografía, timidez sexual, puritanismo, excitación sexual, dominancia-sumisión, repugnancia sexual, sexo físico y sexo agresivo.	Actitudes hacia varios asuntos sexuales en estudiantes universitarios, adultos, hombres alcohólicos, agresores sexuales, mujeres infértiles, hombres "impotentes", etc.
9. The Dearth Cassell Attitude Inventory Dearth & Cassell en 18 ítems Likert con 5 opciones.	Contenido: control de la natalidad, religión, homosexualidad, sexo en grupo, enfermedades venéreas, cuerpo masculino, aborto, discusión sexual, educación sexual, comportamiento sexual adulto, deseo sexual, terapia sexual, relaciones sexuales, masturbación, consentimiento adulto, cohabitación, infidelidad y pornografía.	Cambio de actitudes después de un curso de sexualidad humana en estudiantes.
10. Sexual Opinion Survey (SOS) (versión corta por Smepth en 1979) White, Fisher, Byrne, & Kingma (1977) 21 ítems 5 ítems (1979) Likert con 7 opciones: TA-TD.	Estímulos sexuales: comportamiento autosexual, comportamiento homosexual, comportamiento heterosexual, fantasías sexuales y estímulos visuales sexuales. Factores: exhibición de la sexualidad, variedad sexual y homoerotismo. Fiabilidad: α (hombres) = .86; α (mujeres) = .82; r (dos semanas) = .84; r (dos meses) = .85.	Respuestas afectivas y evaluativas a estímulos sexuales (constructo erotofobia-erotofilia) en una población amplia.
11. Sexual Conservatism Scale Burt (1980) 10 ítems Likert con 7 opciones: TA-TD.	Contenido: doble moral sexual, masturbación, sexo oral, sexo durante la menstruación y relación sexual. Fiabilidad: α (hombres) = .60; α (mujeres) = .61.	Restricciones sobre la idoneidad de las parejas sexuales, actos sexuales, condiciones o circunstancias bajo las que debe ocurrir sexo, en hombres y mujeres, hombres condenados por violación, pederastas, otros delincuentes, etc.
12. Valois Sexual Attitude Scale Valois (1980) 46 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	Subescalas: estereotipos sexuales, masturbación, relaciones prematrimoniales, homosexualidad, comunicación sexual, matrimonio universidad, aborto, sexo oral y control de la natalidad. Fiabilidad: α en cada subescala oscila entre .66 y .92.	Actitudes hacia nueve temas sexuales en profesionales sanitarios.
13. Sexuality Scale Irving & Thissen (1983) 21 ítems	Factores y fiabilidad: pensamiento sobre sexo y ser una persona sexual ($\alpha = .86$), frecuencia de pensamientos sexuales,	Confort intrapersonal con la sexualidad en mujeres con trastornos de alimentación.

Likert con 5 opciones: comodidad extrema- incomodidad extrema.	fantasías sexuales y excitación ($\alpha = .82$), importancia de la sexualidad en la vida de uno mismo ($\alpha = .86$), placer de participar en la actividad sexual y ser una persona sexual ($\alpha = .87$).	
14. Sexual Attitude Scale (SAS) Hudson, Murphy, & Nurius (1983) 25 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	Actitudes sexuales: conservadoras (expresión de la sexualidad limitada y estrechamente regulada) y liberales (expresión de la sexualidad abierta, libre y sin restricciones). Fiabilidad: $\alpha = .94$.	Actitudes liberales versus conservadoras hacia la expresión de la sexualidad humana, principalmente en estudiantes.
15. Sexual Attitude Scale (SAS) Hendrick, Hendrick, Slapion-Foote, & Foote (1985) 102 (1985) 58 (1985) 43 (1987) Likert con 5 opciones: TA-TD.	Factores, fiabilidad y contenido (43 ítems): permisividad sexual ($\alpha = .93$): actitud abierta hacia el sexo y sexo casual; prácticas sexuales ($\alpha = .82$): responsabilidad (métodos anticonceptivos) y tolerancia (masturbación); comunión sexual ($\alpha = .74$): sexo como una experiencia ideal e instrumentalidad sexual ($\alpha = .78$): sexo como natural, biológico y auto orientado a aspectos de la vida.	Actitudes sexuales de una fuerte dependencia de la permisividad sexual a un enfoque más integral y multidimensional en población general.
16. Brief Sexual Attitude Scale (BSAS) (revisión del SAS de Hendrick et al., 1987) Hendrick, Hendrick, & Reich (2006) 23 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	Factores y fiabilidad: permisividad sexual ($\alpha = .85$), control de la natalidad ($\alpha = .88$), comunión sexual ($\alpha = .82$) e instrumentalidad sexual ($\alpha = .80$).	Actitudes sexuales de una fuerte dependencia de la permisividad sexual a un enfoque más integral y multidimensional en población general.
17. Attitudes Toward Sexuality Scale (ATSS) Fisher (1986) 14 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	Contenido: nudismo, aborto, contracepción, sexo prematrimonial, pornografía, prostitución, homosexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Factores: legalidad-moralidad, maneras de expresar la sexualidad y derechos individuales. Fiabilidad: α (12-14 años) = .76; α (15-17 años) = .65; α (18-20 años) = .80; α (padres) = .84.	Actitudes sexuales de adolescentes entre 12 y 20 años y sus padres.
18. Attitude Toward Marital Exclusivity Scale Weis & Felton (1987) 7 presentados con viñetas Likert con 5 opciones: aceptación total rechazo total.	Contenido: relaciones extramatrimoniales. Fiabilidad: $\alpha = .84$.	Actitudes hacia las relaciones sexuales extramatrimoniales tras un curso de sexualidad humana en estudiantes.
19. Attitude Toward Sexuality Inventory (revisión en 1995) Patton & Mannison (1993) 72 ítems (1993) 40 ítems (1995) Likert con 6 opciones: TA-TD.	Contenido: contracepción, masturbación, sexualidad a través de la vida, roles de género, relaciones homosexuales, aborto, enfermedades de transmisión sexual, abuso sexual infantil, violación y educación sexual. Factores y fiabilidad (1995): asalto y coerción sexual ($\alpha = .85$), cuestiones sexuales ($\alpha = .79$) y roles de género ($\alpha = .68$).	Cambio de actitudes después de un curso de sexualidad humana en estudiantes.
20. Survey of Sexual Attitude Calvin, Carroll, & Schmidt (1993) 18 ítems 2 opciones: de acuerdo- en desacuerdo.		Actitudes sexuales premaritales tras visualizar cintas de vídeo musicales con contenido romántico y con contenido erótico en estudiantes.
21. The Sexual Socialization Instrument (SSI) Lottes & Kuriloff (1994) 20 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	Escalas y fiabilidad: Peer Sexual Socialization Scale (12 ítems) ($\alpha = .85$) y Parental Sexual Socialization Scale (8 ítems) ($\alpha = .78$).	Influencias sexuales permisivas de padres y grupo de iguales en adolescentes y adultos jóvenes.
22. Attitude Toward Sexuality Huerta, Mena, Malacara, & Díaz De León (1995) 13 ítems Likert con 11 opciones.	Contenido: roles de la mujer como ama de casa, atracción física y actividad sexual (iniciativa de la mujer en la actividad sexual y actividad sexual durante la menopausia).	Opinión sobre temas sexuales en mujeres perimenopáusicas (etapa previa a la menopausia).

23. Sexual Double Standards (SDSS) Muehlenhard & Quackenbush (1996) 26 ítems Likert con 4 opciones: TA-TD.	Contenido: sexo prematrimonial, múltiples parejas, sexo a edad joven y nuevas o relaciones sin compromiso. Fiabilidad: α (hombres) = .76; α (mujeres) = .73.	Adherencia a la doble moral sexual tradicional de la población general.
24. The Trueblood Sexual Attitudes Questionnaire (TSAQ) (revisión en 1999) Trueblood, Hannon, & Hall (1998) 90 ítems (1998) 80 ítems (1999): 40 personales y 40 hacia los demás. Likert con 9 opciones: completamente de acuerdo-completamente en desacuerdo.	Subescalas y fiabilidad (personales y hacia los demás, respectivamente): autoerotismo (α = .88 y .91), homosexualidad (α = .91 y .98), heterosexualidad (α = .68 y .56), variaciones sexuales (α = .78 y .88) y sexo comercial (α = .76 y .81).	Cambio de actitudes con respecto a temas comunes relacionados con el comportamiento sexual tras un curso de sexualidad humana en estudiantes.
25. Attitudes Toward Dating and Relationships Measure Ward & Rivadeneyra (1999) 33 ítems Likert con 6 opciones: TA-TD.	Contenido: noviazgo, roles sexuales y relaciones románticas. Subescalas y fiabilidad: orientación recreativa hacia la sexualidad (α = .84), orientación de procreación o tradicional hacia la sexualidad (α = .75) y orientación relacional hacia la sexualidad (α < .70).	Actitudes hacia el noviazgo, los roles sexuales y las relaciones románticas en adolescentes, para observar en qué medida los medios de comunicación influyen.
26. Sexual Attitude Questions Kupek (2001) 8 ítems Likert con 6 opciones: siempre es un error-en absoluto es un error.	Factores: permisividad sexual, aceptación de la homosexualidad e importancia del orgasmo para el sexo.	Opinión hacia las relaciones sexuales y otros temas sexuales en la población general (Gran Bretaña).
27. Comfort With Personal Sexuality Rempel & Baumgartner (2003) 10 ítems Likert con 7 opciones: TA-TD.	Contenido: deseo sexual y expresión de la sexualidad como un aspecto natural de la vida. Fiabilidad: α = .81.	Grado en que las mujeres se sienten cómodas, abiertas y aceptan la sexualidad.
28. Attitudes to Sexuality Questionnaire (ASQ-GP) Cuskelly & Gilmore (2007) 9 ítems Likert con 6 opciones: TA-TD	Dos versiones: expresión de la sexualidad de las mujeres y de los hombres. Factores, fiabilidad y contenido: apertura sexual (α = .84) (acceso a la educación sexual y los métodos anticonceptivos, la libertad de expresión sexual, etc.) y tiempo (no fiabilidad).	Actitud hacia la expresión de la sexualidad en población general sin discapacidad intelectual (Australia).
29. Sexua Attitude Questionnaire Kang (2007) 35 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	Subescalas: percepción sexual, comportamientos sexuales, preservación de la virginidad de uno, doble moral sexual y pornografía. Fiabilidad: α = .88.	Actitudes hacia la permisividad sexual, en términos de su percepción, los comportamientos, la virginidad, la doble moral sexual y la pornografía en estudiantes (Corea).
30. Escala de Actitud hacia la Sexualidad Lima-Serrano, Sáez- Bueno, Cáceres-Rodríguez, & Lima- Rodríguez (2013) 10 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	Actitud sexual positiva: sexualidad percibida como satisfactoria, alejada de mitos y tabúes, basada en el respeto a las personas de distinto género u orientación sexual, y con inclinación al uso de medidas de prevención. Fiabilidad: α = .73.	Actitud hacia la sexualidad en adolescentes (España).

TA-TD: totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo. CR: coeficiente de reproductibilidad. CE: coeficiente de escalabilidad. α : alfa de Cronbach (coeficiente de consistencia interna). r = correlación test- retest (coeficiente de estabilidad).

Las características generales que los autores encontraron a los instrumentos analizados se resumen en que la mayoría de los instrumentos posee un formato de respuesta elegida tipo Likert. La población, el ámbito, el objetivo, los contenidos y las propiedades psicométricas de cada uno de ellos son diversos. En el caso de la

población y el objetivo, los instrumentos se han aplicado a la población general y a poblaciones muy específicas, como pueden ser los delincuentes que han cometido agresiones sexuales.

El ámbito de aplicación es diverso, centros de enseñanza, centros penitenciarios y centros sanitarios, entre otros.

En cuanto al contenido/dimensiones/escalas/componentes/factores de los instrumentos, Blanc y Rojas (2017), encontraron que cuando se miden las actitudes hacia la sexualidad, los autores se refieren a una diversidad de conceptos: comportamientos sexuales prematrimoniales, comportamientos sexuales extramatrimoniales, comportamientos homosexuales, comportamientos heterosexuales, doble moral sexual, sexo oral y sexo durante la menstruación, masturbación, fantasías sexuales y prostitución, pornografía, aborto, infecciones de transmisión sexual (ITS), métodos anticonceptivos, roles de género, educación sexual y violación sexual.

<p align="center">Cuadro 5.2 Revisión de instrumentos con alguna escala o subescala que mide actitudes hacia la sexualidad (Adaptado de Blanc Molina y Rojas Tejada, 2017)</p>		
Título, Autores y año de la primera referencia Nº ítems, Formato de respuesta	Contenido/Dimensiones/Componentes/ Escalas/Factores y Fiabilidad estimada	Objetivo y población explicitados
1. The Mosher Forced Choice Sex Guilt Scale (revisión en 1988 y versión breve en 2011) Mosher (1961) Culpabilidad sexual: 50 ítems, 10 ítems (2011) Likert con 7 opciones: no es absolutamente cierto para mí- muy cierto para mí.	Culpabilidad sexual: tendencia a sentirse culpable por la violación de las normas acerca de las conductas sexuales aceptables. Fiabilidad: α alrededor de .90.	Nivel de culpabilidad sexual en una amplia población.
2. Sex, Knowledge and Attitude Test (SKAT) Lief & Reed (1972) 35 ítems Likert con 5 opciones: TA- TD	Subescalas y fiabilidad: relaciones sexuales heterosexuales prematrimoniales y extramatrimoniales ($\alpha = .86$), mitos sexuales ($\alpha = .81$), masturbación ($\alpha = .81$) y aborto ($\alpha = .80$).	Actitudes hacia la sexualidad en profesionales de la salud.
3. Sexual Knowledge and Attitude Test for Adolescents (SKAT-A) (adaptación del SKAT y revisión en 2005) Lief, Fullard, & Devlin (1990) 40 ítems Likert con 5 opciones: TA- TD.	Factores: sexualidad prematrimonial, violación/coerción sexual, homosexualidad, pornografía, masturbación y aborto. Fiabilidad: $\alpha = .88$ y r (dos semanas) = .89 (universitarios); $\alpha = .82$ y r (dos semanas) = .89 (estudiantes secundaria).	Evaluación subjetiva con respecto al comportamiento sexual y la experiencia sexual en jóvenes entre 12 y 18 años.

4. Self-Image Questionnaire Offer (1972) 10 ítems. Likert con 6 opciones: me describe muy bien-no me describe en absoluto.	Actitudes sexuales: erotofobia-erotofilia y autopercepción del atractivo hacia el otro género. Fiabilidad: $\alpha = .73$ (chicos y chicas de 12 a 16 años).	Actitudes sexuales principalmente en chicas adolescentes, con el objetivo de detectar distorsión de la imagen.
5. Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI) Derogatis (1975). 30 ítems (15 liberales y 15 conservadores). Likert con 5 opciones: TA-TD.	Contenido: relaciones prematrimoniales y extramatrimoniales, homosexualidad, masturbación, múltiples parejas sexuales y prácticas sexuales controvertidas. Fiabilidad: $\alpha = .80$.	Actitudes sexuales conservadoras y liberales en población general con el objetivo de medir función sexual.
5. Sexual Attitude and Information Questionnaire (SAIQ) Brockway et al. (1978). 14 ítems Likert con 6 opciones: TA- TD/nada preocupado- muy preocupado. The Sexual Morality Scale: Likert	Escalas y fiabilidad: aceptabilidad de comportamiento sexual ($r = .91$) y preocupaciones sexuales ($r = .83$).	Grado de aceptación de comportamientos sexuales y el grado de preocupación en varias áreas relacionadas con la sexualidad, en personas con lesión de la médula espinal y sus parejas, tras un programa de asesoramiento y educación sexual.
7. Frenken Sexual Experience Scales Frenken & Vennix (1978) con 5 opciones: TA- no aceptada en absoluto/en ocasiones 5 opciones (sin experiencia).	Contenido: comportamiento sexual matrimonial, sexo prematrimonial, comportamientos sexuales, socialización sexual de los niños y los jóvenes. Subescalas: moralidad sexual dentro del matrimonio, experiencia sexual premarital y socialización sexual moral.	Diversos aspectos de las actitudes hacia la sexualidad (moralidad permisiva-restrictiva) en una amplia población de mujeres (esclerosis múltiple, lesiones medulares, epilepsia, sin enfermedades, etc.).
8. Sexual knowledge and attitudes towards sexuality Lewin & Helmius (1983) 12 ítems Likert con 5 opciones: TA- TD.	Factores y fiabilidad: búsqueda de novedad sexual ($\alpha = .71$), individualización e igualdad ($\alpha = .65$) y fidelidad ($\alpha = .71$).	Actitudes hacia la sexualidad en estudiantes mayores de 18 años.
9. Mathtech Attitude and Value (MAV) Scale Kirby (1984) 25 ítems Likert con 5 opciones: TA- TD.	Escalas y fiabilidad: actitud hacia la vida sexual ($\alpha = .75$), actitud hacia la importancia del control de la natalidad ($\alpha = .72$), actitud hacia las relaciones prematrimoniales ($\alpha = .94$), actitud hacia usar la presión y la fuerza en la actividad sexual ($\alpha = .68$) y actitud hacia los roles de género ($\alpha = .66$).	Actitudes hacia determinados aspectos de la sexualidad en adolescentes y adultos jóvenes.
10. Sexuality Survey of Nurses Caring for Cancer Patients Williams, Wilson, Hongladarom, & McDonell (1986) 7 ítems Likert con 6 opciones: TA- TD.		Actitudes hacia la sexualidad de las enfermeras en relación a sus pacientes con cáncer.
11. Sexuality Survey of Nurses Caring for Adolescents (basada en la Sexuality Survey of Nurses Caring for Cancer Patients) Wall-Haas (1991) 32 ítems Likert con 6 opciones: TA- TD.	Contenido: preocupaciones sexuales, asesoramiento sexual, educación sexual, etc.	Actitudes liberales y conservadoras hacia la sexualidad de las enfermeras en relación a sus pacientes adolescentes.
12. Sociosexual Orientation Inventory (SOI) (revisión en 2008) Simpson & Gangestad (1991) 3 ítems Likert con 9 opciones: TA- TD.	Contenido: actitud hacia el sexo sin amor y confort con sexo casual. Fiabilidad: $\alpha = .83$ y r (un año) = $.79$ (mujeres); $\alpha = .87$ y r (un año) = $.73$ (hombres).	Actitudes hacia el sexo sin compromiso (constructo sociosexualidad u orientación sociosexual) en población general.
13. Sociosexuality Scale (SS) Bailey, Kirk, Zhu, Dunne, & Martin (2000) 20 ítems Likert con 4 opciones: TA- TD.	Contenido: ítems del SOI y del Eysenck's Inventory of Attitude to Sex. Fiabilidad: α (mujeres) = $.85$; α (hombres) = $.88$.	Actitudes sexuales en una población amplia (hombres y mujeres, mujeres víctimas de violencia, mujeres con alto riesgo de victimización, etc.).

14. Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ) Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes (2003) Sexual Conservatism: 9 ítems (mujeres) y 10 ítems (hombres). Likert con 5 opciones: completamente de acuerdo- completamente en desacuerdo. 43 ítems	Dos versiones: hombre y mujer. Fiabilidad: α (mujeres) = .81; α (hombres) = .93.	Creencias sexuales disfuncionales como un indicador de factores vulnerables en personas con trastornos sexuales (Portugal).
15. Sexual Activities and Attitude Questionnaire (SAAQ) Noll, Trickett, & Putnam (2003) Ordenador computerizado: escuchan las preguntas a través de los auriculares y contestan con un click.	Factores y fiabilidad: permisividad sexual (α = .96), preocupación sexual (α = .91), actitudes negativas hacia el sexo (α = .85) y sentimiento de presión al participar en sexo (α = .70).	Aversión sexual (baja permisividad sexual) y la ambivalencia sexual en mujeres maltratadas y con trastornos de personalidad.
16. Cross-Cultural Attitude Scale (CCAS) 53 ítems Likert con 5 opciones: TA- TD. Leiblum, Wiegel, & Brickle (2003)	Áreas principales: roles de género, confort o comodidad sexual y salud sexual.	Actitudes sexuales conservadoras y liberales y búsqueda de comportamientos de cuidado de salud en profesionales sanitarios de diferentes culturas.
17. Sexuality Attitude and Beliefs Survey (SABS) Reynolds & Magnan (2005) 12 ítems Likert con 6 opciones: TA- TD.	fiabilidad: α = .75-.82; r (7-10 días) = .85.	Actitudes y creencias hacia la sexualidad humana en relación con la práctica de la enfermería, con el objetivo de detectar las barreras que pueden afectar al asesoramiento sexual hacia los pacientes en enfermeras.
18. Index Liberal Sexual Attitude Preston & Brown-Hart (2006) 4 ítems Likert con 4 opciones: TA- TD.	Fiabilidad: α = .65.	Actitud hacia diferentes tipos de comportamiento sexual en hombres (en prisión) clientes de prostitutas de la calle.
19. Attitude toward sex and perception on sexual relationship Kim (2008) 20 ítems Likert con 6 opciones: muy de acuerdo-en absoluto de acuerdo.		Actitud hacia el sexo y la percepción en las relaciones sexuales en hombres que consumen sildenafil (problemas de erección).
20. Sexual Attitudes and Experiences Survey (SAES) Tobin (2011) 30 ítems Likert con 5 opciones: aprobar fuertemente- desaprobar fuertemente.	Fiabilidad: α = .90.	Actitudes sexuales con el objetivo de relacionarlas con la experiencia sexual en estudiantes.

TA-TD: totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo. CR: coeficiente de reproductibilidad. CE: coeficiente de escalabilidad. α : alfa de Cronbach (coeficiente de consistencia interna). r = correlación test- retest (coeficiente de estabilidad).

En algunas escalas incluso se mide la actitud hacia los comportamientos sexuales según cierto grado de afecto o estado relacional. También son objetos de medición los pensamientos sobre la sexualidad, la culpa sexual, las preocupaciones sexuales, la comunicación sexual) y la comodidad sexual. Por último, también se observa cómo se evalúa la importancia del orgasmo y la excitación sexual. En cuanto a las propiedades psicométricas, la fiabilidad de las puntuaciones se ha estimado principalmente, pero no en todos los casos, mediante el coeficiente α de Cronbach y la correlación test-retest (Blanc y Rojas en 2017).

Cuadro 5.3
Revisión de instrumentos que miden las actitudes sexuales hacia un colectivo específico (Adaptado de Blanc Molina y Rojas Tejada, 2017)

Título Autores y año de la primera referencia	Contenido/Dimensiones/Componentes /Escala/ Factores y Fiabilidad estimada	Población objetivo	Objetivo explicitado
N° ítems Formato de respuesta 1. Aging Sexual Knowledge and Attitude Scale (ASKAS) White (1982) Escala de Actitudes: 26 ítems Likert con 7 opciones: acuerdo-desacuerdo.	<i>Fiabilidad:</i> α (personas mayores) = .87; α (trabajadores con personas mayores) = .85; α (familiares personas mayores) = .86.	Personas mayores, personas que trabajan con personas mayores y miembros de la familia de personas mayores.	Actitudes hacia el comportamiento sexual (permisividad sexual) de personas mayores.
2. Questionnaire about attitudes of staff in services for people with intellectual disabilities Ryan & McConkey (2000) 10 ítems Likert con 5 opciones: completamente de acuerdo-completamente en desacuerdo.	<i>Factores:</i> educación sexual, expresión adulta de la sexualidad, no tener hijos y actitudes conservadoras.	Profesionales que trabajan con personas discapacitadas (Irlanda).	Actitudes sexuales hacia las personas discapacitadas.
3. Greek Sexuality Attitudes Questionnaire– Learning Disabilities (GSAQ-LD) Karellou (2003) 45 ítems Likert con 5 opciones.	<i>Escalas y fiabilidad:</i> sexualidad humana ($r = .80$), reconocimiento ($r = .64$), discriminación ($r = .72$) y homosexualidad ($r = .54$).	Población general (Grecia).	Actitudes hacia la sexualidad de las personas con y sin discapacidad intelectual.
4. Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability) (ASQ-ID) (revision 2007) Cuskelly & Bryde (2004) 33 ítems Likert con 6 opciones: TA-TD.	<i>Contenido:</i> sentimientos sexuales, educación sexual, masturbación, relaciones personales, relaciones sexuales, esterilización, matrimonio y parentalidad. <i>Factores y fiabilidad:</i> derechos sexuales ($\alpha = .93$), crianza ($\alpha = .88$), comportamiento sexual no reproductivo ($\alpha = .84$) y autocontrol ($\alpha = .67$).	Profesionales que trabajan o interactúan con discapacitados intelectuales (Australia).	Actitudes hacia la sexualidad de adultos con discapacidad intelectual.
5. Escala de Actitudes hacia la Sexualidad en el Envejecido Rodríguez, Rodríguez, & Sayers (2010) 44 ítems Likert con 4 opciones.	<i>Factores:</i> estereotipos sexuales, mitos sociales/religiosos, prácticas sexuales, deseo sexual y rol de la mujer en el sexo. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha = .95$.	Personas mayores (Puerto Rico).	Actitudes hacia la sexualidad en personas mayores.

TA-TD: totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo. CR: coeficiente de reproductibilidad. CE: coeficiente de escalabilidad. α : alfa de Cronbach (coeficiente de consistencia interna). r = correlación test- retest (coeficiente de estabilidad).

Parece ser que estos instrumentos han ido evolucionando acorde con los cambios en las actitudes sexuales según el momento o época social.

Además, la diversidad de instrumentos encontrados revela que no siempre se está midiendo lo mismos conceptos que se utilizan cuando se miden las actitudes hacia la sexualidad (permisividad sexual, conservadurismo-liberalismo sexual, erotofobia-erotofilia).

Esta revisión sobre la medida de las actitudes sexuales nos ha permitido observar como el tema de las actitudes ha recibido suficiente atención a lo largo de los últimos años, habiéndose propuesto numerosos y útiles instrumentos de medida de actitudes sexuales. No ha ocurrido lo mismo en el caso de la salud sexual para la que, probablemente debido a las dificultades en su definición operativa, no se han propuesto instrumentos fiables.

Disponer de escalas de medida del nivel de salud sexual de las personas y de las comunidades, es una necesidad cada vez más sentida por los profesionales que trabajan en el ámbito de la sexualidad, de la educación para la salud sexual y de la promoción de la salud sexual. Muchas veces las solicitudes de recursos para llevar a cabo acciones en este ámbito chocan con requisitos normativos que determinan la necesidad de evaluación rigurosa de esas inversiones, evaluaciones difíciles de llevar a cabo precisamente por falta de instrumentos.

No ha sido infrecuente que se hayan utilizado escalas de actitudes sexuales para evaluar las intervenciones sobre salud sexual, asumiendo que actitudes sexuales liberales o erotofílicas indicaban buenos niveles de salud sexual. Sin embargo, a pesar de ser una aproximación comprensible, lo deseable sería disponer de instrumentos específicos.

II - OBJETIVOS

El objetivo principal de esta tesis es la creación de un instrumento para estimar el estado de la salud sexual de las personas.

Para el desarrollo de este objetivo se planifican de tres diseños empíricos:

1º.- La creación y validación de un instrumento para la medida de la salud sexual de las personas: el cuestionario para la estimación de la salud sexual CESS.

2º.-La comparación de dos formatos de respuesta al instrumento creado, con la finalidad de encontrar cuál es el formato de respuesta más adecuado para las características de la muestra y el constructo teórico en el que se trabaja. En concreto, escalas Likert con seis puntos de anclaje o escalas Likert con 11 puntos de anclaje.

3º.-Un estudio para la validación del cuestionario CESS mediante el estudio de su relación con las actitudes sexuales consideradas positivas, favorecedoras de altos niveles de salud sexual. Para ello se ha elegido el cuestionario de Actitudes hacia la Sexualidad (ATSS) (Fisher y Hall, 1988; Diéguez et al., (2005).

III - PARTE EMPÍRICA

6.- PRIMER ESTUDIO

ELABORACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD SEXUAL (CESS)

6.1- Introducción

Como se ha visto en capítulos anteriores, la visión que se tiene de la sexualidad está fuertemente influida por las costumbres, las tradiciones y los valores. A su vez, es claro que la sexualidad es también un factor que determina la forma como se manifiestan estos aspectos de la vida social y la salud de las personas (López de la Llave, 2012).

La sexualidad humana es un tema complejo, por tanto, su definición y más en concreto la definición de salud sexual, también lo es. Ninguna teoría simple es capaz de abarcar todos sus matices y por tanto se hace difícil ofrecer una definición única y universal (Rathus et al., 2005).

La OMS publicó la primera definición, internacionalmente aceptada, de salud sexual en el año 1975 (OMS 1975). Esta definición surgió de una reunión de consulta técnica celebrada en Ginebra un año antes. El informe técnico estaba dirigido a profesionales de la salud y a otras personas involucradas en programas de capacitación en el campo de la sexología. Al definir el concepto de salud sexual, el documento declaraba la importancia de la información sexual y el derecho al placer. Además, señalaba la necesidad de disponer de la capacidad de disfrutar y controlar el comportamiento sexual y reproductivo de acuerdo con una ética social y personal.

Finalmente, se hacía hincapié en que las personas sexualmente sanas llevarían a cabo comportamientos libres de miedo, vergüenza, culpa, falsas creencias y otros factores que inhiben la respuesta sexual adaptativa y deteriora las relaciones sexuales.

Desde aquella primera propuesta se han sucedido diversas conceptualizaciones que han permitido incluir progresivamente más elementos. La última de estas definiciones de trabajo de la OMS, que aparece en su web (WHO, s.f.) considera que la salud sexual es un aspecto fundamental para la salud y el bienestar generales de las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo económico y social de las comunidades y los países. Mantener altos niveles de salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coerción, discriminación ni violencia. La capacidad de los hombres y las mujeres para lograr la salud y el bienestar sexuales depende de a) su posibilidad de acceso a información integral de buena calidad sobre sexo y sexualidad; b) de su conocimiento sobre los riesgos que pueden correr y su vulnerabilidad ante las consecuencias adversas de la actividad sexual sin protección; c) de la posibilidad de acceder a la atención de salud sexual; y d) de residir en un entorno que afirme y promueva la salud sexual.

Estos determinantes del nivel de salud sexual (los enumerados como a, b, c y d en el párrafo anterior), son fundamentales a la hora de diseñar instrumentos que traten de valorar el estado de salud sexual de las comunidades. Y, al menos los dos primeros deberían tenerse en cuenta cuando se trata de estimar el grado de salud sexual de las personas de forma individual.

Por otro lado, en los años ochenta del pasado siglo XX, el Consejo de Información y Educación sobre la Sexualidad de los Estados Unidos (en inglés: *Sexuality Information and Education Council of the United States* - SIECUS), propuso una lista de comportamientos que podían definir qué se puede esperar de un adulto sexualmente saludable. Esta lista supone un inventario que contiene las conductas que deberían estar presentes en un adulto sano, en relación con su sexualidad, desde el punto de vista individual y social (ver cuadro 9). La constatación de estas conductas puede suponer un índice del nivel de salud sexual de las personas.

En otro orden de cosas, es necesario señalar que la medida de la salud, y en concreto de la salud sexual, es un requisito fundamental para valorar la eficacia de las diferentes actuaciones (clínicas, preventivas y de promoción de la salud) que se llevan a cabo.

Se entiende el concepto de medir como el procedimiento que consiste en aplicar una escala patrón a una variable, o un conjunto de variables, mientras que el concepto de medición hace referencia a la extensión, dimensión y cantidad de un atributo. Por otro lado, un indicador de medida de salud es una estimación (una medición con cierto grado de imprecisión) de una dimensión determinada de la salud en una población específica. Y tiene como características que los indicadores son dinámicos y responden a situaciones y contextos temporales y culturales específicos (Leite, 2018). En línea con lo anterior es necesario recordar que cada vez resulta más habitual que se lleven a cabo acciones encaminadas a influir en el estado de salud sexual de las personas (tanto en edad adulta como en la infancia). Estas acciones, para ser evaluadas requieren de instrumentos válidos, sensibles y precisos, que permitan juzgar la eficacia y eficiencia de las intervenciones. Es por ello fundamental disponer de instrumentos como el que nos proponemos construir y validar en esta tesis.

Para garantizar la calidad de su medición, es imprescindible que los instrumentos sean sometidos a un proceso de validación. Este proceso debe reunir las características psicométricas de fiabilidad y validez (Barbero et al; 2011).

Para que los profesionales de la salud tomen decisiones útiles, según los datos obtenidos con estos instrumentos, es fundamental que los cuestionarios cuenten con unos estrictos estándares de calidad para así maximizar la validez de las inferencias hechas a partir de los resultados obtenidos (Muñiz y Fonseca, 2019).

Ya señalamos en la parte teórica que el análisis factorial es una técnica estadística que permite determinar una cantidad reducida de factores comunes que expliquen la variabilidad de los datos (Beaver et al., 2013) para determinar si la estructura del instrumento reproduce la de la teoría o constructo que se utilizó para elaborarlo. Los datos necesarios son las puntuaciones de los reactivos, y se espera que los factores obtenidos correspondan con las dimensiones del constructo planteado.

6.2.- Objetivos

El propósito general de este primer estudio es la construcción de un instrumento para estimar el nivel de salud sexual de las personas.

Se pretende que el instrumento resultante contemple lo señalado en las diversas definiciones sobre salud sexual y que reúna las características psicométricas necesarias para ser utilizado en el contexto aplicado, de forma que contribuya a la mejora de las intervenciones clínicas, de prevención de problemas de salud sexual y de promoción de la salud sexual.

Finalmente es necesario señalar que el instrumento resultante debería ser sencillo en su aplicación y fiable.

6.3.- Método

6.3.1.- Participantes

La muestra fue de 2.103 participantes. 564 eran hombres (26,81%), 1.534 eran mujeres (72,94%), mientras que 5 participantes prefirieron no indicar esta característica (0,25%). La media de edad de los participantes fue de 35,14 años (DT= 11.27).

De entre los participantes, 930 (44,23 %) indicaron que nunca habían recibido ningún tipo de formación o educación relativa a la sexualidad. 1.079 indicaron preferencias políticas progresistas, 525 de centro, 217 se definieron como conservadores y 282 no se decantaron por tendencia alguna.

Los criterios de inclusión establecían que los participantes tenían que ser mayores de edad y tener como lengua materna el español.

La muestra fue dividida de forma aleatoria en dos grupos; de esta forma, una parte de la muestra se destinó al estudio sobre Análisis Factorial Exploratorio- AFE (submuestra A, n=1.052; hombres =307; mujeres= 742; otro =3. Media edad= 34,44;

DT= 11,27) y la otra al Análisis Factorial Confirmatorio – AFC (submuestra B, n=1.051; hombres=257; mujeres=792; otro 2. Media edad= 36,14; DT= 9,8)

6.3.2.- Instrumento

Además de algunas cuestiones sociodemográficas (sexo, edad...), se incluían 31 ítems, que se pedían fueran valorados en cuanto a la frecuencia con que se realizaban esas conductas. Estas frases, que procedían de la lista de Comportamientos de un adulto sexualmente sano, propuesta por SIECUS (véase cuadro 1.9, página 83, de la introducción), fueron valoradas previamente por cinco expertos en salud sexual que, de las 33 conductas de la lista original, eligieron las 31 que consideraron las más adecuadas para el cuestionario que estábamos elaborando.

La forma de respuesta consistía en una escala de tipo Likert que constaba de 6 puntos de anclaje (0 a 5 puntos). De acuerdo con autores como Bisquerra y Pérez (2013) incluimos etiquetas verbales asociadas a las puntuaciones extremas, de forma que orientaran la tendencia de los valores. El cero se etiquetó como un “totalmente en desacuerdo” y el cinco como un “totalmente de acuerdo”.

6.3.3.- Procedimiento

La muestra se obtuvo mediante muestreo no probabilístico, según el procedimiento denominado “bola de nieve”. Para ello se publicaron mensajes en diferentes redes sociales. En el anuncio se indicaba que se trataba de un estudio “sobre opiniones” respecto a cuestiones relacionadas con la sexualidad, abierto solo a personas mayores de edad. La participación en el estudio fue voluntaria y sin ningún tipo de recompensa económica o de otro tipo.

El formulario se publicó a través de la herramienta Google Forms. En esta herramienta informática se incluían todos los ítems que se ponían a prueba para construir el posterior cuestionario de medida de salud sexual y, además, como se acaba de señalar, incluía otro tipo de cuestiones sociodemográficas. En el anexo 2 se presenta el contenido de este cuestionario.

Es importante señalar que en la programación del instrumento se contempló que el cuestionario se adaptara, respecto a la edad y género autoinformado, a las personas que iban contestando. De esta forma cuando, por ejemplo, una persona menor de 18 años respondía al cuestionario, se le informaba sobre la necesidad de la mayoría de edad y se agradecía su interés; sin embargo, cuando la persona indicaba ser mayor de 18 años se le conducía a los siguientes pasos del cuestionario. En cuanto a la perspectiva de género la formulación de preguntas era en masculino o femenino en función del género autoinformado.

Con el fin de evitar, en lo posible, valores perdidos por falta de respuesta a alguna cuestión, se programó de forma que era necesario responder a todas las cuestiones para poder proceder al envío del formulario completo. En la información que precedía a las cuestiones, se comunicaba que se trataba de un cuestionario anónimo, que se ofrecía solo a personas mayores de edad y que, en cualquier caso, todos los datos recabados serían tratados conforme a las leyes de protección de datos españolas. Además, se indicaba una dirección de correo electrónico institucional (con la extensión @psi.uned.es) para responder a las posibles dudas o cuestiones relativas al estudio. El tiempo que se requería para completar el cuestionario fue aproximadamente de 15 minutos.

6.3.4.- Análisis de los datos

Con los datos obtenidos en el cuestionario se realizaron las pruebas estadísticas necesarias para justificar la utilización del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando las siguientes aplicaciones: SPSS 27.0 y Factor Análisis 11.03.

Con la submuestra A se realizó el AFE mediante el método de extracción de componentes principales. Este método se eligió con el objetivo de maximizar el grado de varianza explicado por las variables, asegurando una solución factorial lo más representativa posible. Los supuestos de aplicación se verificaron con la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Oklím (KMO) y el test de esfericidad de Barlett; estos procedimientos también se llevaron a cabo con la submuestra B. Para facilitar

la interpretación de significación de los factores seleccionados, se realizó una rotación Varimax con normalización de Kaiser (Kaiser, 1958). Este procedimiento implementa una rotación ortogonal de los ejes factoriales en base a la independencia a nivel teórico. Además, se analizó la consistencia interna en base al Índice de Fiabilidad de Cronbach.

Por otro lado, con la submuestra B se realizó un AFC para estimar los parámetros y evaluar el ajuste del modelo resultante de AFE. Se utilizaron correlaciones policóricas y como método de estimación directa el de Mínimos Cuadrados Robustos no Ponderados (en inglés: *Robust Unweighted Least Squares* - RULS), dada la gran cantidad de variables y la distribución de los ítems (Flora et al., 2003; Holgado-Tello et al., 2010; Jöresjog, 2001).

6.4.- Resultados

6.4.1.- Análisis factorial exploratorio

Se realizó un análisis de Componentes Principales con el fin de encontrar los factores que explicasen la mayor cantidad posible de varianza total.

El resultado obtenido de calcular el índice KMO fue de 0,774. Este resultado sugiere que los datos están notablemente interrelacionados. Por su parte, los resultados de la prueba de esfericidad de Bartlett confirmaron la aplicabilidad del Análisis Factorial ($\chi^2= 14561,441$; $gl=276$; $p= 0,000$). Los valores obtenidos, que se presentan en la Tabla 6.1, indican que resulta pertinente realizar un Análisis factorial de la matriz de correlaciones (Tabachnick y Fidell, 1989, p. 604).

Tabla 6.1
Resultados de las pruebas de KMO y de Esfericidad de Bartlett

Medida KMO de adecuación de muestreo		0,744
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	14561,441
	G.l.	276
	Sig.	0,000

Siguiendo la regla de Kaiser (Kaiser,1974), se mantuvieron aquellos factores con autovalores superiores a 1. Este modo de proceder dio lugar a una solución factorial con 7 componentes para el total de 31 variables. Se llevó a cabo una rotación factorial ortogonal mediante el método Varimax. Esta solución rotada explicaba un 58,600% de la varianza total, como se muestra en la tabla 6.2.

Tabla 6.2.
Varianza total explicada

Comp.	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumul.
1	6,561	21,165	21,165	6,561	21,165	21,165	3,583	11,559	11,559
2	3,235	10,435	31,601	3,235	10,435	31,601	3,311	10,680	22,239
3	2,239	7,223	38,824	2,239	7,223	38,824	2,650	8,550	30,789
4	1,845	5,952	44,776	1,845	5,952	44,776	2,465	7,951	38,740
5	1,717	5,540	50,316	1,717	5,540	50,316	2,121	6,843	45,583
6	1,345	4,340	54,656	1,345	4,340	54,656	2,117	6,829	52,412
7	1,223	3,944	58,600	1,223	3,944	58,600	1,918	6,188	58,600
8	0,944	3,045	61,645						
9	0,878	2,832	64,477						
10	0,874	2,819	67,297						
11	0,847	2,733	70,030						
12	0,770	2,483	72,513						
13	0,765	2,467	74,980						
14	0,723	2,333	77,313						
15	0,677	2,185	79,499						
16	0,672	2,166	81,665						
17	0,637	2,055	83,720						
18	0,602	1,941	85,662						
19	0,582	1,877	87,538						
20	0,572	1,846	89,385						
21	0,567	1,828	91,212						
22	0,521	1,682	92,895						
23	0,501	1,616	94,511						
24	0,475	1,533	96,044						

25	0,439	1,416	97,460						
26	0,352	1,136	98,596						
27	0,156	0,504	99,100						
28	0,141	0,455	99,555						
29	0,065	0,210	99,765						
30	0,038	0,121	99,887						
31	0,035	0,113	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

El gráfico de sedimentación que se muestra en la figura 6.1 indica que los siete primeros factores explican la mayor parte de la variabilidad total en los datos. Los valores propios de los siete primeros factores son todos mayores que 1. Los factores restantes explican una proporción muy pequeña de la variabilidad.

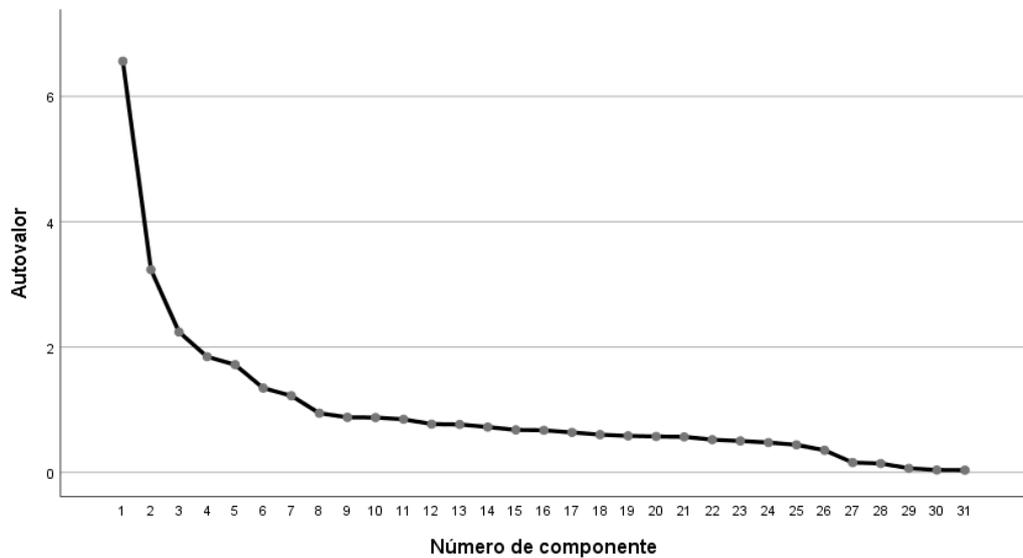


Figura 6.1. Suma de las saturaciones al cuadrado y varianza total explicada de la rotación

Tabla 6.3.
Matriz de transformación de componente

Componente	1	2	3	4	5	6	7
1	0,458	0,522	0,482	0,305	0,193	0,276	0,282
2	-0,750	0,486	-0,044	0,241	0,367	-0,048	-0,072
3	0,127	-0,002	0,170	0,615	-0,275	-0,586	-0,398
4	0,239	-0,369	-0,369	0,423	0,646	0,207	-0,177
5	0,334	0,351	-0,083	-0,512	0,418	-0,456	-0,337
6	-0,185	-0,342	0,724	-0,175	0,213	0,198	-0,457
7	0,098	0,340	-0,262	0,002	-0,339	0,536	-0,636

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

La matriz de componente rotado mostró que algunos ítems ofrecían pesos elevados en más de un factor (ver tabla 6.4), por lo que, al no resultar discriminativos, se procedió a realizar un nuevo análisis eliminando esos ítems.

Tabla 6.4.
Matriz de componente rotado*.

Enunciado de cada ítem	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
A veces noto que falta algo en mi vida sexual, no me siento una persona sexualmente satisfecha	0,912	-0,024	0,072	0,033	-0,049	0,014	-0,040
* He disfrutado de mi sexualidad, a lo largo de mi vida, de la forma adecuada a cada momento y edad	0,898	-0,014	0,473	0,541	-0,046	0,035	-0,066
Mi vida sexual es completa y me resulta satisfactoria	0,865	0,056	0,179	0,054	0,024	0,066	0,148
Para mí es fácil comunicar a las personas con quien me relaciono, si me gusta o me disgusta la manera en que me hace el amor	0,778	0,061	0,132	0,040	0,008	0,038	0,167
Se puede decir que las relaciones afectivas que establezco y mantengo resultan enriquecedoras, placenteras y saludables	0,520	0,129	0,280	0,075	0,053	0,149	0,264
Soy una persona que respeta la orientación sexual de los demás	-0,011	0,784	0,042	0,130	0,074	-0,025	0,092
Expreso mi sexualidad de forma respetuosa y muestro respeto hacia la sexualidad de los demás	0,087	0,730	0,263	0,070	0,033	0,087	0,002
Me comporto de una forma tolerante hacia las personas con diferentes valores y modos de vida sexuales	0,024	0,702	0,055	0,140	0,081	-0,022	0,076

En general intento evitar los comportamientos que conllevan prejuicios e intolerancia hacia la sexualidad de otras personas	0,008	0,609	0,033	0,126	0,205	0,030	0,088
Soy una persona abierta a la información nueva que me ayude mejorar mi sexualidad	0,063	0,606	0,157	-0,049	0,030	0,073	0,215
* Evito el abuso sexual. Es decir, no mantengo relaciones sexuales si no se da un libre consentimiento por parte de mi pareja	-0,021	0,435	0,439	0,113	0,338	0,057	-0,047
*No escondo mi orientación sexual, me manifiesto tal y como soy	-0,019	0,387	0,640	0,028	0,023	-0,064	0,028
Mi comportamiento sexual nunca me ha causado problemas personales o sociales	0,117	0,004	0,626	0,187	-0,108	0,022	0,004
*Creo que la manera en que expreso mi afecto, mi amor y mi intimidad, puede considerarse como una forma de expresión socialmente apropiada	0,146	0,321	0,605	0,099	0,038	0,312	-0,028
*He expresado mi sexualidad a lo largo de mi vida de la forma adecuada a cada situación social.	0,114	0,058	0,598	0,112	0,468	-0,034	0,153
*Se puede decir que soy una persona que se comunica de manera apropiada y eficaz con la familia, los amigos y la pareja	0,330	0,123	0,476	0,049	0,459	0,216	0,292
*En el plano sexual, me identifico y vivo de acuerdo con mis propios valores y creencias	0,289	0,328	0,473	0,000	0,058	0,165	-0,014
Creo que mi forma de relacionarme con personas de ambos sexos es respetuosa y adecuada	0,041	0,284	,472	0,062	0,041	0,039	0,021
En mis relaciones, evito contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual	0,035	0,155	0,056	0,885	0,054	-0,051	-0,024
*Si lo creyera necesario, buscaría información sobre cuestiones relacionadas con la reproducción o la sexualidad	0,048	0,326	0,044	0,852	0,027	-0,032	-0,010
Llevo a cabo las actividades y conductas necesarias para evitar enfermedades relacionadas con la sexualidad (utilización de preservativos, reconocimientos médicos, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación de posibles problemas)	0,104	0,070	0,176	0,677	0,109	0,059	0,013
Cuando quiero evitar los embarazos no deseados, utilizo métodos anticonceptivos de manera eficaz	0-,009	0,179	0,218	0,530	0,028	0,129	0,128
Los mensajes de los medios de comunicación influyen en las actitudes sentimientos y valores de las personas en relación con la sexualidad	-0,047	0,136	0,010	0,048	0,728	-0,009	0,130
Los mensajes familiares y culturales influyen en los pensamientos, sentimientos y valores relacionados con la sexualidad de las personas (desde el nacimiento y durante toda la vida)	-0,015	0,118	0,022	0,029	0,715	0,018	0,028
Soy consciente de que los mensajes religiosos influyen en las actitudes y los comportamientos personales relacionados con la sexualidad	-0,008	0,133	0,020	-0,047	0,707	0,049	-0,117
La forma en que las personas ejercen sus responsabilidades democráticas influye en la legislación relativa a los asuntos sexuales (educación sexual en la escuela, legislación sobre métodos anticonceptivos y aborto, matrimonio homosexual...)	0,046	0,062	0,028	0,174	0,652	0,136	0,011
+Si yo quiero, sé cómo tengo que hacer para procurarme placer sexual de forma autónoma, sin ayuda directa de otras personas	,096	0,057	0,069	0,525	0,099	0,943	0,148

+Creo que tengo habilidades que pueden mejorar mis relaciones personales (afectivas y amorosas)	0,078	0,089	0,074	0,035	0,499	0,941	0,157
*Me gusta mi propio cuerpo, estoy a gusto con cómo soy	0,179	0,223	0,145	0,064	0,048	0,337	0,837
Me siento capaz de hacer cosas para mejorar mis relaciones afectivas	0,195	0,353	0,170	0,086	0,038	0,208	0,825
*Evito cualquier relación afectiva (amorosa o sexual) que se base en la explotación y/o manipulación de otra persona	0,136	0,327	0,110	0,136	0,082	0,236	-0,369

Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

*Se han señalado con un asterisco los ítems que saturan alto en más de un factor y que fueron eliminados en los posteriores análisis)

Se han resaltado con negrita los pesos más altos de 0,30

Cuando se prescindió de los ítems cuyos pesos eran mayores que 0,30 en, al menos, dos factores, el nuevo análisis de los datos mostró una mejora en el comportamiento de los 4 factores resultantes. El método de extracción fue el Análisis de Componentes Principales, con una rotación mediante Normalización Varimax con Kaiser, que consiguió la convergencia en 5 iteraciones y propuso una composición definitiva de 18 ítems agrupados en 4 factores (uno de seis elementos y tres de cuatro elementos cada uno) y con una varianza total explicada de 55, 31.

En las tablas 6.5 y 6.6 se presentan estos resultados.

Tabla 6.5.
Varianza total explicada

Compo nente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acum.	Total	% de varia.	% acumul.	Total	% de varianza	% acumul.
1	4,149	23,053	23,053	4,149	23,053	23,053	2,987	16,596	16,596
2	2,608	14,491	37,544	2,608	14,491	37,544	2,844	15,802	32,398
3	1,700	9,442	46,986	1,700	9,442	46,986	2,122	11,790	44,187
4	1,498	8,323	55,309	1,498	8,323	55,309	2,002	11,122	55,309
5	0,882	4,899	60,208						
6	0,792	4,399	64,607						
7	0,769	4,273	68,880						
8	0,722	4,011	72,891						

9	0,675	3,750	76,641															
10	0,634	3,520	80,161															
11	0,588	3,264	83,426															
12	0,572	3,176	86,602															
13	0,528	2,932	89,534															
14	0,506	2,812	92,346															
15	0,443	2,461	94,807															
16	0,416	2,312	97,119															
17	0,376	2,087	99,206															
18	0,143	0,794	100,00															

Método de extracción: análisis de componentes principales.

El gráfico de sedimentación que se muestra en la figura 6.2 indica que los cuatro primeros factores explican la mayor parte de la variabilidad total en los datos (dada por los valores propios). Los valores propios de los cuatro primeros factores son todos mayores que 1. Los factores restantes explican una proporción muy pequeña de la variabilidad.

De los análisis realizados se obtuvieron 4 factores que explicaban un alto porcentaje de la varianza (55,31%). Ver tabla 6.6.

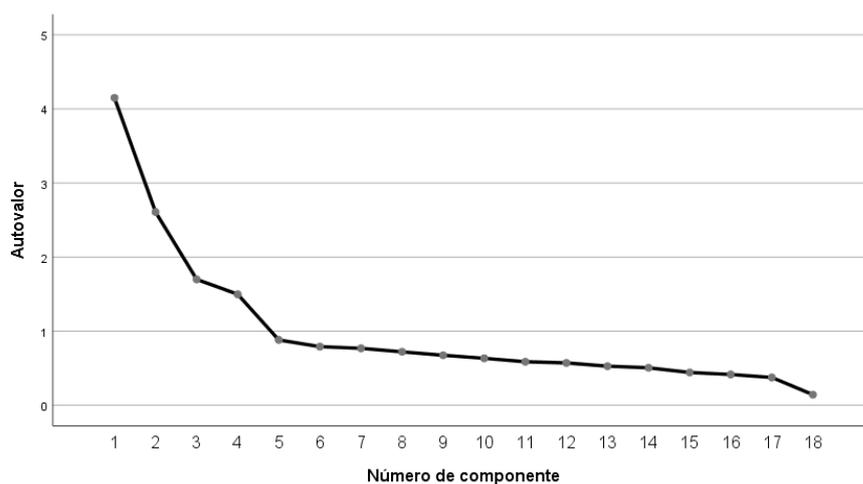


Figura 6.2. Representación de la suma de las saturaciones al cuadrado y varianza total explicada de la rotación

Estos cuatro factores se identificaron como: 1) respeto y flexibilidad sexuales; 2) disfrute sexual; 3) Conciencia de la determinación social de la sexualidad humana; y 4) Conductas preventivas y de autocuidados en relación a la sexualidad.

En cuanto a la fiabilidad de la escala total (18 elementos) se calculó el estadístico “Alfa” de Cronbach, obteniéndose un valor de $\alpha = 0,765$ (ver tabla 6.8).

Tabla 6.6.
Matriz de componente rotado

	Componente			
	1	2	3	4
Soy una persona que respeta la orientación sexual de los demás	0,778	-0,040	0,108	0,122
Expreso mi sexualidad de forma respetuosa y muestro respeto hacia la sexualidad de los demás	0,777	0,132	0,049	0,127
Me comporto de una forma tolerante hacia las personas con diferentes valores y modos de vida sexuales	0,700	-0,008	0,110	0,149
Soy una persona abierta a la información nueva que me ayude mejorar mi sexualidad	0,665	0,136	0,053	-0,032
En general intento evitar los comportamientos que conllevan prejuicios e intolerancia hacia la sexualidad de otras personas	0,591	-0,009	0,238	0,133
Creo que mi forma de relacionarme con personas de ambos sexos es respetuosa y adecuada	0,538	0,154	0,018	0,157
Mi vida sexual es completa y me resulta satisfactoria	0,079	0,930	0,028	0,060
Para mí es fácil comunicar a las personas con quien me relaciono, si me gusta o me disgusta la manera en que me hace el amor	0,071	0,864	0,013	0,048
A veces noto que falta algo en mi vida sexual, no me siento una persona sexualmente satisfecha	-0,049	0,807	-0,047	0,048
Se puede decir que las relaciones afectivas que establezco y mantengo resultan enriquecedoras, placenteras y saludables	0,231	0,661	0,047	0,138
Los mensajes de los medios de comunicación influyen en las actitudes sentimientos y valores de las personas en relación con la sexualidad	0,153	-0,017	0,722	0,017
Los mensajes familiares y culturales influyen en los pensamientos, sentimientos y valores relacionados con la sexualidad de las personas (desde el nacimiento y durante toda la vida)	0,117	-0,004	0,710	0,031
Soy consciente de que los mensajes religiosos influyen en las actitudes y los comportamientos personales relacionados con la sexualidad	0,102	-0,012	0,704	-0,046
La forma en que las personas ejercen sus responsabilidades democráticas influye en la legislación relativa a los asuntos sexuales (educación sexual en la escuela, legislación sobre métodos anticonceptivos y aborto, matrimonio homosexual...)	0,038	0,051	0,671	0,174

Llevo a cabo las actividades y conductas necesarias para evitar enfermedades relacionadas con la sexualidad (utilización de preservativos, reconocimientos médicos, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación de posibles problemas)	0,059	0,106	0,124	0,809
En mis relaciones, evito contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual	0,121	0,006	0,100	0,742
Cuando quiero evitar los embarazos no deseados, utilizo métodos anticonceptivos de manera eficaz	0,213	0,042	0,045	0,693
Mi comportamiento sexual nunca me ha causado problemas personales o sociales	0,172	0,258	-0,179	0,400

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

- a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Tabla 6.7.
Matriz de transformación de componente

Componente	1	2	3	4
1	0,710	0,459	0,315	0,430
2	0,328	-0,833	0,445	0,022
3	-0,397	0,283	0,834	-0,258
4	-0,480	-0,123	0,081	0,865

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

Tabla 6.8.
Cálculo de la fiabilidad del instrumento

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,765	0,794	18

La denominación propuesta y la composición de cada uno de estos factores fue como presenta en la tabla 6.9

El estudio de la fiabilidad atribuible a cada uno de los cuatro factores ofreció los resultados siguientes: factor 1, $\alpha = 0,777$; factor 2, $\alpha = 0,841$; factor 3, $\alpha = 0,678$ y factor 4, $\alpha = 0,618$. (tabla 18). Satisfactorio en el factor 1, 2 y 3 y aceptable en el factor 4. Ver tabla 6.10.

Tabla 6.9.

Denominación propuesta y composición de cada uno de los factores

Factor	Denominación	Ítems
1	<i>Respeto y flexibilidad sexuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Soy una persona que respeta la orientación sexual de los demás • Expreso mi sexualidad de forma respetuosa y muestro respeto hacia la sexualidad de los demás • Me comporto de una forma tolerante hacia las personas con diferentes valores y modos de vida sexuales • Soy una persona abierta a la información nueva que me ayude mejorar mi sexualidad • En general intento evitar los comportamientos que conllevan prejuicios e intolerancia hacia la sexualidad de otras personas • Creo que mi forma de relacionarme con personas de ambos sexos es respetuosa y adecuada
2	<i>Disfrute sexual</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mi vida sexual es completa y me resulta satisfactoria. • Para mí es fácil comunicar a las personas con quien me relaciono, si me gusta o me disgusta la manera en que me hace el amor. • A veces noto que falta algo en mi vida sexual, no me siento una persona sexualmente satisfecha. • Se puede decir que las relaciones afectivas que establezco y mantengo resultan enriquecedoras, placenteras y saludables.
3	<i>Conciencia de la determinación social de la sexualidad humana</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Los mensajes de los medios de comunicación influyen en las actitudes sentimientos y valores de las personas en relación con la sexualidad. • Los mensajes familiares y culturales influyen en los pensamientos, sentimientos y valores relacionados con la sexualidad de las personas (desde el nacimiento y durante toda la vida). • Soy consciente de que los mensajes religiosos influyen en las actitudes y los comportamientos personales relacionados con la sexualidad. • La forma en que las personas ejercen sus responsabilidades democráticas influye en la legislación relativa a los asuntos sexuales (educación sexual en la escuela, legislación sobre métodos anticonceptivos y aborto, matrimonio homosexual...).

4 *Conductas preventivas y de autocuidados en relación a la sexualidad*

- Llevo a cabo las actividades y conductas necesarias para evitar enfermedades relacionadas con la sexualidad (utilización de preservativos, reconocimientos médicos, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación de posibles problemas).
- En mis relaciones, evito contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual.
- Cuando quiero evitar los embarazos no deseados, utilizo métodos anticonceptivos de manera eficaz.
- Mi comportamiento sexual nunca me ha causado problemas personales o sociales.

Tabla 6.10.
Coefficientes de fiabilidad para cada factor

Factor	Número de elementos	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados
1	6	0,78	0,79
2	4	0,84	0,84
3	4	0,68	0,68
4	4	0,62	0,65

6.4.2.- Análisis Factorial Confirmatorio

De acuerdo con los resultados obtenidos tras el AFE, se propuso un modelo con una estructura factorial de primer orden, constituida por 4 factores. Como se acaba de señalar, los 18 ítems del instrumento recién creado se agrupan en cuatro factores: 1) respeto y flexibilidad sexuales; 2) disfrute sexual; 3) conciencia de la determinación social de la sexualidad humana; y 4) conductas preventivas y de autocuidados en relación a la sexualidad.

Para conocer en qué grado hay una mayor o menor aproximación del modelo teórico a la realidad empírica se dispone de una amplia variedad de índices. Entre ellos, cabe destacar el índice de razón de verosimilitud χ^2 , procedente del método ML, que es el único que aporta una prueba de significatividad estadística (Cea, 2004; Ryu, 2011). El modelo teórico propuesto, en el caso del presente estudio, es adecuado. Véase tabla 6.11

Tabla 6.11.
Prueba de Chi cuadrado

Modelo	χ^2	g.l.	p
Modelo factorial	840,61	131	< 0,001

Dadas las limitaciones del índice de razón de verosimilitud por su sensibilidad al tamaño muestral y por fundamentarse en la distribución central de χ^2 (Bollen, 1989; Byrne, 1998), se complementan los resultados de nuestro estudio, con otros índices de bondad de ajuste. En este contexto, el índice RMSEA o Error cuadrático medio de aproximación por grado de libertad está reconocido como uno de los más informativos de los modelos en ecuaciones estructurales. A la hora de determinar la bondad de ajuste tiene en cuenta los grados de libertad, por lo que este índice es sensible al número de parámetros que estima el modelo (Barbero et al., 2011; Byrne, 1998; Cea, 2004). En este sentido, los valores de RMSEA decrecen conforme aumenta el número de grados de libertad o el tamaño muestral (Kline, 2011). En general, valores en RMSEA menores de 0,05 indican un buen ajuste y los valores comprendidos entre 0,05 y 0,08 un ajuste razonable (Browne y Cudeck, 1993).

Como resultado de realizar un AFC sobre el modelo 1 (cuatro factores relacionados), se obtuvieron los siguientes índices globales de bondad de ajuste: χ^2 (d. f. = 131; $p < 0,001$) = 840,61; RMSEA = 0,07 con un intervalo al 90% (0,003 a 0,05) (valores < 0,08 son adecuados); CFI = 0,96; TLI = 0,95; (valores > 0,90 son adecuados), los indicadores de ajuste son adecuados para GFI (Bollen y Long, 1993; Hopko, 2003). GFI = 1,00; SRMR = 0,07 (valores < 0,10 son adecuados). Ver tablas 6.12 y 6.13.

La convergencia de los resultados es un buen indicador de la coherencia entre la teoría y los datos, siendo este uno de los pilares del constructo vigente (Chacón, Perez, y Holgado, 2001; Messick, 1994).

**Tabla 6.12.-
Medida de ajuste adicionales**

Índices	Valor
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0,96
Índice de Tucker-Lewis (<i>Tucker-Lewis Index</i> -TLI)	0,95
Índice de ajuste no normativo de Bentler-Bonett (NNFI)	0,95
Índice de ajuste normativo de Bentler-Bonett (NFI)	0,95
Índice de ajuste normativo de parsimonia (PNFI)	0,82
Índice de ajuste relativo de Bollen (RFI)	0,95
Índice e de ajuste incremental de Bollen (IFI)	0,96
Índice de no centralidad relativa (RNI)	0,96

**Tabla 6.13.-
Otras medidas de ajuste**

Medida	Valor
Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA)	0,07
RMSEA 90% CI límite inferior	0,07
RMSEA 90% CI límite superior	0,08
RMSEA p-valor	0,00
Residuos cuadráticos medios estandarizados(SRMR)	0,07
Índice crítico de Hoelter N ($\alpha = .05$)	199,25
Índice crítico de Hoelter N ($\alpha = .01$)	215,30
Índice de bondad de ajuste(GFI)	1,00
Índice de ajuste McDonald (MFI)	0,71

A continuación, se presentan las tablas de los factores rotados para mostrar el peso de cada ítem en los distintos factores (ver tablas 6.14, 6.15 y 6.16)

Tabla 6.14

Estimaciones de parámetros

Factor	Indicador	Símbolo	Std. Est. (all)
Factor 1	P1	λ_{11}	0,70
	P2	λ_{12}	0,65
	P3	λ_{13}	0,82
	P4	λ_{14}	0,73
	P5	λ_{15}	0,78
	P6	λ_{16}	0,82
Factor 2	P7	λ_{21}	0,75
	P8	λ_{22}	0,81
	P9	λ_{23}	0,70
	P10	λ_{24}	0,55
Factor 3	P11	λ_{31}	0,64
	P12	λ_{32}	0,64
	P13	λ_{33}	0,64
	P14	λ_{34}	0,64
Factor 4	P15	λ_{41}	0,69
	P16	λ_{42}	0,97
	P17	λ_{43}	0,92
	P18	λ_{44}	0,76

Tabla 6.15
Parámetros estimados. Pesos factoriales

Factor	P	Símbolo	Estima.	Error estand.	Z	p	Inferior	Superior	Std. Est. (all)
Factor 1	P1	λ_{11}	0,19	0,10	1,89	0,06	-6,82e -3	0,39	0,70
	P2	λ_{12}	0,18	0,09	1,90	0,06	-5,56e -3	0,36	0,65
	P3	λ_{13}	0,22	0,12	1,91	0,06	-5,58e -3	0,45	0,82
	P4	λ_{14}	0,20	0,11	1,89	0,06	-7,81e -3	0,41	0,73
	P5	λ_{15}	0,21	0,11	1,90	0,06	-6,64e -3	0,43	0,78
	P6	λ_{16}	0,22	0,12	1,90	0,06	-7,09e -3	0,45	0,82
Factor 2	P7	λ_{21}	0,56	0,03	18,25	0,00	0,50	0,62	0,75
	P8	λ_{22}	0,61	0,03	18,11	0,00	0,54	0,67	0,81
	P9	λ_{23}	0,53	0,03	17,80	0,00	0,47	0,59	0,70
	P10	λ_{24}	0,41	0,03	14,02	0,00	0,36	0,47	0,55
Factor 3	P11	λ_{31}	0,55	0,03	17,37	0,00	0,49	0,62	0,64
	P12	λ_{32}	0,56	0,03	17,33	0,00	0,49	0,62	0,64
	P13	λ_{33}	0,56	0,03	18,07	0,00	0,50	0,62	0,64
	P14	λ_{34}	0,56	0,03	17,98	0,00	0,50	0,62	0,64
Factor 4	P15	λ_{41}	0,64	0,02	30,71	0,00	0,60	0,68	0,69
	P16	λ_{42}	0,90	0,02	55,58	0,00	0,87	0,94	0,97
	P17	λ_{43}	0,86	0,01	58,62	0,00	0,83	0,89	0,92
	P18	λ_{44}	0,71	0,02	30,69	0,00	0,66	0,75	0,76

Tabla 6.16
Varianzas residuales

Indicador	Std. Est. (all)
P1	0,51
P2	0,57
P3	0,33
P4	0,46
P5	0,39
P6	0,33
P7	0,44
P8	0,34
P9	0,50
P10	0,70
P11	0,59
P12	0,59
P13	0,59
P14	0,59
P15	0,53
P16	0,06
P17	0,15
P18	0,43

El modelo quedó configurado tal y como se presenta en la figura 6.3.

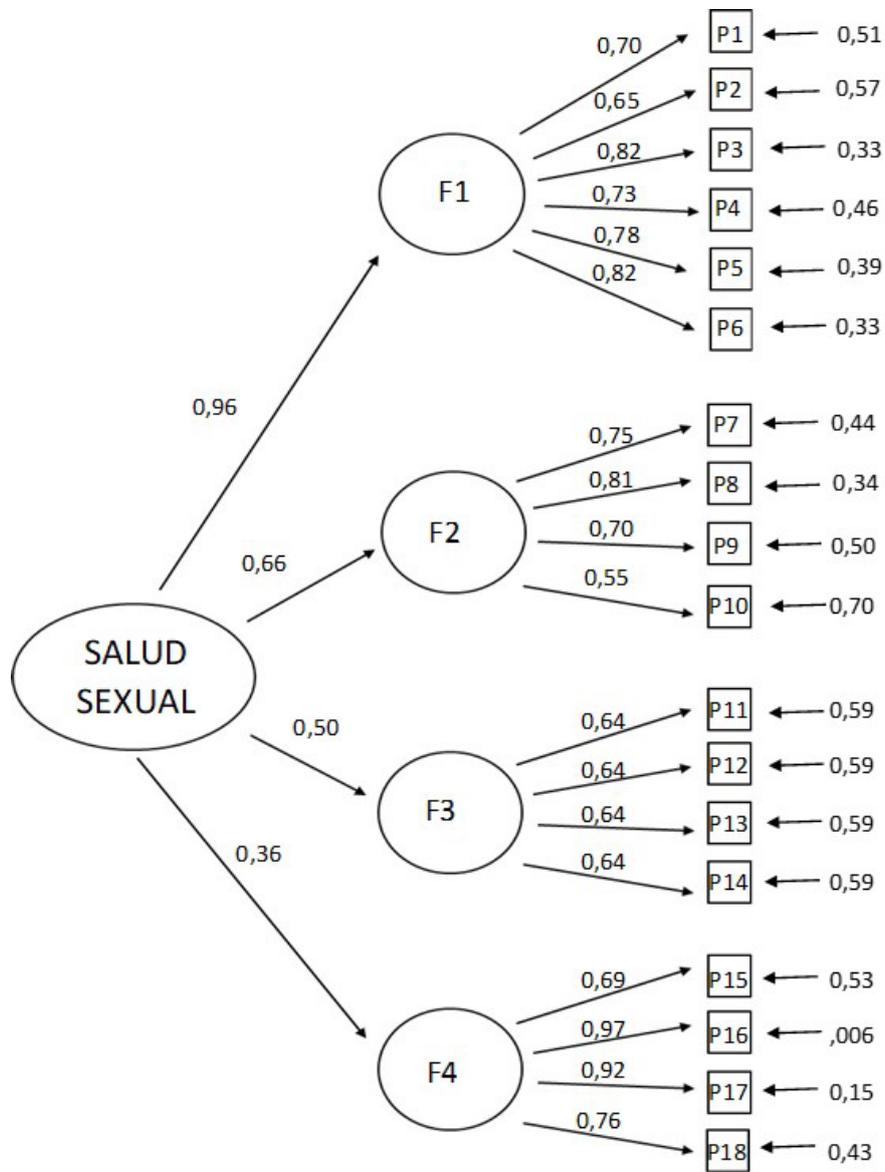


Figura 3.1.3. Representación gráfica del modelo de Salud Sexual

6.5.- Discusión y conclusiones

Este estudio presenta los resultados del análisis de la validez factorial del cuestionario CESS.

En cuanto a la consistencia interna, los resultados mostraron buenos índices de Fiabilidad por parte del test. Si estudiamos la fiabilidad en cada uno de los factores, encontramos que el factor 1 y el 2 son los que mayor consistencia presentan, siendo aceptables en el factor 3 y 4 que son más bajos.

Los resultados obtenidos en el AFC confirman la estructura de 4 factores propuesta por el AFE.

Si tenemos en cuenta estos resultados, podríamos afirmar que un cuestionario, como el CESS que busque estimar el nivel de salud sexual, atendería a cuestiones como el disfrute sexual, el respeto y la flexibilidad sexuales, la conciencia de la determinación social de la sexualidad humana y las conductas preventivas y de autocuidado en relación a la sexualidad. Un cuestionario con estas características resultaría de gran utilidad para la evaluación del nivel de salud sexual de las personas y podría considerarse un instrumento de medida para ser incluido en los procesos de evaluación de los programas de promoción de la salud sexual y de educación para la salud sexual con personas adultas.

De forma resumida el cuestionario desarrollado en el presente estudio evalúa los cuatro factores que presentamos a continuación:

Factor 1: Respeto y flexibilidad sexuales.

Indica la presencia de actitudes y conductas manifiestas de tolerancia y de respeto a la sexualidad de otras personas independientemente de su sexo y orientación sexual. Además, pone de manifiesto el grado de flexibilidad y adaptabilidad a las posibles condiciones sexuales de las personas con diversidad sexual.

<i>Nº</i>	<i>Enunciado</i>
1	Creo que mi forma de relacionarme con personas de ambos sexos es respetuosa y adecuada.
7	Expreso mi sexualidad de forma respetuosa y muestro respeto hacia la sexualidad de los demás
8	Soy una persona abierta a la información nueva que me ayude mejorar mi sexualidad.
12	Me comporto de una forma tolerante hacia las personas con diferentes valores y modos de vida sexuales
17	En general intento evitar los comportamientos que conllevan prejuicios e intolerancia hacia la sexualidad de otras personas
18	Soy una persona que respeta la orientación sexual de los demás

Factor 2: Disfrute sexual

Indaga sobre el aspecto placentero de la sexualidad, teniendo en cuenta, no solo las cuestiones exclusivamente sensoriales de la actividad sexual, sino que se contemplan también aspectos emocionales y de comunicación afectiva.

<i>Nº</i>	<i>Enunciado</i>
3	A veces noto que falta algo en mi vida sexual, no me siento una persona sexualmente satisfecha
4	Para mí es fácil comunicar a las personas con quien me relaciono, si me gusta o me disgusta la manera en que me hace el amor
5	Mi vida sexual es completa y me resulta satisfactoria

6	Se puede decir que las relaciones afectivas que establezco y mantengo resultan enriquecedoras, placenteras y saludables
---	---

Factor 3: Conciencia de la determinación social de la sexualidad humana

Evalúa el conocimiento y la conciencia personal sobre la importancia determinante que ejercen algunas condiciones del medio social sobre la sexualidad de las personas. Indica el grado en que se asume que la sexualidad está determinada en una gran parte por aspectos que se fundamentan en el aprendizaje

<i>Nº</i>	<i>Enunciado</i>
11	Los mensajes familiares y culturales influyen en los pensamientos, sentimientos y valores relacionados con la sexualidad de las personas (desde el nacimiento y durante toda la vida)
13	Soy consciente de que los mensajes religiosos influyen en las actitudes y los comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
14	La forma en que las personas ejercen sus responsabilidades democráticas influye en la legislación relativa a los asuntos sexuales (educación sexual en la escuela, legislación sobre métodos anticonceptivos y aborto, matrimonio homosexual...)
16	Los mensajes de los medios de comunicación influyen en las actitudes, sentimientos y valores de las personas en relación con la sexualidad

Factor 4: Conductas preventivas y de autocuidados en relación a la sexualidad.

Se refiere al grado en que se es consciente del impacto de la sexualidad en la salud. Y se manifiesta en que se llevan a cabo comportamientos que minimizan los riesgos para la salud asociados a las actividades sexuales personales.

<i>Nº</i>	<i>Enunciado</i>
2	Mi comportamiento sexual nunca me ha causado problemas personales o sociales.
9	Cuando quiero evitar los embarazos no deseados, utilizo métodos anticonceptivos de manera eficaz.
10	Llevo a cabo las actividades y conductas necesarias para evitar enfermedades relacionadas con la sexualidad (utilización de preservativos, reconocimientos médicos, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación de posibles problemas)
15	En mis relaciones, evito contraer o transmitir infecciones de transmisión

Si atendemos a los principales elementos extraídas de las diversas definiciones de sexualidad, se puede observar que los cuatro factores, con sus ítems respectivos, de la escala CESS, muestran congruencia con los componentes de dichas definiciones, que de forma resumida consideran a la sexualidad como un aspecto central del ser humano, que se encuentra presente a lo largo de toda su vida, y tiene en cuenta el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. La sexualidad se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Aunque la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones no todas ellas se expresan siempre, sino que, en función del

periodo evolutivo de la persona, unas pueden estar atenuadas mientras que otras sobresalen de forma más notable (OMS, 2006; Montis, 2008).

De esta manera el CESS recoge en sus contenidos y resultados los aspectos más relevantes y consensuados respecto a lo que representa la salud sexual.

Así, el respeto a la sexualidad de uno mismo y del resto de personas, que es un aspecto clave en el desarrollo de una sexualidad saludable, queda recogido en el factor 1. Recordemos que las personas sexualmente sanas, y que expresan su sexualidad de una forma positiva, se sienten a gusto con su cuerpo y con su orientación sexual y se relacionan respetuosamente con personas de ambos sexos; cuando una persona es sexualmente positiva sabe expresar apropiadamente el afecto y la intimidad y no mantiene prácticas sexuales basadas en la explotación o la manipulación.

El factor 2 del cuestionario CESS recoge ítems que están relacionados con la el placer como parte fundamental de la sexualidad y de la salud sexual. Las personas que sienten su sexualidad como una parte positiva de su personalidad disfrutan y obtienen placer cuando se relacionan sexualmente o llevan a cabo conductas sexuales; las personas sexualmente sanas se adaptan a los cambios que los años imponen en su capacidad sexual y se expresan y disfrutan sexualmente de acuerdo con sus valores.

La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. Es por ello por lo que consideramos que los ítems del factor 3 resultan de una gran importancia al referirse a la conciencia personal sobre la influencia que pueden tener en una persona todos estos aspectos.

Como sabemos, desde la Promoción de la Salud Sexual, se defiende la idea de la importancia de la implicación personal de cada uno en su propia salud; se enfatiza la importancia de los comportamientos de autocuidado que en el caso de la sexualidad, tiene como manifestación las conductas que minimizan los riesgos de infecciones, tanto como polo de transmisión como de receptor. Esta cuestión queda

recogida en los ítems del factor 4. Las personas que llevan a cabo conductas que se puede calificar como sexualmente saludables cuidan sus órganos sexuales y reproductores y utilizan los medios apropiados para evitar las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

7.- ESTUDIO SEGUNDO

COMPARACIÓN DE DOS FORMATOS DE RESPUESTA EN UN INSTRUMENTO PARA LA MEDIDA DE LA SALUD SEXUAL

7.1.- Introducción

Se denominan escalas tipo Likert a aquellos instrumentos psicométricos donde el encuestado debe indicar su acuerdo o desacuerdo sobre una afirmación, ítem o reactivo; esta valoración o grado de acuerdo se realiza a través de una escala ordenada y unidimensional (Bertram, 2008). También decíamos que las escalas tipo Likert se consideran como el procedimiento más utilizado para medir diferencias individuales. Se asume que los ítems están relacionados con la variable que se quiere medir de forma monótonica, de manera que conforme aumenta o disminuye la cantidad del rasgo manifestado por los sujetos, se incrementan o decrementan sus puntuaciones en ese ítem.

Se puede decir que este formato de respuesta es uno de los más utilizados en los cuestionarios y las escalas de las que se utilizan habitualmente en el área de la Psicología y otras áreas de las Ciencias de la Salud.

Con relación a este tipo de escalas, no se ha alcanzado un acuerdo global sobre el número de categorías de respuesta, o puntos de anclaje, que optimice las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida. (Lozano et al., 2008). En este sentido, Barbero et al. (2010) señalan que el número de opciones de respuesta depende de lo que pretenda el investigador, de la naturaleza de la variable a estudiar y del tipo de elementos o ítems que se estén utilizando.

Una escala Likert, se compone de un determinado número de ítems, ofreciéndose para cada ítem varias opciones de respuesta basadas en el grado de acuerdo o desacuerdo del enunciado de cada ítem. Tradicionalmente las más utilizadas son las que se basan en cinco, siete y diez puntos de anclaje.

Con frecuencia, los estudios que utilizan este tipo de escalas ofrecen 5 puntos de anclaje. Sin embargo, no se han ofrecido justificaciones teóricas y/o empíricas que lo justifiquen suficientemente. Bisquerra y Pérez (2015) argumentan que puede ser por tradición y porque es más complicado poner nombre a más de cinco opciones de respuesta. Así lo expone un estudio que realizó una revisión de artículos publicados entre los años 2010/2012 en diferentes revistas del área de la educación, analizando un total de 152 escalas y concluyendo que la mayoría de los autores no mencionan los criterios por los cuales se ha elegido una escala tipo Likert de 5 puntos. Los autores concluyen que se ha seguido una “tradición popular”.

Lo que parece cierto, es que Likert (1932), no fue el primero en obtener valoraciones subjetivas basadas en autoinformes. Previamente, Freyd (1923) analizó las diversas formas de escalas disponibles en aquellos momentos y observó que, en general, se basaban en elementos de 10 o de 100 puntos. Posteriormente, Ferguson (1941) aportó evidencias de las ventajas de los elementos de 10 puntos. Sin embargo, fue Likert el que tuvo un mayor impacto social con sus escalas, que en general tendían a ser de elementos de 5 puntos.

Algunos estudios publicados desde el punto de vista psicométrico justifican las escalas de 5 y de 10 puntos de anclaje.

Se han publicado estudios que, desde el punto de vista psicométrico, justifican las escalas de 5 y de 10 puntos de anclaje y concluyen que la presencia de más puntos en los ítems no aumenta la fiabilidad de la prueba. Esto podría ser una razón por la que el número de puntos no se haya considerado un aspecto importante. Habitualmente lo que interesa es la validez y la fiabilidad de la escala, que puede ser prácticamente la misma, independientemente del número de opciones de respuesta. (Bisquerra y Pérez, 2015).

Sin embargo, otras investigaciones han puesto en entredicho este aspecto (Cummins y Gullone, 2000). Un estudio de Cummins (1997) concluyó que no hay reglas para diseñar las escalas de tipo Likert. Observó que el número de opciones de respuesta varía desde 2 (sí-no, acuerdo- desacuerdo) hasta 100. Algunas incluyen el punto medio (escalas impares) y otras no (pares). Y lo más habitual es utilizar alrededor de 5-7 opciones y un argumento psicométrico para la justificación del uso de escalas de 5-7 puntos de anclaje es que diversos estudios observaron que la presencia de más puntos en los ítems no aumenta la fiabilidad de la prueba (Bisquerra y Pérez y Escoda, 2015) y esto ha podido dar lugar a que el número de puntos no se haya considerado un aspecto importante. Cummins (1997) revisó más de 400 instrumentos basados en escalas tipo Likert, concluyendo la falta de reglas empíricas a la hora de diseñar las escalas. Diversos autores han aportado evidencias de que, al aumentar el número de opciones, no disminuye la fiabilidad (Diefenbach et al., 1993; Lozano et al., 2008; Matell y Jacoby, 1971; Muñiz et al., 2005), sino que, por el contrario, puede aumentarla. En un metaanálisis de 131 estudios, (Churchill y Peter, 1984) hallaron una correlación positiva entre la fiabilidad y el número de puntos de los ítems de la escala. Es decir, aumentar el número de opciones de respuesta no reduce la fiabilidad de la escala, sino que puede aumentarla.

Por otro lado, consideramos que la elección del número de categorías mediante las que responder a las afirmaciones que se presentan en las escalas de tipo Likert, además de considerarse de manera psicométrica, es necesario tener presente

el contexto cognitivo-cultural de la población de la que se pretenden obtener medidas mediante este tipo de estrategias. Así, en nuestro ámbito cultural resulta habitual y generalizada la utilización de escalas de 0 a 10 cuando se tiene que evaluar o valorar casi cualquier objeto o evento (Tort et al., 1999).

En consonancia con este autor, consideramos que en países como España evaluar algo de 0 a 10 es habitual desde los primeros años de la escuela; por ello queremos resaltar la importancia de este punto.

Un aspecto a tener en cuenta en este tipo de escalas es su sensibilidad y especificidad. Estas medidas son muy utilizadas en epidemiología y dan mucha información sobre las características de las escalas. Podríamos definir la sensibilidad como la capacidad que tiene un instrumento para detectar correctamente a personas que poseen una determinada característica, siendo la especificidad el valor complementario.

La sensibilidad de un instrumento de medida a pequeños cambios es muy importante si se quiere utilizar para analizar la evolución en periodos de tiempo, análisis de tendencias, diseños pretest- posttest. Se disponen de instrumentos de alta validez y fiabilidad, pero que no son sensibles a la hora de detectar los efectos de una intervención. Al aplicar las habituales pruebas de contraste (t de Student, análisis de varianza...) las diferencias observadas pueden no ser estadísticamente significativas debido a la falta de sensibilidad del instrumento, y no al hecho de que no haya habido cambios reales.

La sensibilidad de los instrumentos que están contruidos con escalas tipo Likert es particularmente importante en las ciencias de la salud, donde ha recibido especial atención (Guyatt y Jaeschke, 1990; Vizcaíno, 2017). Pero este parámetro crucial de la medición ha sido prácticamente ignorado en Psicología y Educación (Bisquerra y Pérez, 2015).

Cummins y Gullone (2000) pusieron de manifiesto que una escala de 5 puntos no es suficientemente sensible para detectar pequeñas diferencias entre pretest y postest. Y aportan evidencias de que las escalas con 5-7 opciones no recogen toda la capacidad discriminativa de la mayoría de las personas en términos de su percepción sobre el fenómeno que se está midiendo. Así, las personas, en general, tienen una capacidad discriminativa superior de lo que permiten las escalas de 5 puntos, lo cual hace que se desprecie una potencialidad que podría reflejarse en estos instrumentos de medida.

Siguiendo este discurso, Alwin (1997) afirma que una escala que presente muchas categorías permite refinar la medida, ya que el encuestado es capaz de marcar aquella opción que más se ajusta a su situación de una manera más precisa. Dado que las personas tienen una capacidad discriminativa que va más allá de los 5 puntos, restringir las respuestas a estas opciones comporta una pérdida de datos potencialmente más discriminativos. Este autor concluye que este tipo de escalas representan instrumentos muy rudos que no permiten medir cambios a través del tiempo. Es decir, las escalas no tienen la sensibilidad que podrían tener ampliando las opciones de respuesta a cada ítem.

De acuerdo con todo lo expuesto, podemos concluir que aumentar el número de opciones de una escala aumenta su sensibilidad. Así, en una escala de 5 opciones: Nada, POCO, Suficiente, Bastante, Mucho; para que una persona cambie de una categoría a otra entre un pretest y un postest (por ejemplo, de Suficiente a bastante) tiene que darse un cambio muy importante que podría cifrarse en un 20% si fuese una escala de razón. En cambio, si las opciones fuesen de 0 (Nada) a 10 (Mucho), es más fácil que un sujeto cambie de un dígito a otro (por ejemplo, de 5 a 6). En este caso es suficiente un 9% de cambio para ser detectado. Como hemos comentado anteriormente, la sensibilidad de una escala puede verse incrementada de forma notable si se aumentan el número de opciones de respuesta ¿Cuál sería uno de los motivos por el que no se suelen usar escalas más amplias? Uno de ellos, además de la

tradición ya señalada en párrafos anteriores, es la dificultad para encontrar denominaciones distintas para más de 5 opciones.

Cuando se incluyen denominaciones verbales para cada categoría, se está transformando una variable continua a categórica (nominal) tal y como argumenta Cummins (1997). Además, en este tipo de escalas nominales de más de 5 puntos, el sujeto a veces no encuentra exactamente la opción a la respuesta que desearía señalar, viéndose obligado a responder dentro de las opciones que se le presentan. De esta forma es frecuente que una opción central de “No sé” o “Indiferente” no resulta convincente y no se encuentra otra opción que se ajuste a su percepción.

Tradicionalmente la teoría psicométrica de las escalas Likert asumen que son escalas de intervalo o de razón. Por lo tanto, debería haber una cierta equidistancia entre las opciones de respuesta, lo cual es un requisito para el uso de estadística paramétrica. La violación de este supuesto al nombrar las categorías impide un procesamiento de los datos según modelos paramétricos, ya que no se puede afirmar que se dé la misma distancia entre etiquetas como totalmente “de acuerdo” y en “desacuerdo” que entre esta última y la etiqueta “ni de acuerdo” “ni en desacuerdo”.

En una investigación citada por Bisquerra en 2015 que llevó a cabo una empresa de auditorías australianas en 1993, se presentaba una escala de 9 opciones: Encantado, Muy satisfecho, Satisfecho, Bastante Satisfecho, Sentimientos ambiguos, Más bien insatisfecho, Infeliz, Muy infeliz, Terrible. Este trabajo asumía que la distancia entre las diferentes opciones era la misma, lo cual resulta muy difícil de mantener debido a que no se han presentado evidencias que apoyen esta argumentación (Cummins y Gullone 2000).

Otros autores han propuesto, cuando se trata de escala de más cinco puntos de anclaje, desechar las etiquetas verbales y utilizar valores numéricos manteniendo en los extremos estas denominaciones verbales (Todo-Nada, Satisfecho- Insatisfecho, Siempre-Nunca). Darbyshire y McDonald (2004) utilizaron en una misma encuesta dos escalas paralelas: una numérica de 9 categorías (flanqueada en sus extremos por

etiquetas verbales, “Muy mal” y “Muy bien”) y otra exclusivamente semántica consistente en cinco categorías ordinales (Muy mal, Mal, Indiferente, Bien y Muy bien). Los datos obtenidos en este estudio mostraron que cuando se utilizan la escala semántica, los participantes interpretaban que los significados de cada categoría no eran estrictamente expresables en términos intervalares. Parecía que la distancia entre los significados “muy mal” y “mal” era más alta que la existente entre dos extremos del primer intervalo de la escala numérica. Todo lo cual permite concluir que es desaconsejable el uso de etiquetas verbales en las opciones de respuesta cuando se trata de variables continuas ya que la categorización de los anclajes elimina la naturaleza de escala de intervalo convirtiéndola en una escala cualitativa, nominal o categórica.

A todas las argumentaciones hasta ahora expuestas, se añade que las personas tienden a rechazar valores extremos a la hora de responder. Por ejemplo, en una escala de 5 puntos: Siempre, A menudo, Alguna vez, Rara vez, Nunca. Lo más probable es que la mayoría de las personas rechace responder los dos valores extremos (Siempre, Nunca). Cañadas y Sánchez Bruno (1998) aportan evidencias sobre esto, lo cual implica que una escala de 5 valores se puede convertir en 3 (En desacuerdo, Ni de acuerdo ni desacuerdo, De acuerdo) Este hecho, limita las opciones de cambio en medidas sucesivas a través del tiempo.

Como es sabido, la mayoría de las personas tienden a obviar los valores extremos cuando responden a una escala Likert. En el caso de las escalas de cinco puntos (siempre, a menudo, alguna vez, rara vez y nunca) se suele encontrar que los participantes que cumplimentan este tipo de escalas rechazan los valores “siempre y nunca”. En este sentido, Cañadas y Sánchez Bruno; (1998) aportaron evidencias en relación a este asunto, mostrando que una escala en principio con cinco puntos de anclaje acaba convirtiéndose en una de solo tres, lo que limita las opciones de respuesta (y por tanto la sensibilidad y precisión de la escala).

Otra cuestión de gran interés en este asunto se refiere a si incluir opciones de respuesta en número par o en número impar. En el caso de opciones pares el encuestado se ve obligado a inclinarse hacia uno u otro lado, mientras que, en el caso de un número impar, al ofrecerse una categoría intermedia podría responderse de forma central.

En cuanto al número de opciones para responder a cada ítem se ha señalado que, en el caso de escalas de cinco puntos de anclaje las personas encuestadas tienden a puntuar más alto que en escalas de diez u once puntos de anclaje. Este hecho determina que las escalas con cinco puntos de anclaje ofrecen una percepción engañosa de la realidad al sobreestimar las respuestas.

Además, las distribuciones de datos que se producen mediante este procedimiento generan una asimetría negativa que contribuye a distorsionar los datos e impide la utilización de estadística paramétrica. Para finalizar es necesario señalar que cuando se aplica una escala de este tipo en dos momentos diferentes a los mismos sujetos resulta difícil detectar los cambios que se hayan producido. Como ya hemos mencionado antes, las personas que han respondido a la categoría dos tendrían que experimentar un notable cambio para aumentar o disminuir su respuesta. Sin embargo, si se ofrece una escala con 11 puntos de anclaje resulta más probable que las personas que responden puedan pasar de 6 a 7 si han notado algún cambio en esa variable en el transcurso del tiempo que haya pasado entre la primera y la segunda aplicación de la escala. Expresado de una forma más directa: a un mayor número de categorías de respuesta más sensibilidad tendrá el instrumento, y resultará más probable que detecte diferencias en momentos distintos de aplicación.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta ahora, nos planteamos que puede resultar oportuno proponer el uso de escalas Likert con 11 puntos de anclaje.

Por lo tanto, el objetivo principal del presente estudio es comparar dos formatos de respuesta en el Cuestionario para la Estimación del Estado de Salud Sexual (CESS). En concreto se compararán dos formas del mismo cuestionario, una

de ellas con 6 opciones de respuesta (0 a 5) y la otra con 11 opciones de respuesta (0 a 10)

De este objetivo se derivan las siguientes hipótesis para este estudio:

- 1.- Los resultados de ambas formas del cuestionario identificarán los mismos factores que el cuestionario original.
- 2.- Se encontrará un coeficiente de fiabilidad más alto en el caso de la forma del cuestionario con 11 anclajes de respuesta.
- 3.- La sensibilidad/especificidad mostrará resultados a favor de la forma del cuestionario con 11 puntos anclajes de respuesta.

7.2.- Método

7.2.1.- Participantes

En este estudio participaron 506 personas, de las que se excluyeron 164 que no cumplían alguno de los siguientes criterios de inclusión: ser mayores de edad, tener como lengua maternal el español y no haber solicitado atención por problemas de la esfera sexual, no consultar a médicos ni sexólogos. Este fue uno de los criterios utilizados para lograr la equivalencia entre el Grupo Control y el Grupo Experimental.

La muestra final quedó configurada por un total de 342 personas, distribuidas en los dos grupos que componían el diseño de la investigación. Las 162 personas que respondieron a un cuestionario con 6 puntos de anclaje (0 – 5) formaron el grupo control (GC). Los 180 restantes, grupo experimental (GE), respondieron al mismo cuestionario, pero con un formato de respuesta de 11 puntos de anclaje (0-10). La edad media del GC fue de 35,62 años (DT= 11,63) y la del GE 34,18 años (DT=10,51). En el GC había 72 hombres (44,5%) y 90 mujeres (55,5%); en el GE había 82 hombres (45,5%) y 98 mujeres (54,4%).

7.2.2.- Instrumento

En este estudio utilizamos dos instrumentos de medida, uno que cumplimentó el grupo de control (cuestionario CESS-forma C) y otro que cumplimentó el grupo experimental (cuestionario CESS-forma E).

La forma C del cuestionario, que fue la presentada al grupo control, era similar al cuestionario que ha sido presentado y descrito en el primer estudio de esta tesis: el CEES. Este instrumento de medida presentaba un formato de respuesta tipo Likert con 6 puntos de anclaje (0-5). Los extremos de la escala se etiquetaron como “totalmente en desacuerdo” para el valor 0 y “totalmente de acuerdo” en el caso del valor 5. La fiabilidad del CEES que se obtuvo en el primer estudio fue de un valor de $\alpha = 0,765$.

El grupo experimental cumplimentó la forma E del CESS. Se trataba de una adaptación del CESS, manteniendo el número de ítems (18) pero modificando la escala de respuesta. Para este caso ofrecíamos a los participantes la posibilidad de responder en una escala de 0 a 10, es decir, ofrecíamos 11 puntos de anclaje. Los extremos de la escala se etiquetaron como “totalmente en desacuerdo” para el valor 0 y “totalmente de acuerdo” en el caso del valor 10.

En el anexo 3 se presentan los enunciados de las cuestiones que componían ambos instrumentos de medida

7.2.3.- Procedimiento

La muestra se obtuvo mediante muestreo no probabilístico, según el procedimiento denominado “bola de nieve”. Para ello se publicaron mensajes en diferentes redes sociales. En el anuncio se indicaba que se trataba de un estudio “sobre opiniones” respecto a cuestiones relacionadas con la sexualidad, abierto solo a personas mayores de edad. La participación en el estudio fue voluntaria y sin ningún tipo de recompensa económica o de otro tipo.

En un primer momento se publicó el cuestionario CESS, en su formato original (6 puntos de anclaje) en la herramienta de GoogleForms. Cuando se alcanzó la cifra de 200 respuestas, se publicó el cuestionario CEES adaptado, que ofrecía el mismo número de ítems, pero con 11 puntos de anclaje.

Como el cuestionario CEES original, (5 puntos de anclaje) quedó en línea después de haber sido completado por los 200 participantes, se obtuvieron 61 respuestas más que acabaron configurando el total de la muestra (n=261). Como se ha señalado en el apartado participantes, se excluyeron los que no cumplían los criterios de inclusión (N= 99), quedando configurado el Grupo Control por un total de 162 participantes.

El cuestionario CEES adaptado en la forma E (con un total de 11 puntos de anclaje) siguió el mismo procedimiento de publicación a través de GoogleForms. Esta versión del cuestionario fue respondida por 245 personas que cuando se eliminaron aquellas que no cumplían los criterios de inclusión señalados en el apartado anterior (N=65) determinaron que el grupo experimental estuviera compuesto por un total de 180 personas. Los sujetos que respondieron a este formato del cuestionario, se consideraron el Grupo Experimental, GE.

Es importante señalar que en la programación de ambos instrumentos se contempló que los cuestionarios se adaptaran, respecto a la edad y género autoinformado, a las personas que iban contestando. De esta forma cuando, por ejemplo, una persona menor de 18 años respondía a cualquiera de los dos cuestionarios, se le informaba sobre la necesidad de la mayoría de edad y se agradecía su interés; sin embargo, cuando la persona indicaba ser mayor de 18 años se le conducía a los siguientes pasos del cuestionario. En cuanto a la perspectiva de género la formulación de preguntas era en masculino o femenino en función del género autoinformado.

Con el fin de evitar, en lo posible, valores perdidos por falta de respuesta a alguna cuestión, se programaron de forma que fuera necesario responder a todas las cuestiones para poder proceder al envío del formulario completo. En la información que precedía a las cuestiones, se comunicaba que se trataba de un cuestionario anónimo, que se ofrecía solo a personas mayores de edad y que, en cualquier caso,

todos los datos recabados serían tratados conforme a las leyes de protección de datos españolas. Además, se indicaba una dirección de correo electrónico institucional (con la extensión @uned.es) para responder a las posibles dudas o cuestiones relativas al estudio. El tiempo que se requería para completar cualquiera de los dos cuestionarios era aproximadamente de 15 minutos.

7.2.4.- Análisis estadísticos

Para los análisis estadísticos de este estudio se utilizó el paquete estadístico SPSS 27 (2020).

En el análisis de la equivalencia de grupos se realizó un contraste con la prueba T para las edades y un contraste de proporciones para contrastar la formación sexual recibida por los participantes.

Para obtener resultados comparables, se transformaron los valores que cada sujeto había dado a las cuestiones del CESS en sus porcentajes. Este procedimiento haría comparables los resultados obtenidos por participantes que hubieran respondido una u otra forma del cuestionario CESS.

Se calculó la fiabilidad de ambas formas de la escala.

Finalmente, se calculó y comparó la sensibilidad y la especificidad del instrumento según el formato de respuesta, con 6 puntos de anclaje (0-5) y con 11 puntos de anclaje (0-10) tomando como criterio externo aquellos sujetos de la muestra que habían recibido algún tipo de formación en salud sexual y aquellos sujetos de la muestra que no habían recibido ningún tipo de formación en salud sexual reglada.

Para la determinación de los parámetros de sensibilidad y especificidad se ha seguido el procedimiento metodológico descrito en Vizcaino-Salazar (2017). En nuestro caso, para valorar la capacidad de discriminación (sensibilidad/especificidad) de ambas formas del CESS (6 vs. 11 anclajes), elegimos probar esta característica de

los instrumentos de medida/evaluación, observando su capacidad para detectar quienes habían recibido algún tipo de formación en sexualidad. De esta forma, se calcularon los valores de sensibilidad y especificidad para ambas formas del cuestionario (forma C y forma E). Se trataba de detectar, según los resultados obtenidos en el cuestionario CESS si se había recibido, o no, algún tipo de formación en conocimientos sobre sexualidad, asumiendo que quienes hubieran recibido este tipo de formación obtendrían puntuaciones más altas en el cuestionario. Por lo que operativizamos esta cuestión suponiendo que quienes puntuaban por encima de la media serían quienes con más probabilidad habían recibido formación en sexualidad. Mediante este procedimiento se esperaba identificar las personas con formación, en función de que la puntuación obtenida fuera mayor o menor que la media del grupo.

7.3.- Resultados

Para comprobar la equivalencia de la edad de los grupos se realizó un contraste mediante la prueba T. En la tabla 7.1 se presentan los resultados. Observando que no había diferencias significativas entre el GC y el GE.

**Tabla
7.1
Resultados del contraste de medias de la edad de los
participantes en cada uno de los grupos que componen el
diseño de este estudio**

GRUPO	N	Media	DT	Contraste
Control	162	35,6358	11,60893	t=1,209 g.l. 340 p=0,227
Experimental	180	34,1889	10,51936	

En la tabla 32.2 se presenta la composición de la muestra en cuanto a si había recibido o no algún tipo de formación en sexualidad. En cuanto a la equivalencia de los grupos en el nivel de formación en salud sexual, se realizó un contraste de proporciones. El valor del estadístico de contraste ($Z= 1,23$) mostró que no existían

diferencias estadísticamente significativas en la composición de los grupos en la característica estudiada.

Tabla 7.2
Composición de la muestra en cuanto a la característica de haber recibido o no algún tipo de formación en sexualidad

GRUPO	Formación en sexualidad		Total
	NO	SI	
Control	89	73	162
Experimental	101	79	180
Total	190	152	342

Comprobada la equivalencia de los grupos, se transformaron las puntuaciones directas obtenidas en cada cuestionario a sus respectivos porcentajes. En la tabla XX se presentan los valores de tendencia central y de variabilidad de estas puntuaciones en porcentaje para cada uno de los 18 ítems del cuestionario según hayan sido respondidos por el grupo experimental (forma E -11 puntos de anclaje) o por el grupo control (forma C - 6 puntos de anclaje).

La comparación de las medias (obtenidas por ambos grupos para cada ítem) mediante el estadístico T de Student, mostró que existían diferencias estadísticamente significativas en los ítems 2, 3, 4 y 5. Ver tabla 7.3

Tabla 7.3
Estadísticos descriptivos y comparación t del grupo 6 alternativas vs grupo 11 alternativas (g.l. =340). Cálculos realizados tras convertir las puntuaciones directas a porcentajes. Grupo de seis alternativas: n=162. Grupo de once alternativas: n=180.

	Grupo	Media	DT	Estadístico t de Student
Soy una persona que respeta la orientación sexual de los demás (ítem 18).	C	92,59	14,254	-1,068
	E	94,28	14,837	

Expreso mi sexualidad de forma respetuosa y muestro respeto hacia la sexualidad de los demás (ítem 7).	C	92,59	14,254	-0,11
	E	92,61	15,762	
Me comporto de una forma tolerante hacia las personas con diferentes valores y modos de vida sexuales. (ítem12).	C	92,96	15,196	0,633
	E	91,83	17,544	
Soy una persona abierta a la información nueva que me ayude mejorar mi sexualidad (ítem 8).	C	91,48	15,250	-1,065
	E	93,22	14,936	
En general intento evitar los comportamientos que conllevan prejuicios e intolerancia hacia la sexualidad de otras personas. (ítem 17).	C	91,36	12,184	0,224
	E	91,00	16,783	
Creo que mi forma de relacionarme con personas de ambos sexos es respetuosa y adecuada. (ítem 1).	C	94,20	10,848	0,751
	E	93,11	15,255	
Mi vida sexual es completa y me resulta satisfactoria. (ítem 5).	C	63,70	28,304	-2,124 *
	E	70,00	26,510	
Para mí es fácil comunicar a las personas con las que me relaciono, si me gusta o me disgusta la manera en que me hacen el amor. (ítem 4).	C	75,93	26,947	-2,172*
	E	82,00	24,776	
A veces noto que falta algo en mi vida sexual, no me siento una persona sexualmente satisfecha. (ítem 3).	C	63,46	27,354	-2,666*
	E	71,56	28,654	
Se puede decir que las relaciones afectivas que establezco y mantengo resultan enriquecedoras, placenteras y saludables. (ítem 6).	C	73,95	22,301	-2,176
	E	79,06	21,080	
Los mensajes de los medios de comunicación influyen en las actitudes sentimientos y valores de las personas en relación con la sexualidad. (ítem 16).	C	80,74	24,203	-0,165
	E	81,17	23,548	
Los mensajes familiares y culturales influyen en los pensamientos, sentimientos y valores relacionados con la sexualidad de las personas (desde el nacimiento y durante toda la vida). (ítem 11).	C	78,64	26,481	-0,529
	E	80,17	26,709	
Soy consciente de que los mensajes religiosos influyen en las actitudes y los comportamientos personales relacionados con la sexualidad. (ítem 13).	C	77,78	28,720	-1,273
	E	81,56	26,167	

La forma en que las personas ejercen sus responsabilidades democráticas influye en la legislación relativa a los asuntos sexuales (educación sexual en la escuela, legislación sobre métodos anticonceptivos y aborto, matrimonio homosexual. (ítem 14).	C	68,27	29,289	-1,194
	E	71,94	27,586	
Llevo a cabo las actividades y conductas necesarias para evitar enfermedades relacionadas con la sexualidad (utilización de preservativos, reconocimientos médicos...) (ítem 10).	C	86,67	25,804	-1,252
	E	89,89	21,765	
En mis relaciones, evito contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual. (ítem 15).	C	82,10	26,244	-1,338
	E	85,61	22,277	
Cuando quiero evitar los embarazos no deseados, utilizo métodos anticonceptivos de manera eficaz. (ítem 9).	C	85,68	27,525	-1,889
	E	90,72	21,741	
Mi comportamiento sexual nunca me ha causado problemas (orgánicos ni personales o sociales) (ítem 2).	C	77,04	28,216	-1,998*
	E	82,61	23,335	

* $p < 0,05$; C= grupo control; E= grupo experimental

Se calcularon los valores de fiabilidad (alfa de Cronbach) para ambos cuestionarios, encontrándose en el caso del cuestionario respondido por el grupo control (forma C - 6 puntos de anclaje) una fiabilidad de 0,78 y en el caso del grupo experimental (forma E - 11 puntos de anclaje) una fiabilidad de 0,80.

En las tablas 7.4 y 7.5 se presentan estos resultados.

Tabla 7.4
Valor alfa de Cronbach para el cuestionario con seis puntos de anclaje (0-5)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,785	0,787	18

Tabla 7.5
Valor alfa de Cronbach para el cuestionario con once puntos de anclaje (0-10)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,804	0,804	18

En cuanto al estudio de la sensibilidad y especificidad de ambas escalas, se calculó una sensibilidad del 57% para la forma C de la escala (seis puntos de anclaje) y del 77% para la forma E del CESS. La especificidad fue del 47% en la forma C y del 43% en forma E de la escala. Ver tablas 7.6 y 7.7

Tabla 7.6
Sensibilidad y especificidad, de la escala con 6 puntos de anclaje (grupo de control), para la identificación correcta de los participantes que había recibido o no formación en sexualidad.

Puntuación en el CESS (x)	Con formación	Sin formación
x > media	42	47
x < media	31	42
	Sensibilidad: 57%	Especificidad: 47%

Tabla 7.7
Resultados de sensibilidad y especificidad para la escala con 11 puntos de anclaje (grupo experimental), para la identificación correcta de los participantes que había recibido o no formación en sexualidad.

Puntuación en el CESS (x)	Con formación	Sin formación
x > media	61	47
x < media	18	54
	Sensibilidad: 77%	Especificidad: 53%

7.4.- Conclusiones y discusión

Como se observa en el apartado de resultados, en general se han obtenido valores medios más altos en la forma E (once puntos de anclaje) que en la forma C (6 puntos de anclaje) del CESS, resultando estas diferencias estadísticamente significativas en los valores obtenidos en los ítems 2, 3, 4 y 5.

Parece que ofrecer una escala con once puntos de anclaje permite respuestas más precisas dada su amplitud, lo que se puede traducir en que las puntuaciones medias, en la forma E del cuestionario, hayan sido más altas y, también, mayores las varianzas. Por otro lado, los ítems en los que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas hacen referencia a observaciones sobre aspectos personales que pueden considerarse como más “comprometidos”, más “íntimos”, con mayor implicación emocional, más definidores de la persona que responde. Esta característica podría influir a la hora de dar la respuesta en cuanto a que se dedica más tiempo a la reflexión y por ello se obtiene una mayor precisión en la forma E lo que comporta puntuaciones más elevadas. En coherencia con nuestros resultados, Alwin (1997) señala que, dado que la gente tiene una capacidad discriminativa que va más allá de los 5 puntos, restringir las respuestas a 5 puntos de anclaje comporta una

pérdida de datos potencialmente más discriminativos ya que el encuestado pierde opciones de responder de manera más precisa a aquella respuesta que se ajuste más a su situación. Se ha señalado que cuando se aplica este tipo de escala en dos momentos diferentes a los mismos sujetos (por ejemplo, en un diseño pretest-postest), es muy difícil detectar cambios, ya que las personas que han respondido, por ejemplo, a la categoría 2 “En desacuerdo”, tendrían que experimentar un sensible cambio para aumentar o disminuir de categoría en sus respuestas (pasar a la categoría 1 o 3). En cambio, si se dispone de una escala de 0 a 10, es más probable que una persona pueda pasar del 6 al 7, por ejemplo. Nos referimos al caso en que entre las dos medidas puede haber una acción formativa o simplemente comparar dos grupos distintos. En otras palabras, a mayor amplitud de la escala, más sensibilidad tiene el instrumento y, por lo tanto, es más probable que detecte diferencias entre mediciones distintas.

En línea con lo anteriormente expuesto, precisamente, uno de los objetivos de esta tesis es ofrecer un instrumento que permita evaluar el impacto de programas de promoción de la salud sexual, lo que nos inclina según nuestros resultados a proponer la escala con rango de respuesta más amplio, en nuestro caso la forma E del cuestionario CESS, con 11 puntos de anclaje.

Se ha encontrado que la fiabilidad, según el estadístico Alfa de Cronbach (ver tablas Tabla 3.2.4 y Tabla 3.2.5), es 0,019 más alta en la forma E de la escala, respondida por el grupo experimental, que en el caso del grupo control que respondieron al cuestionario en su forma C (18 ítems y 6 puntos de anclaje), pero esta diferencia no ha resultado estadísticamente significativa. Nuestros resultados son congruentes con lo que señalaron Bisquerra y Pérez (2015) y Matas (2018) en relación a que la fiabilidad de las escalas basadas en respuestas tipo Likert con un número diferente de puntos de anclaje no suele diferir.

En lo relativo a la sensibilidad y especificidad de la prueba, los resultados de este estudio muestran una sensibilidad más alta (del 77% frente al 57%) en la muestra

que responde a la forma E del cuestionario CESS que en el grupo control (forma C). Es, por tanto, congruente con los estudios previos ya comentados: a mayor amplitud de opciones, el instrumento es más sensible para detectar cambios a lo largo del tiempo. (Bisquerra y Pérez, 2015; Matas, 2018; Lozano et al., 2008).

La sensibilidad en nuestro instrumento ha resultado mayor cuando se han aumentado la amplitud con 11 puntos de anclaje frente a los 6 puntos de anclaje, es cierto que dicha sensibilidad ha resultado moderada y no llega al 90% de sensibilidad deseable (tal y como se suele señalar en el ámbito de la salud pública y la epidemiología (García; 2012), ello se puede deber a la heterogeneidad que ha podido darse en cuanto a las actividades de formación en educación para la salud sexual que hayan recibido cada uno de los participantes. Es decir, las personas que componen la muestra y que hayan recibido algún tipo de formación en salud sexual, han podido recibir formaciones muy diferentes en calidad de contenidos y tiempo de formación recibida, por ejemplo.

La sensibilidad y la especificidad son valores estándares en Salud Pública y Epidemiología. La finalidad en este campo es hacer cribajes para prevenir y diagnosticar de forma precoz. Resultan de enorme utilidad para clasificar a un sujeto como sano o enfermo, de acuerdo con su estado real de salud (Vizcaíno; 2017). En epidemiología es habitual exigir una alta sensibilidad y especificidad debido a la trascendencia que tienen los resultados sobre la vida y la salud de las personas; por ello los valores de sensibilidad y especificidad que encontramos en ese tipo estudios son de más del 90%.

En el caso del presente estudio, la finalidad de nuestro instrumento es otra menos categórica. En nuestro caso la finalidad de calcular la sensibilidad y la especificidad es valorar la calidad del cuestionario en función del número puntos de anclaje que ofrezca. Dado que nuestra finalidad no es construir un test de diagnóstico, sino detectar como cambian los niveles de salud sexual en las personas, por ejemplo, en función de haber participado o no en actividades de formación en sexualidad, por

ejemplo, en Programas de Educación para la Salud Sexual, no resulta tan relevante encontrar valores altos de sensibilidad y especificidad. A pesar de todo, sí que hemos encontrado que dichos valores son más altos en el grupo experimental, que en el grupo control, lo que indica la superioridad del cuestionario con 11 puntos de anclaje frente al cuestionario con 6 puntos de anclaje.

La especificidad identifica a los verdaderos negativos o a aquellas personas en este caso, que no han recibido formación alguna en materia de salud sexual. En este caso, con este instrumento y este punto de corte, la especificidad es del 47% en la escala tipo Likert con 6 puntos de anclaje y del 53% en la escala tipo Likert con 11 puntos de anclaje. Esto significaría que de cada 100 personas que han recibido algún tipo de formación en salud sexual se detectan 47 y 53 respectivamente. Cuando el punto de corte es menos exigente encontramos más personas sin formación, pero detecta menos personas con formación en materia de salud sexual.

Como limitaciones de este estudio, sobre cuyo tema se ha encontrado muy pocos estudios, podríamos considerar, en primer lugar, que las dos versiones del cuestionario no se hayan pasado a los mismos sujetos podría haber distorsionado los resultados al no garantizar la equivalencia de los grupos experimental y control. En nuestro caso configuramos dos grupos debido a las características del tema investigado: la sexualidad. Partíamos de la idea de si los sujetos respondían a un mismo cuestionario (con la única diferencia de la amplitud del rango de la escala) se podría distorsionar su respuesta dada la implicación emocional del tema. Por ejemplo, a la pregunta: “¿sientes que tu vida sexual es totalmente satisfactoria?” una persona podría responder con el valor 8, sin embargo, al volver ser inquirido con la misma pregunta la persona podría pensar “este asunto parece importante, puesto que lo preguntan dos veces, “¿habré sido preciso a la hora de contestar la vez anterior?”, reflexión que le llevaría a reevaluar su respuesta y probablemente le llevaría a emitir una respuesta diferente a la marcada en la ocasión anterior.

Otra limitación encontrada es que hubiera sido adecuado establecer un criterio objetivo del nivel de formación de los sujetos en materia de formación en salud sexual.

Por otro lado, es posible que, en futuras investigaciones, sería conveniente incluir un tercer grupo que permitiera comparar ambas formas del CESS, utilizadas en este estudio, con una muestra que respondiera a una escala de respuesta de más de 11 punto de anclaje, para ver las diferencias.

A partir de esta investigación, consideramos oportuno, con las limitaciones señaladas, proponer el uso de escalas Likert cuyas opciones de respuesta en cada ítem puedan oscilar de 0 a 10. Ello significa 11 puntos de anclaje ya que se incluye el 0 y el 10. Un ejemplo de elemento de 0-10 puede plantearse de la siguiente forma: Valore de 0 a 10 las siguientes afirmaciones (0 = Ausencia total de competencia; 10 = Dominio total; el 5 representa un dominio mediano).

Para finalizar, como ya hemos señalado, se debe resaltar que, en nuestro ámbito cultural, cuando se tiene que evaluar o valorar casi cualquier objeto o evento, es habitual y generalizada la utilización de escalas de 0 a 10 (Tort, Romá e Hidalgo, 1999). En cualquier caso, de acuerdo con Lozano et al. (2008) se debe asegurar que el número de opciones de respuesta sea tal que no supere la capacidad discriminativa de los sujetos. Además, dado que los peores resultados se obtienen con dos o tres puntos de anclaje, desde una perspectiva psicométrica, es aconsejable que los cuestionarios eviten utilizar dichos formatos. También, debe tenerse en cuenta, según estudios como el de Lozano et al. (2008), que los encuestados prefieren formatos con un número mayor puntos de anclaje de respuesta, ya que esto les permite expresar con mayor claridad su punto de vista.

8.- TERCER ESTUDIO

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO PARA LA ESTIMACIÓN DE LA SALUD SEXUAL: ACTITUDES SEXUALES POSITIVAS Y NIVEL DE SALUD SEXUAL

8.1.- Introducción

En 1980 Matarazzo introdujo el término de “salud conductual” con el fin de resaltar la importancia de la conducta de las personas en su propia salud. De esta forma se trata de estimular la responsabilidad individual hacia la adopción de ciertas conductas que fomenten bienestar, prevengan la enfermedad y mantengan la salud. La prevención de la enfermedad no puede basarse hoy únicamente en la investigación microbiológica tratando de aislar un determinado germen, sino en la identificación de las conductas que incrementan la frecuencia e intensidad de los factores de riesgo para contraer enfermedades. Los hábitos personales y el peculiar estilo de vida de cada uno constituyen el principal substrato, tanto de los factores de riesgo, como de los factores protectores frente a las enfermedades. En esta dimensión tienen especial importancia las actitudes de las personas sobre las cuestiones relacionadas con su salud.

Las actitudes se han definido como predisposiciones a responder de una manera determinada (con reacciones favorables o desfavorables hacia algo). No son

disposiciones psicológicas innatas. Se van conformando a lo largo de la vida, pudiendo producirse cambios en función de las diversas experiencias vitales de las personas (Martínez et al., 2011).

Las actitudes tienen una gran importancia en la regulación de la conducta humana, en lo que pensamos, sentimos y estamos inclinados a hacer. Esta importancia es tanto mayor, cuanto más sujeto esté a polémica social aquello a lo que se refieren la actitud y cuantos más implicados personalmente estemos en ello, lo cual es especialmente relevante en los temas de sexualidad (López, 1999).

Por ejemplo, es evidente que nos sentimos poco inclinados a discutir el teorema de Pitágoras, porque nos parece un asunto incuestionable y es poco probable que nos sintamos personalmente implicados. Sin embargo, nos es difícil dejar de intervenir con vehemencia cuando una conversación en la que participamos versa sobre temas como los impuestos, la corrupción la política o el coronavirus.

Las actitudes hacia la salud regulan nuestra conducta puesto que el contenido de ellas son nuestras opiniones y creencias, nuestros sentimientos y nuestras tendencias actuar de una u otra forma frente a los estímulos saludables. Esta influencia de las actitudes modula a la conducta personal y social.

Una actitud abarca tres elementos fundamentales: la actitud como consistencia, la actitud como predisposición a responder y la actitud como disposición aprendida, siendo su elemento fundamental su aspecto específicamente afectivo. Las actitudes son muy importantes cuando se trata de temas, personas o conductas que socialmente son polémicos y nos afectan más cuando estamos personalmente implicados. Los temas de salud sexual reúnen estas características mencionadas.

Se puede pensar que conocer las actitudes, las creencias y los motivos, que subyacen a las conductas relacionadas con la salud, es necesario cuando se busca modificar aquellas que resulte conveniente para lograr un buen nivel de salud.

Según lo que acabamos de exponer, podemos inferir que, en el caso de la salud sexual, las intervenciones que se programen y las acciones que se lleven a cabo deberían incluir elementos encaminados a adecuar las actitudes y las creencias que los individuos y/o las poblaciones diana destinatarias de las mencionadas acciones y programas.

Se puede considerar que son escasas las definiciones que encontramos en la literatura sobre el término actitud sexual. A continuación, hemos seleccionado algunas definiciones que, habiendo sido formuladas en los últimos años, parecen coincidir en algunos de sus puntos como que son resultado del aprendizaje y que enfatizan la importancia del medio social en el que se dan.

Para Moral de la Rubia (2010) las actitudes sexuales consistirían en una predisposición aprendida para actuar selectivamente y conducirse de determinada manera en la interacción social en cuestiones relacionadas con la sexualidad.

Martínez (2011) señaló que las actitudes se pueden definir como predisposiciones a responder de una manera determinada con reacciones favorables o desfavorables hacia algo; no son disposiciones psicológicas innatas. Se van formando a lo largo de la vida, pudiendo producirse cambios en función de las diversas experiencias vitales de las personas.

Un aspecto importante en cuanto a las actitudes sexuales es la dirección que puede tomar la conducta en los diferentes contextos sociales y personales, en función de los componentes cognitivos y emocionales de las actitudes. Si lo que predomina en ellas son los componentes emocionales, se puede hablar de erotofilia y erotofobia. Fisher et al. (1988) definieron la dimensión erotofilia-erotofobia, como una disposición a responder a cuestiones sexuales mediante conductas de aproximación o huida. La erotofilia se ha relacionado con el hecho de contar con una más adecuada información sobre sexualidad. En cuanto al componente cognitivo se ha propuesto la dimensión conservadurismo vs. liberalismo. Considerando conjuntamente ambas dimensiones, cabe esperar que las personas conservadoras sean más erotofóbicas y las liberales más erotofílicas (Fisher et al., 1988).

Respecto a esta dimensión actitudinal, hay estudios que señalan que las mujeres suelen tener una tendencia más liberal en cuanto a sus actitudes sexuales que los hombres, sobre todo en lo relativo a temas con la educación para la salud sexual, el aborto y la masturbación). (Carrillo et al., 2020).

Algunos estudios sobre las actitudes hacia la sexualidad se han centrado en considerar la edad como la variable de interés, incluyendo en sus muestras, desde adolescentes y estudiantes universitarios hasta adultos. Estos estudios han sugerido una relación entre las actitudes más liberales (más frecuentes en las personas más jóvenes) con un mayor bienestar psicológico (Fernández et al., 2013; Morell et al., 2018).

En otro orden de cosas, sabemos que las actitudes son permeables a la experiencia. Los profesionales adquieren sus competencias a través de la formación recibida, pero también de la experiencia que se produce con el ejercicio de su actividad profesional. De esta manera las actitudes sexuales que puede manifestar un profesional de la educación van a estar determinadas por su historia personal y su experiencia profesional. Teniendo en cuenta la permeabilidad de las actitudes, estos profesionales de nuestro ejemplo podrían ver modificadas sus actitudes sexuales en función de su formación y participación en temas y programas de educación para la salud sexual. Es previsible que el mero hecho de tener que prepararse actividades docentes relacionadas con la salud sexual influya positivamente, impulsando sus actitudes sexuales hacia un polo más liberal.

En cuanto a los instrumentos, que se han venido mencionando en la literatura, para evaluar la actitudes, Blanc y Rojas (2017) analizaron y agruparon los instrumentos de medida de las actitudes sexuales, en las tres categorías siguientes:

1. Instrumentos dedicados exclusivamente a la evaluación de actitudes hacia la sexualidad. Encontraron 30 instrumentos de este tipo y, a pesar de que todos hacen referencia a la medida de las actitudes hacia la sexualidad, son muy variados y ofrecen tanto medidas unidimensionales como multidimensionales.

2. Instrumentos con finalidades más generales pero que ofrecen alguna escala o subescala que mide actitudes hacia la sexualidad.

3. Instrumentos contruidos para medir las actitudes hacia la sexualidad de las personas hacia colectivos específicos. Algunos se centran en actitudes sexuales hacia las personas mayores y otros en las actitudes sexuales hacia las personas con discapacidad intelectual.

Las características generales que se encontraron en los instrumentos analizados se resumen en que:

1.- La mayoría de los instrumentos ofrece un formato de respuesta tipo Likert.

2.- La población, el ámbito, el objetivo, los contenidos y las propiedades psicométricas de cada uno de ellos son heterogéneos. Por ejemplo, en cuanto a la población se han utilizado para evaluar a la población general y a poblaciones muy específicas, como pueden ser los delincuentes que han cometido agresiones sexuales.

3.- El contenido (dimensiones/escalas/componentes/factores) de los instrumentos, se refiere a una amplia diversidad de temas (por ejemplo, comportamientos sexuales prematrimoniales, comportamientos sexuales extramatrimoniales, comportamientos homosexuales, comportamientos heterosexuales, doble moral sexual, sexo oral y sexo durante la menstruación, masturbación, fantasías sexuales y prostitución, pornografía, aborto, infecciones de transmisión sexual métodos anticonceptivos, roles de género, educación sexual y violación sexual)

4.- En cuanto a las propiedades psicométricas, la fiabilidad de las puntuaciones se ha estimado principalmente, pero no en todos los casos, mediante el coeficiente α de Cronbach y la correlación test-retest.

En este estudio tenemos como objetivo principal la validación del Cuestionario para la Estimación de la Salud Sexual (CESS) que hemos desarrollado en los anteriores estudios presentados en esta tesis. En función de la literatura revisada y comentada en los párrafos anteriores sobre actitudes sexuales y salud sexual, consideramos que dada la relación entre las actitudes sexuales (consideradas positivas, favorables, adaptativas) con altos niveles de bienestar, es esperable que encontremos una relación positiva entre el CESS y un cuestionario de Actitudes Sexuales (ATSS).

De este objetivo se derivan las siguientes hipótesis:

1. Las puntuaciones en el CESS correlacionarán con las puntuaciones en el cuestionario de actitudes positivas hacia la sexualidad (ATSS).
2. Se encontrarán diferencias en los valores medios del CESS y del ATSS en función de:
 - Las profesiones informadas.
 - Género informado (Hombre y Mujer).
 - Orientación sexual informada (Heterosexuales y no Heterosexuales).

8.2.- Método.

8.2.1.- Participantes

En este estudio participaron 234 personas. 136 (58,3%) mujeres (edad media= 33,45; DT= 11,22) y 98 (42%) hombres (edad media= 35,18; DT= 13,2). Ver tabla 8.1.

Tabla 8.1
Distribución de la muestra en función del género autoinformado

	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	136	58,3
Hombre	98	41,7
Total	234	100,0

En la tabla 8.2 se presenta la información recabada en función de la variable edad. La muestra quedó constituida por participantes en una franja de edad entre 18 años y 68 años, la media de la muestra total fue de 34,16, DT 12,15.

Tabla 8.2
Edades muestra total y en función de que se trata de hombre o de mujeres

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad	235	18	68	34,16	12,115
Hombres	98	18	68	35,18	13,299
Mujeres	136	18	65	33,45	11,222

En la tabla 8.3 se presenta la distribución de la muestra en función de si tiene o no tienen pareja, resultando un 50% de personas que sí tienen pareja y un 50% que no tienen pareja.

Tabla 8.3

Distribución de la muestra en función si tiene o no pareja

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	117	50,00	50,00	50,00
Si	117	50,00	50,00	100,0
Total	234	100,0	100,0	

En cuanto a la variable “ocupación”, el 26% informaron ser educadores, el 19,1 % sanitarios y 54,5% otras profesiones (tabla 8.4).

Tabla 8.4

Resultados obtenidos en el cuestionario en la variable “ocupación”

	Frecuencia	Porcentaje
Educación	62	26,5
Sanitarios	45	19,2
Otras ocupaciones	127	54,3
Total	234	100,0

Finalmente, en la tabla 8.5 se presentan los resultados de la muestra en función de la orientación sexual autoinformada, quedando constituida por un 71,9% de personas heterosexuales y un 28,1 de personas no heterosexuales.

Tabla 8.5

Distribución de la muestra en función de la orientación sexual autoinformada

	Frecuencia	Porcentaje
Heterosexual	168	71,9
No heterosexual	66	28,1
Total	234	100,0

8.2.2.- Instrumentos de medida

Se utilizó un cuestionario informatizado que se cumplimentaba a través de internet y que se componía de tres grandes apartados: datos personales y sociodemográficos, el cuestionario CESS y el ATSS. En el apéndice 4 se presenta un listado con todas las cuestiones que componían este instrumento.

Las cuestiones relacionadas con las características personales y sociodemográficas de interés en este estudio se presentaban en primer lugar (ver apéndice 4).

En segundo lugar, evaluaba el nivel de salud sexual. Para ello se pedía responder al Cuestionario de Estimación para la Salud Sexual (CESS) que ha sido presentado en los estudios primero y segundo de esta tesis y que recoge los indicadores necesarios para estimar el nivel de la salud sexual. Se utilizó el modelo que ofrece responder en una escala Likert con 11 puntos de anclaje (de 0 a 10). Este instrumento tiene un índice de fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0,77, y cada uno de los factores que contempla ofrecen unos valores de fiabilidad de: Factor 1 (Actitud respetuosa hacia la sexualidad de las otras personas) alfa = 0,804; factor 2

(Satisfacción y disfrute de la propia sexualidad) alfa= 0,84; factor 3 (Conciencia de la determinación social de lo sexual) alfa= 0,68 y factor 3 (Conductas sexuales saludables frente a ITS, embarazos no deseados y otros problemas sexuales) alfa= 0,62

Las actitudes sexuales se midieron mediante la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad - ATSS (Fisher y Hall, 1988). Se utilizó la versión española, adaptada y ampliada por Diéguez et al. (2005). Este instrumento presenta 27 afirmaciones sobre conceptos de actitud positiva o negativa (liberal o conservadora) hacia diferentes aspectos de la sexualidad. Algunos ejemplos de los ítems que componen la escala serían: “El aborto debería ser aceptado cuando una mujer está convencida de que es su mejor decisión” o “El coito premarital entre la gente joven es inaceptable para mí”. El cuestionario se responde indicando el grado de acuerdo con cada frase, en una escala Likert con cinco puntos de anclaje (0, 1, 2, 3 y 4). Proporciona una medida global sobre actitud “liberal o conservadora”, y además ofrece las puntuaciones en seis factores: “Responsabilidad, libertad y opinión que nos merece la juventud” ($\alpha = 0,75$), “Pornografía y prostitución” ($\alpha = 0,72$), “Masturbación, fantasías y educación Sexual” ($\alpha = 0,69$) “Nudismo, caricias y coito fuera del matrimonio” ($\alpha = .65$) “Conducta homosexual, infecciones de transmisión sexual” ($\alpha = 0,56$) y “Desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela” ($\alpha = 0,52$). Tanto la puntuación total, como la de cada uno de los factores, se calculan sumando los puntos de cada ítem, dividida por el número de ítems. Cuanto más alta sea la puntuación, más liberal (más favorable) es la actitud sexual a la que se refiere el factor.

8.2.3.- Procedimiento

La muestra se obtuvo mediante muestreo no probabilístico, según el procedimiento denominado “bola de nieve”. Para ello se publicaron mensajes en diferentes redes sociales. En el anuncio se indicaba que se trataba de un estudio “sobre actitudes” respecto a cuestiones relacionadas con la sexualidad, abierto solo a personas mayores de edad. La participación en el estudio fue voluntaria y sin ningún tipo de recompensa económica o de otro tipo.

Se publicó el cuestionario CESS, en su formato original (6 puntos de anclaje) en la herramienta de GoogleForms junto al cuestionario de ATSS (Escala de Actitudes hacia la Sexualidad Ampliada (Diéguez et al., 2003).

Es importante señalar que en la programación del instrumento se contempló que los cuestionarios se adaptaran, respecto a la edad y género autoinformado, a las personas que iban contestando. De esta forma cuando, por ejemplo, una persona menor de 18 años respondía a cualquiera de los dos cuestionarios, se le informaba sobre la necesidad de la mayoría de edad y se agradecía su interés; sin embargo, cuando la persona indicaba ser mayor de 18 años se le conducía a los siguientes pasos del cuestionario. En cuanto a la perspectiva de género la formulación de preguntas era en masculino o femenino en función del género autoinformado.

Con el fin de evitar, en lo posible, valores perdidos por falta de respuesta a alguna cuestión, se programaron de forma que fuera necesario responder a todas las cuestiones para poder proceder al envío del formulario completo. En la información que precedía a las cuestiones, se comunicaba que se trataba de un cuestionario anónimo, que se ofrecía solo a personas mayores de edad y que, en cualquier caso, todos los datos recabados serían tratados conforme a las leyes de protección de datos españolas. Además, se indicaba una dirección de correo electrónico institucional (con la extensión @uned.es) para responder a las posibles dudas o cuestiones relativas al estudio. El tiempo que se requería para completar cualquiera de los dos cuestionarios era aproximadamente de 15 minutos.

8.3.- Análisis de datos

Para el estudio de la primera hipótesis (las puntuaciones en el CESS correlacionarán con las puntuaciones en el cuestionario de actitudes positivas hacia la sexualidad - ATSS), se utilizó la correlación de Pearson.

En la segunda hipótesis, se encontrarán diferencias en los valores medios del CESS en función de: las profesiones informadas, género informado (Hombre y Mujer) y orientación sexual informada (Heterosexuales y no Heterosexuales), se han utilizado

estadísticos descriptivos para cada variable en los cuatro factores. Para hallar las diferencias entre grupos se utiliza la t de Student, ANOVA y test de Bonferroni para comparaciones post-hoc.

8.4.- Resultados

Hipótesis 1

Los resultados muestran una correlación estadísticamente significativa entre el CESS y el ATSS ($r=0,350^{**}$). Además, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre los cuatro factores del CESS y la puntuación total de este cuestionario y entre los cuatro factores que considera el ATSS con la puntuación total (global) de este cuestionario de actitudes sexuales. La Salud sexual, medida con el CESS presentó una correlación positiva estadísticamente significativa con el factor erotofilia del ATSS; y correlaciones negativas, pero también estadísticamente significativa con los factores erotofobia y con el factor homofobia; la correlación entre CESS y el factor “sexo no convencional” no resultó estadísticamente significativa.

Los resultados respecto a esta primera hipótesis se presentan en la tabla 8.6.

Hipótesis 2

En primer lugar, se presentan los estadísticos descriptivos, obtenidos por los participantes, en el cuestionario CESS, considerado la puntuación global y las puntuaciones relativas a cada uno de los cuatro factores que componen el cuestionario. En la tabla 8.7 se presentan los resultados obtenidos en el cuestionario CEES por todos los participantes. En la tabla 8.8 se presentan los resultados obtenidos en el cuestionario CESS, media y desviación típica, obtenidos por los participantes según sean mujeres u hombres. Se muestran las puntuaciones globales y las obtenidas en cada uno de los cuatro factores.

Tabla 8.6
Correlaciones (N=234)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(1) CESS - RESULT. GLOBAL	1									
(2) Factor 1	0,684**	1								
(3) Factor 2	0,560**	0,139*	1							
(4) Factor 3	0,479**	0,298**	-0,051	1						
(5) Factor 4	0,600**	0,299**	0,059	-0,013	-0,011					
(6) ATSS - RESULT. GLOBAL	0,350**	0,361**	0,097	0,194**	-0,011	1				
(7) Factor 1	0,246**	0,265**	0,079	0,200**	0,066	0,760**	1			
(8) Factor 2	-0,157*	-0,259**	-0,097	-0,125	0,073	-0,889**	-0,552**	1		
(9) Factor 3	-0,223**	-0,343**	-0,037	-0,159*	-0,041	-0,627**	-0,322**	0,292**	1	
(10) Factor 4	0,038	0,159*	-0,118	0,130*	-0,025	0,554**	0,496**	-0,436**	-0,381**	1

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

CESS: Factor 1: Actitud respetuosa hacia la sexualidad de las otras personas

Factor 2: Satisfacción y disfrute de la propia sexualidad

Factor 3: Conciencia de la determinación social de lo sexual

Factor 4: Conductas sexuales saludables frente a ITS, embarazos no deseados y otros problemas sexuales

ATSS: Factor 1: Erotofilia

Factor 2: Erotofobia

Factor 3: Homofobia

Factor 4: Sexo no convencional

Los participantes que se autodefinieron como heterosexuales obtuvieron una puntuación media de 6,098 y una desviación típica (DT) de 0,787 en el CESSS considerado de forma global. Quienes se autodefinieron como heterosexuales obtuvieron una puntuación media de 5,9983 (DT= 0,78633) en el cuestionario CESS considerado de forma global. En la tabla 8.9 se presentan estos resultados, así como los correspondientes a cada uno de los cuatro factores del cuestionario CESS.

Tabla 8.7

Resultados obtenidos en el cuestionario CESS. Media, mínimo, máximo y DT obtenido por todos los participantes en el cuestionario (GLOBAL) y en cada uno de los cuatro factores (N=234)

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
CESS_TOTAL	2,7778	7,4444	6,0705	,7865
FACTOR 1	2,50	8,00	7,2621	,8333
FACTOR 2	0,50	8,00	4,7254	1,7835
FACTOR 2	1,00	7,00	5,1699	1,4352
FACTOR 4	0,25	8,00	6,5288	1,6620

CESS: Factor 1: Actitud respetuosa hacia la sexualidad de las otras personas

Factor 2: Satisfacción y disfrute de la propia sexualidad

Factor 3: Conciencia de la determinación social de lo sexual

Factor 4: Conductas sexuales saludables frente a ITS, embarazos no deseados y otros

Tabla 8.8

Resultados obtenidos en el cuestionario CESS, media y DT, obtenidos por los participantes según sean mujeres u hombres. Puntuaciones totales y en cada uno de los cuatro factores

	Mujeres (N=136)		Hombres (N=98)	
	Media	DT	Media	DT
CESS_TOTAL	6,1164	0,7727	6,0068	0,8048
FACTOR 1	7,367	0,6921	7,1156	0,9819
FACTOR 2	4,6912	1,8429	4,7730	1,7058
FACTOR 2	5,2096	1,4418	5,1148	1,4315
FACTOR 4	6,5717	1,6507	6,4694	1,6842

CESS: Factor 1: Actitud respetuosa hacia la sexualidad de las otras personas

Factor 2: Satisfacción y disfrute de la propia sexualidad

Factor 3: Conciencia de la determinación social de lo sexual

Factor 4: Conductas sexuales saludables frente a ITS, embarazos no deseados y otros

Tabla 8.9
Resultados obtenidos en el cuestionario CESS, media y DT, obtenidos por los participantes según sean o no heterosexuales. Puntuaciones totales y en cada uno de los cuatro factores

	Heterosexuales (n=168)		No heterosexuales (N=66)	
	Media	DT	Media	DT
CESS_TOTAL	6,0988	0,7870	5,9983	0,7863
FACTOR 1	7,2500	0,8817	7,2929	0,7004
FACTOR 2	4,8214	1,8224	4,4811	1,6689
FACTOR 3	5,0640	1,4158	5,4394	1,4597
FACTOR 4	6,6845	1,6000	6,1326	1,7613

CESS: Factor 1: Actitud respetuosa hacia la sexualidad de las otras personas

Factor 2: Satisfacción y disfrute de la propia sexualidad

Factor 3: Conciencia de la determinación social de lo sexual

Factor 4: Conductas sexuales saludables frente a ITS, embarazos no deseados y otros

Los participantes que desempeñaban profesiones relacionadas con la educación obtuvieron una puntuación media de 6,0555 y una desviación típica (DT) de 0,8189 en el CESSS considerado de forma global. Quienes indicaron ser profesionales de la salud (sanitarios) obtuvieron una puntuación media de 6,2043 (DT= 0,6840) en el cuestionario CESS considerado de forma global. Finalmente, los participantes que no pertenecían a ninguna de las dos anteriores profesiones obtuvieron una puntuación media de 6,0100 (DT= 0,8189) en el cuestionario CESS considerado de forma global. En la tabla 8.10 se presentan estos resultados, así como los correspondientes a cada uno de los cuatro factores del cuestionario CESS.

Tabla 8.10
Resultados obtenidos en el cuestionario CESS, media (DT), obtenidos por los
participantes según la ocupación informada. Puntuaciones totales y en cada
uno de los cuatro factores

	Educación (N=62)	Sanitarios (N=45)	Otras ocupaciones (N=127)
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)
CESS_TOTAL	6,0555 (0,8189)	6,2043 (0,6840)	6,0100 (0,8189)
FACTOR 1	7,3951 (0,5051)	7,4010 (0,6773)	7,1482 (0,9858)
FACTOR 2	4,9113 (1,9897)	4,2944 (1,8311)	4,7874 (1,6454)
FACTOR 3	5,3065 (1,4152)	5,4778 (1,3524)	4,9941 (1,4582)
FACTOR 4	6,6089 (1,6617)	6,3778 (1,7961)	6,5433 (1,6226)

CESS: Factor 1: Actitud respetuosa hacia la sexualidad de las otras personas

Factor 2: Satisfacción y disfrute de la propia sexualidad

Factor 3: Conciencia de la determinación social de lo sexual

Factor 4: Conductas sexuales saludables frente a ITS, embarazos no deseados y otros

A continuación, se presentan los estadísticos descriptivos, obtenidos por todos los participantes, en el cuestionario de actitudes sexuales ATSS, considerado la puntuación global y las puntuaciones relativas a cada uno de los cuatro factores que componen el cuestionario. Además, en la tabla 8.11, se incluyen los resultados obtenidos en el cuestionario ATSS, media y desviación típica, obtenidos por los participantes según sean mujeres u hombres. Se muestran las puntuaciones globales y las obtenidas en cada uno de los cuatro factores.

Tabla 8.11

Resultados obtenidos en el cuestionario ATSS, media (DT), obtenidos por los participantes considerando la muestra total y cada una de las condiciones respecto al género informado (mujeres, hombres). Puntuaciones totales y en cada uno de los cuatro factores

	Muestra total (N=234)	Mujeres (N=136)	Hombres (N=98)
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)
ATSS_TOTAL	7,3230 (1,3315)	7,2733 (1,3879)	7,3919 (1,2527)
FACTOR 1	8,2299 (1,3913)	8,0970 (1,4246)	8,4142 (1,3289)
FACTOR 2	2,9320 (1,5533)	3,1151 (1,6329)	2,6780 (1,4049)
FACTOR 3	3,4230 (2,6203)	2,9333 (2,3235)	4,1020 (2,8596)
FACTOR 4	5,4544 (2,6066)	4,8406 (2,6365)	6,3061 (2,3206)

ATSS: Factor 1: Erotofilia
 Factor 2: Erotofobia
 Factor 3: Homofobia
 Factor 4: Sexo no convencional

Los participantes que se autodefinieron como heterosexuales, en sus respuestas al cuestionario ATSS, obtuvieron una puntuación media total de 7,1369 y una desviación típica (DT) de 0,1,3554. Quienes se autodefinieron como “No heterosexuales” obtuvieron una puntuación media de 7,7976 (DT=1,1474) en el cuestionario ATSS considerado de forma global. En la tabla 8.12 se presentan estos resultados, así como los correspondientes a cada uno de los cuatro factores del cuestionario ATSS.

Tabla 8.12
Resultados obtenidos en el cuestionario ATSS, media y DT, obtenidos por los participantes según sean o no heterosexuales. Puntuaciones totales y en cada uno de los cuatro factores

	Heterosexuales (n=168)		No heterosexuales (N=66)	
	Media	DT	Media	DT
ATSS_TOTAL	7,1369	1,3554	7,7976	1,1474
FACTOR 1	8,0590	1,3833	8,6636	1,3253
FACTOR 2	3,0555	1,5863	2,6178	1,4290
FACTOR 3	3,8253	2,6993	2,3989	2,0994
FACTOR 4	4,9348	2,4604	6,7777	2,5151

ATSS: Factor 1: Erotofilia
 Factor 2: Erotofobia
 Factor 3: Homofobia
 Factor 4: Sexo no convencional

Los participantes que desempeñaban profesiones relacionadas con la educación obtuvieron una puntuación media de 7,3757 y una desviación típica (DT) de 1,3598 en ATSS considerado de forma global. Quienes indicaron ser profesionales de la salud (sanitarios) obtuvieron una puntuación media de 7,9333 (DT= 1,0133) en el cuestionario ATSS considerado de forma global. Finalmente, los participantes que no pertenecían a ninguna de las dos anteriores profesiones obtuvieron una puntuación media de 7,0810 (DT= 1,3533) en el cuestionario ATSS considerado de forma global. En la tabla 8.13 se presentan estos resultados, así como los correspondientes a cada uno de los cuatro factores del cuestionario ATSS.

En segundo lugar, se estudiaron las diferencias en los valores medios del CESS y los del ATSS en función de las diferentes variables consideradas.

En los análisis de los resultados se concluye que no hay diferencias significativas en los datos obtenidos en el cuestionario CESS en ninguna de las variables analizadas. Tanto en cuestión de género (hombres y mujeres), como de orientación sexual (heterosexuales y no heterosexuales) así como en profesiones

(educadores y otros); puntúan más alto en el factor 1 “disfrute sexual” y en el factor 2 “respeto y flexibilidad sexual”. Ver tablas 8.14, 8.15, 8.16 y 3.317, 3.318

Tabla 8.13
Resultados obtenidos en el cuestionario ATSS, media y DT, obtenidos por los participantes según la ocupación informada. Puntuaciones totales y en cada uno de los cuatro factores

	Educación (N=62)	Sanitarios (N=45)	Otras ocupaciones (N=127)
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)
CESS_TOTAL	7,3757 (1,3598)	7,9333 (1,0133)	7,0810 (1,3533)
FACTOR 1	8,2258 (1,3089)	8,8844 (1,0595)	8,00 (1,4668)
FACTOR 2	2,8620 (1,6731)	2,3827 (1,2101)	3,1609 (1,5596)
FACTOR 3	3,3279 (2,46,98)	2,7037 (2,1511)	3,7244 (2,8012)
FACTOR 4	5,2204 (2,3600)	6,2592 (2,5573)	5,2834 (2,7011)

ATSS: Factor 1: Erotofilia
 Factor 2: Erotofobia
 Factor 3: Homofobia
 Factor 4: Sexo no convencional

Aunque se observa que no hay diferencias significativas en cuestión de género, los hombres puntúan más alto en el factor “conductas preventivas y de autocuidados en relación a la sexualidad”; y en cuanto a la variable otras profesiones, esta puntúa respecto al resto de variables analizadas, más bajo en el factor 3 “conciencia de la determinación social de la sexualidad humana.

En el análisis de los resultados relativos al cuestionario de Actitudes sexuales, se concluye que no hay diferencias significativas en ninguna de las variables

analizadas. En general en todas las variables se obtienen puntuaciones altas en “actitudes sexuales positivas” y “erotofilia”, las más bajas son las puntuaciones relacionadas con el factor “erotofobia”, “homofobia” y “sexo no convencional” A destacar, sin ser significativas que la puntuación más alta en erotofobia la obtiene las personas autoinformadas como no heterosexuales y más bajas en erotofobia Se obtienen puntuaciones más bajas en homofobia, sin llegar a ser significativas en el grupo de personas que no son sanitarios ni educadores.

Tabla 8.14
Resultados obtenidos en la prueba de t de Student cuando se comparan las puntuaciones obtenidas en la puntuación total del CESS y del ATSS por mujeres y hombres.

	prueba t para la igualdad de medias				
	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
CESS_ Total	-1,052	232	0,294	-0,1096	0,1041
ATSS_ Total	,671	232	0,503	0,1186	0,1766

Tabla 8.15
Resultados obtenidos en la prueba de t de Student cuando se comparan las puntuaciones obtenidas en la puntuación total del CESS y del ATSS por quienes informaron orientación heterosexual y orientación No heterosexual.

	prueba t para la igualdad de medias				
	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
CESS_ Total	,880	232	0,380	0,1005	0,11431
ATSS_ Total	-3,499	232	0,001	-0,66112	0,18893

Tabla 8.16

Resultados obtenidos en la prueba de ANOVA cuando se comparan las puntuaciones obtenidas en la puntuación total del CESS y del ATSS por quienes ser educadores, sanitarios y otros

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CESS_ Total	Entre grupos	22,369	2	11,465	6,185	0,001
CESS_ Total	Dentro de grupos	276,740	231	1,427		
	Total	353,109	233			
ATSS_ Total	Entre grupos	24,369	2	12,185	7,240	0,001
	Dentro de grupos	388,740	231	1,683		
	Total	413,109	233			

Dado que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prueba de ANOVA, se realizaron comparaciones múltiples utilizando el estadístico de Bonferroni y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sanitarios y otras profesiones, tanto en los resultados del CESS ($p=0,001$) como en el ATSS ($p=0,001$). Ver tablas 8.16 y 8.17

Tabla 8.17

Resultados obtenidos en las comparaciones múltiples post-hoc mediante la prueba de Bonferroni cuando se comparan las puntuaciones obtenidas en la puntuación total del CESS y del ATSS por quienes ser educadores, sanitarios y otros

Variable dependiente		Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
					Límite inferior	Límite superior	
CESS	Otras	Sanitario	0,9454	0,2233	0,001	-1,2549	-0,3475
		Educación	0,2446	0,2018	0,466	-0,6953	0,1547
	Sanitario	Otras	-0,9454	0,2233	0,001	-1,2549	-0,3475
		Educación	0,6676	0,2350	0,077	-0,1550	1,2702
	Educación	Otras	-0,2446	0,2018	0,466	-0,6953	0,1547
		Sanitario	-0,6676	0,2350	0,077	-0,1550	1,2702
Actitudesi	Otras	Sanitario	-0,8522	0,2250	0,001	-1,3949	-0,3095
		Educación	-0,2946	0,2009	0,432	-0,7793	0,1900
	Sanitario	Otras	0,8522	0,2250	0,001	0,3095	1,3949
		Educación	0,5576	0,2540	0,087	-0,0550	1,1702
	Educación	Otras	0,2946	0,2009	0,432	-0,1900	0,7793
		Sanitario	-0,5576	0,2540	0,087	-1,1702	0,0550

8.5.- Discusión y conclusiones.

Si consideramos los resultados relativos a la primera hipótesis, los resultados muestran una correlación estadísticamente significativa entre el CESS y el ATSS ($r=0,350^{**}$). Además, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre los cuatro factores del CESS y la puntuación total de este cuestionario y entre los cuatro factores que considera el ATSS con la puntuación total (global) de este cuestionario de actitudes sexuales. Estas conclusiones están de acuerdo con Moral de la Rubia (2010) para los que las actitudes sexuales consistirían en una predisposición

aprendida para actuar selectivamente y conducirse de determinada manera en la interacción social en cuestiones relacionadas con la sexualidad.

Como conclusión podemos decir que los resultados de la correlación entre los dos cuestionarios son una buena prueba para la validación del CEES.

Referente a los resultados de la segunda hipótesis en la que se planteaban las diferencias en los cuestionarios CESS y ATSS para cada variable informada observamos:

- 1) No hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguna de los dos cuestionarios utilizados, CESS y ATSS. Estos resultados discrepan de los encontrados por (Carrillo et al., 2020) en los que se señala que en esta dimensión actitudinal, las mujeres suelen tener una tendencia más liberal en cuanto a sus actitudes sexuales que los hombres, sobre todo en lo relativo a temas con la educación para la salud sexual, el aborto y la masturbación). Hay que tener en cuenta que la muestra del estudio citado era de altas capacidades y con la que se trabajó en este estudio era población general.
- 2) Hay diferencias en los valores medios de los dos cuestionarios respecto a las personas que tienen como profesión el ámbito sanitario y educacional con las que no guardan relación con ninguna de las profesiones descritas. Esto puede ser debido a que las personas formadas en sanidad o educación hayan podido tener más acceso directo a formación en materia de salud y educación sexual (personas que tienen como profesión la ginecología, formadas en cuestiones relacionadas con la fisiología y anatomía sexual, infecciones de transmisión sexual, educadores infantiles que hayan podido recibir formación en educación para la salud sexual a menores) que otras profesiones.
- 3) La población en general, del presente estudio, presenta mayor tendencia al liberalismo que al conservadurismo y parecen señalar unas

actitudes sexuales positivas. Las puntuaciones son más altas en erotofilia que en erotofobia.

- 4) Las personas que mantienen actitudes liberales hacia la sexualidad creen que la expresión de la sexualidad es abierta y libre para cada individuo. Por el contrario, las personas con actitudes conservadoras hacia la sexualidad mantienen que la expresión sexual debe ser restringida y regulada. Aunque la orientación sexual ha sido poco estudiada como predictora de actitudes, existe evidencia de que las personas LGTB manifiestan actitudes más liberales hacia la sexualidad que personas heterosexuales (Grollman, 2017), en nuestro caso no se han hallado diferencias significativas entre personas heterosexuales y no heterosexuales, teniendo en cuenta que ambas muestras puntúan alto en erotofobia y actitudes sexuales positivas. Esto puede deberse a la naturaleza de la muestra, pues las personas con estudios tienden a mostrar menos prejuicio sexual y conservadurismo que otros grupos, como personas de mayor edad o con menor nivel de escolarización (Orellana y Orellana, 2020). Estos factores redundarían en actitudes hacia la sexualidad que son compartidas por población heterosexual y no heterosexual. Por otro lado, también es posible que los ítems de la escala utilizada en este estudio contienen declaraciones abiertamente conservadoras (por ejemplo, “La educación sexual es peligrosa”) y los participantes hayan respondido guiándose por la deseabilidad social para evitar mostrar una postura conservadora

Como señalan Martínez et al. en 2011, las actitudes se van conformando a lo largo de la vida, pudiendo producirse cambios en función de las diversas experiencias vitales de las personas, si tenemos en cuenta que la experiencia y formación académica guarda estrecha relación con la formación de actitudes en material de salud sexual, es predecible y justificable, que en el presente estudio, las personas sin formación en el ámbito educativo y/o sanitario, hayan puntuado más bajo en el factor 2 y 3 (“respeto y flexibilidad sexual” y “conciencia de la determinación social de la sexualidad humana”). Lo que nos lleva a justificar el trabajo de las actitudes sexuales desde los programas de promoción de la salud sexual en la población general para

abogar por una sociedad que disponga de unas características sexuales positivas y saludables que tenga entre sus objetivos el desarrollo de una sexualidad responsable, libre de prejuicios y respetuosa con las diferencias y no solo centrada en el modelo preventivo.

Como limitaciones y propuestas futuras, se recomienda a la hora de recoger los datos sociodemográficos, especificar la formación profesional con más detalles, de cada participante para que de esta forma podamos ser más precisos a la hora de relacionar formación con liberalismo y conservadurismo.

Otra limitación a tener en cuenta en futuros estudios es el relacionado con la orientación sexual de la muestra. Sería interesante especificar más orientaciones, para contemplar la diversidad sexual.

IV - DISCUSIÓN GENERAL

Como venimos diciendo a lo largo de la presente tesis, la salud, y en concreto la salud sexual, puede considerarse como uno de los principales bienes que poseen las personas. Protegerla, mantenerla y mejorarla es un objetivo cada vez más compartido por profesionales y agencias de salud.

El concepto de Promoción de la Salud, que irrumpió con fuerza en la segunda mitad del siglo XX, se extiende a ámbitos, tales como: la educación, la investigación, los servicios de atención a la salud, etc.... Pero a pesar de este gran avance, todavía no se ha generalizado, en las agencias de prestación de servicios de salud la implantación de programas de promoción de la salud; además, no son muchos los profesionales que desarrollen este tipo de acciones (Sanabria, 2007).

Uno de los problemas, con que se enfrentan quienes abordan este tipo de acciones, es la evaluación de la eficacia de los programas, lo que sin duda supone un freno a la hora de destinar recursos a este fin (Pérez-Llantada et al., 2009)

Es por ello por lo que en el ánimo de la presente tesis está el contribuir al impulso de los programas para fomentar mejores niveles de salud sexual, para lo que hemos construido un instrumento para estimar el estado de salud sexual de las personas (CESS). Se pretendía que el instrumento resultante contara con las

características psicométricas necesarias, tuviera en cuenta las diversas definiciones actuales sobre salud sexual y pudiera ser utilizado en el contexto aplicado, de forma que pueda contribuir a la mejora de las intervenciones de promoción de la salud sexual.

Para alcanzar este objetivo, se han llevado a cabo tres estudios. El primero centrado en la construcción del Cuestionario de estimación de la Salud Sexual (CESS). El segundo en relación con el estudio del formato de respuesta más apropiado. El tercero, para validar el instrumento, estudiando la relación entre el CESS y una escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS).

Para la elaboración del cuestionario hemos partido de las definiciones de salud sexual que se han ido formulando a lo largo el tiempo. Por ejemplo, la OMS (1975) ya enunciaba que el estado de altos niveles de salud sexual debía hacer referencia al concepto placer y a cuestiones como la capacidad de disfrutar y controlar el comportamiento sexual y reproductivo de acuerdo con una ética social y personal y estar libre de miedo, vergüenza, culpa, falsas creencias y otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y deterioran las relaciones sexuales.

En la construcción se partió del listado de conductas sexuales saludables enunciado por SIECUS (1964). Tras el análisis factorial exploratorio y el análisis factorial confirmatorio, el instrumento quedó conformado por un total 18 ítems agrupados en 4 factores. Se encontró que el cuestionario CESS presentaba adecuados índices de fiabilidad, en general y en cada uno de sus cuatro factores. Teniendo en cuenta el contenido de los ítems que componían cada uno de ellos, los cuatro factores del cuestionario se denominaron: F1- Disfrute sexual, F2- Respeto, flexibilidad sexuales, F3- Conciencia de la determinación social de la sexualidad humana y F4- Conductas preventivas y de autocuidado con relación a la sexualidad. Es necesario resaltar cómo el cuestionario resultante se ajusta, en cuanto a las áreas que trata, a lo que se indica en la mayoría de las definiciones sobre salud sexual que hemos estudiado (OMS, 1975, 1983, 2006; López de la Llave, 2012; Rathus et al., 2005; García,

2016; Hernández, 2008; Edwards y Coleman, 2004; Schmidt, 1987; Coleman, 1997, 1999; Lottes, 2000).

El cuestionario CESS resultante se respondía indicando la frecuencia con la que realizaban las conductas enunciadas en cada ítem; la respuesta se hacía señalando en una escala Likert de 6 puntos de anclaje. Teniendo en cuenta que en nuestro medio cultural la forma habitual que tenemos de valorar casi cualquier objeto o situación es utilizando una escala del 0 al 10 (Tort et al., 1999), y además, que diversos autores han aportado evidencias de que, al aumentar el número de opciones, no disminuye la fiabilidad sino que, por el contrario, puede aumentarla (Diefenbach et al., 1993; Lozano et al., 2008; Matell y Jacoby, 1971; Muñiz et al., 2005), y que se afirma que una escala que ofrezca muchas categorías permite refinar la medida, ya que el encuestado es capaz de marcar aquella opción que más se ajusta a su situación de una manera más precisa (Alwin, 1997), el segundo estudio abordó la tarea de comparar dos formatos de respuesta del mismo cuestionario CESS, una de ellas con 6 puntos de anclaje y otra de ellas con 11 opciones de respuesta (0 a 10 puntos anclaje). Los resultados de este segundo estudio mostraron que la fiabilidad, según el estadístico Alfa de Cronbach resultó ser más alta en la forma con 11 puntos de anclaje. Estos resultados son congruentes con lo que señalaron Bisquerra y Pérez (2015) y Matas (2018). En cuanto a la sensibilidad y especificidad de la prueba, los resultados mostraron una sensibilidad más alta (del 77% frente al 57%) en la muestra que responde a la forma con 11 puntos de anclaje del cuestionario CESS que en el grupo control, lo que también resulta, congruente con los estudios previos: a mayor amplitud de opciones, el instrumento es más sensible para detectar cambios a lo largo del tiempo. (Bisquerra y Pérez, 2015; Matas, 2018; Lozano et al., 2008).

Obviamente, disponer de un instrumento fiable y sensible no resulta suficiente, era necesario también comprobar la validez del cuestionario. Esta tarea se abordó en el tercer estudio. Para ellos se estudió la relación del CESS con un cuestionario de actitudes hacia la sexualidad (ATSS, Diéguez, 2005; Del Río,

Olvera 2013). Los resultados de este tercer estudio mostraron una correlación estadísticamente significativa entre el CESS y el ATSS. Además, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre los cuatro factores del CESS y la puntuación total de este cuestionario y entre los cuatro factores que considera el ATSS con la puntuación total (global) de este cuestionario de actitudes sexuales. Estos resultados son coherentes con los estudios que anteriormente han tratado esta cuestión (por ejemplo: Moral de la Rubia; 2010; Fisher et al., 1988; Carrillo et al., 2020).

Sin duda los estudios realizados, aunque llevados a cabo con el máximo cuidado, adolecen de algunas limitaciones que merece la pena señalar. Por ejemplo, en la selección de las muestras no se ha seguido un procedimiento estrictamente aleatorio, lo que no permite la generalización con una base suficientemente sólida. Sin embargo, el suficiente tamaño de las muestras, de alguna manera, permite mitigar el efecto esta limitación.

Otra posible limitación se refiere a que, en el segundo estudio, las dos versiones del cuestionario se hayan pasado dos grupos de personas, lo que no garantiza la equivalencia de los grupos experimental y control, y no garantiza la validez interna ni la externa puesto que pueden darse variables intervinientes fuera del control del experimentador. Esta limitación trató de mitigarse mediante la exclusión de participantes en función de los criterios de admisión. También en este segundo estudio, se puede considerar que hubiera sido adecuado establecer un criterio objetivo del nivel de formación de los sujetos en materia de formación en salud sexual, lo que habría fortalecido las conclusiones de este estudio.

Si atendemos al tercer estudio, podemos señalar que habría sido recomendable especificar con más detalle la profesión de cada participante para de esta forma ser más precisos a la hora de relacionar la ocupación con las variables actitudinales y con el nivel de salud sexual. Además, en futuros estudios sería conveniente mejorar la representatividad atendiendo a orientación sexual de los participantes

Para finalizar este último apartado de la tesis, creemos necesario señalar algunas de las implicaciones prácticas de nuestro trabajo.

Disponer de un instrumento como el CESS representa una oportunidad para impulsar la implantación de programas de promoción de la salud sexual, al poder ofrecer a los promotores (agencias públicas o privadas) resultados evaluables que hasta ahora eran difíciles de obtener. También, consideramos que el cuestionario CESS puede tener utilidad en la práctica clínica ya que permite evaluar la salud sexual de personas que acuden a consulta con problemas en el área de la sexualidad. Podrían hacerse investigaciones en esta línea en las que observase su utilidad antes y después de los tratamientos.

Además, cuando se habla de los principales usos o aplicaciones de los indicadores de salud, se puede destacar como el cuestionario CESS puede ser de gran utilidad en labores tales como la evaluación (o diagnóstico) de necesidades, en la monitorización y evaluación de los programas de promoción de la salud sexual que se implanten, así como también como instrumento en investigaciones sobre los niveles de salud sexual de comunidades.

REFERENCIAS

- Arango, L. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 63-78.
- Aiken, L. R. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. Pearson educación.
- Alleyne, G. A. (2001). La equidad y el futuro por labrar en el campo de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(6), 371-375.
- Alwin, F. (1997). Feeling thermometers versus 7-point scales: Which are better? *Sociological Methods & Research*, 25(3), 318-340.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th. Ed). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.
- Arredondo, A. (1992) Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad Saúde Públ.* 8 (3): 254-60.
- Ashton, J. y Seymour, H. (1988). *La nueva salud pública* (Vol. 1). Milton Keynes: Prensa de la Universidad Abierta.
- Ávila-Agüero, M. L. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. *Acta médica costarricense*, 51(2), 71-73.
- Barbero García M; Vila Abad E; y Holgado Tello F P. (2010) *Psicometría*. Editorial Sanz y Torres.

- Barbero, I; Enrique, V; y Tello, F; (2011). *Introducción básica al análisis factorial*. Editorial UNED.
- Barriga, S. (2013). La sexualidad como producto cultural. Perspectiva histórica y psicosocial. *ANDULI, Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, (12), 91-111.
- Basson, R. (2000) The Female Sexual Response: A Different Model, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26:1, 51-65, DOI: 10.1080/009262300278641
- Basson, R., Brotto, L. A., Laan, E., Redmond, G. y Utian, W. H. (2005). Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *Journal of Sexual Medicine*, 2 (3), 291-300. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2005.20346.
- Batista-Foguet, J.M., Coenders, G., Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 122 (supl1), 21-27.
- Beaver, A.S., Lounsbury, J.W., Richards, J.K., Huck, S.W., Skolits, G.J., Esquivel, S.L. (2013). Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research. *PARE*. 18, 1-13.
- Berman, M. (1987). *El reencantamiento del mundo*. Edit. Cuatro Vientos. Santiago de Chile
- Bernard, C. (1994). *Introducción al estudio de la medicina experimental* (Vol. 21). Unam.
- Bertram, D. (2008). *Likert Scales... are the meaning of life*. Topic report: Recuperado de <http://poincare.matf.bg.ac.rs/~kristina/topic-dane-likert.pdf>

- Bisquerra A, R., y Pérez, N. (2015). ¿Pueden las escalas Likert aumentar en sensibilidad? REIRE. *Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 2015, vol. 8, núm. 2, p. 129-147. DOI: 10.1344/reire2015.8.2.828
- Blanc, A; y Rojas, A. (2017). Instrumentos de Medida de Actitudes hacia la Sexualidad: Una revisión Bibliográfica sistemática. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación en Avaluacao Psicológica* Nº43 · Vol.1 · 17-32 https://doi.org/10.21865/RIDEP43_17
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Boorse, C. (1975). On the distinction between disease and illness. *Philosophy y public affairs*, 49-68.
- Breilh, J.(1997). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. 3ra ed. Quito: CEAS.
- Briggs, N.E. y MacCallum, R.C. (2003). Recovery of weak common factors by maximum likelihood and ordinary least squares estimation. *Multivariate Behavioral Research*, 38, 25- 56.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guildford Press.
- Brownson, R. (1998). *Epidemiology: the foundation of public health*. Applied epidemiology: theory to practice. Oxford: Oxford University Press.
- Byrne, B. M. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic Concepts, applications, and programming*. Londres, UK: Lawrence Erlbaum Associates.

- Cano, A., y del Carmen, M. (2005). El enfoque de género de las iniquidades en salud desde el prisma de la Bioética. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(1), 1-1.
- Cañadas, I., y Sánchez Bruno, A. (1998). Categorías de respuesta en escalas tipo Likert. *Psicothema*, 10(3), 623-631.
- Caplan, G. (1974). Sistemas de apoyo y salud mental comunitaria: Conferencias sobre el desarrollo de conceptos. *Publicaciones conductuales*.
- Capra, F. (1992). *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Editorial Troquel, Buenos Aires.
- Cardona, J. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina (Col)*, vol. 16, núm. 1, pp. 183-191, 2016
- Carrillo-Romero, M. P., de la Llave, A. L., Sánchez, E., y Pérez-Llantada, M. C. (2020). Actitudes Sexuales en personas con Altas Capacidades Intelectuales (ACI). *Acción Psicológica*, 17(2), 1-12.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., y Sanz Rubiales, Á. (2011, April). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 34, No. 1, pp. 63-72). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Castellanos, L. (1998). Sobre el concepto de salud enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.
- Castro, F., e Izquierdo, E. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 10(2), 127-134.

- Castro-Molina, J. (2017). El método científico y las ciencias de la salud. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 1(2).
- Castro-Vázquez, Á., Espinosa-Gutiérrez, I., Rodríguez-Contreras, P., y Santos-Iglesias, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 883-898.
- Cea, A. (2004). Análisis multivariable. Teoría y práctica en la investigación social. *Multivariate analysis. Theory and practice in social research*. Madrid, España: Síntesis.
- Churchill, G., y Peter, J. P. (1984). Research design effects on the reliability of rating scales: A Meta-Analysis. *Journal of Marketing Research*, 21(4), 360-375. DOI: 10.2307/3151463
- Cohen, R., Swerdlik, M. (2001). *Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición*. 4ª ed. México: Mc Graw Hill.
- Coleman, E. (1997). Promoting sexual health: The challenges of the present and future. In J. J. Borrás-Valls y M. Pérez-Conchillo (Eds.), *Sexuality and human rights: Proceedings of the XIIIth World Congress of sexology* (pp. 25-29). Valencia, Spain: Scientific Committee, Instituto de Sexología y Psicoterapia Espill.
- Coleman, E. (1999). *Revolutionary changes in sexuality in the new millennium: Sexual health, diversity, and sexual rights*. Presidential Address presented at the 14th World Congress of Sexology, Hong Kong.
- Comte, A. (1984). *Curso de Filosofía Positiva*. Editorial Orbis, Barcelona, España

- Cook, A., Beckman, T.J. (2006). Current Concepts in Validity and Reliability for Psychometric Instruments: Theory and Application. *The American Journal of Medicine*. 119, 166.e7-166.e16.
- Costa, M., y López, E.(1986). *Salud comunitaria*. Martínez Roca.
- Cummins, A. (1997). *The Directory of Instruments to measure quality of life and cognate areas of study*. (4th Ed.). Melbourne: Deakin University
- Cummins, R.A., y Gullone, E. (2000). *Why we should not use 5-point Likert scales: The case for subjective quality of life measurement*. Proceedings, Second International Conference on Quality of Life in Cities (pp. 74-93). Singapore: National University of Singapore.
- Darbyshire, P., y McDonald, H. (2004). Choosing Response Scale Labels and Length: Guidance for Researchers and Clients. *Australasian Journal of Market Research*, 12(2), 17-26.
- De La Guardia Gutiérrez, M. A., y Rubalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of negative and no positive results*, 5(1), 81-90.
- Del Río Olvera, F.J., López Vegab, D. J. y Cabello Santamaría, F. (2013) Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey: Encuesta Revisada de Opinión Sexual. *Revista Internacional de Andrología*, 11,1, pag: 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2012.09.003>
- Diefenbach, A., Weinstein, D., y O'Reilly, J. (1993). Scales for assessing perceptions of health hazard susceptibility. *Health Education Research*, 8(2), 181-192. DOI:10.1093/her/8.2.181
- Diéguez, J., López, A., Sueiro, E. y López, F. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS) ampliada [Psychometric

Properties of the Extended Attitudes Towards Sexuality Scale (ATSS)].
Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría, 74, 46–56.

Diéguez, J., Sueiro, E., y López, F. (2007). *Actitudes y conductas sexuales*. Doctoral dissertation, Tesis inédita. Universidad de Vigo.

Diéguez, J.; Diz, C.; Sueiro, E.; Chas, D. (2003). Actitudes hacia la sexualidad de adolescentes que residen en el medio rural gallego (2ª Parte). *Medicina psicosomática y psiquiatría*, 66, 56-67

Dorans, J., y Cook, L. (2016). *Fairness in educational assessment and measurement*. New York: Taylor y Francis.

Dubos, R. J. (1959). *Mirage of health. Utopias, progress, and biological change*. Nueva York.

Edwards, W; y Coleman, E. (2004). Defining sexual health: a descriptive overview. *Archives of sexual Behavior*, 33(3), 189-195.

Erazo, R., Nisenbaum, S., y Gutiérrez, N. (2002). *Psicología y salud*. UNAM.

Escobar-Pérez, J., Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medicina*. 6, 27-36.

Esquivias, V. (2015). *Calidad de vida y apoyo social percibido durante la vejez*. Universidad de Comillas.

Fabrigar, R., Wegener, T., MacCallum, R. C., y Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological re-search. *Psychological Methods*,4(3), 272-299.

Feinstein, A. R., y Horwitz, R. I. (1997). Problems in the “evidence” of “evidence-based medicine”. *The American journal of medicine*, 103(6), 529-535.

- Ferguson; W. (1941). A study of the Likert technique of attitude scale construction. *Journal of Social Psychology*, 13(1), 51-57. DOI:10.1080/00224545.1941.9714060
- Fernández, A., Celis, K., Córdoba, K., Dufey, M., Correa, M., y Benedetti, J. (2013). Sexualidad juvenil: prácticas, actitudes y diferencias según sexo y variables de personalidad en universitarios chilenos. *Revista médica de Chile*, 141 (2), 160-166. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872013000200003>
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista española de salud pública*, 84, 169-184.
- Ferrando, P. J., y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Fisher, D; y Hall, G. (1988). A Scale for the Comparison of the Sexual Attitudes of Adolescents and their Parents. *The Journal of Sex Research*, 24(1), 90–100. <https://doi.org/10.1080/0022449880955140>
- Flora, B; y Curran, J. (2003). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, 9(4), 466-491. doi: 10.1037/1082-989X.9.4.466
- Freyd, M. (1923). The graphic rating scales. *Journal of Educational Psychology*, 14(2), 83-102. <http://dx.doi.org/10.1037/h0074329>
- Frutos, J. (2012). *Salud pública y epidemiología*. Ediciones Díaz de Santos.
- García, G. (2012). *Salud pública y epidemiología*. Ediciones Díaz de Santos.

- Gavidia Catalán, V., y Talavera Ortega, M. (2012). *La construcción del concepto de salud*. Doi: 10.7203/DCES.26.1935
- Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M., Macías Ladino, A. M., Valencia Garcés, C. A., y Palacio Rodríguez, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143.
- Goleman, D. (1999). *Inteligencia Emocional*. Ediciones Kairós, Barcelona, España.
- Gómez, P. (2015). Barreras para el comportamiento saludable desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud-enfermedad. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 7(1), 64-71.
- Granero, M. (2014). Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 179-197.
- Grollman, E. A. (2017). Sexual orientation differences in attitudes about sexuality, race, and gender. *Social Science Research*, 61, 126-141. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2016.05.002>
- Guerrero, L., y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. Fermentum. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633.
- Guyatt, G.H., y Jaeschke, R. (1990). Measurement in clinical trials: Choosing the appropriate approach. En B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessment in clinical trials* (pp.37-46). New York: Raven Press.
- Hanlon, J., Rogers, F., y Rosen, G. (2000). Desafíos a la salud pública en un mundo de Transición. *La salud en el contexto de la nueva salud pública*.

- Hernández , M. (2008). Paradigmas de la diversidad sexual. *Trabajo Social UNAM*, (18).
- Hite, S. (1977). *El Informe Hite: estudio de la sexualidad femenina*. Plaza y Janés.
- Hite, S., y Grau, C. (1981). *El informe Hite sobre la sexualidad masculina*. Plaza y Janés.
- Holgado, F. P., Chacón, S., Barbero, I. y La, E. (2010). Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. *Quality and Quantity*, 44(1), 153- 166. doi: 10.1007/s11135-008-9190-y
- Houser J. (2008). Precision, reliability, and validity: essential elements of measurement in nursing research. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 13, 297-299.
- Idrovo, A. J., y Álvarez-Casado, E. (2014). Asumiendo el concepto de salud. *Salud UIS*, 46(3).
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Kaiser, F. (1974). Un índice de simplicidad factorial. *Psicometría*, 39 (1), 31-36.
- Kaplan, A. (2013). Nueva terapia sexual: Tratamiento activo de las disfunciones sexuales. Routledge.
- Kaplan, M. Behavior as the central outcome in health care. *American Psychologist* 1990; 45: 1211 -20
- Kinsey, C, Pomeroy, B y Martin, E (1949). Comportamiento sexual en el varón humano. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 109 (3), 283.

- Kline, B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3ª Ed.). New York: The Guilford Press.
- Komisaruk, R. (2011) *Orgasmo. Todo lo que siempre quiso saber y nunca se atrevió a preguntar*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Lalonde, M. (1974.) *A new perspective on the health of Canadians*. A working document. Ottawa: Government of Canada
- Lane, S., Raymond, M.R., y Haladyna, T. M. (2016). *Handbook of test development (2nd edition)*. New York, NY: Routledge.
- Langfeldt, T., y Porter, M. (1986). *Sexuality and family planning: Report of a consultation and research findings*. In *Sexuality and Family Planning*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Leite, E. (2018). Psicología cognitiva y práctica educativa. Una mirada diferente para algunos conceptos. *Nordeste*, (15), 119-128.
- Leventhal, H., Nerenz, R y Steele, J., (1984) *Representaciones de enfermedades y afrontamiento de amenazas a la salud*. Eds., *Manual de Psicología y Salud, Volumen IV: Aspectos Psicológicos Sociales de la Salud*, Erlbaum, Hillsdale, NJ, 219-252.
- Leventhal, H., Prochaska, T. R., y Hirschman, R. S. (1985). In JC Rosen y LJ Solomon (Eds.), *Preventing health risk behaviors and promoting coping with illness*.
- Likert, R. (1932). *A technique for the measurement of attitudes*. *Archives of psychology*.

- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández-Baeza, A., Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los Ítems: una guía práctica revisada y actualizada. *Anales de Psicología*. 30, 1151-1169.
- Lohr, S. L., y Velasco, O. A. P. (2000). *Muestreo: diseño y análisis*. México: International Thomson Editores.
- López de la Llave, A. (2012). Sexualidad Humana y Salud. Apuntes del Programa Modular de Formación en Salud sexual de la UNED. Madrid: Dykinson.
- López de la Llave, A. (2019). Psicología y Salud Sexual. En Buceta, J.M; Mas, B. *Psicología y Salud*. Evaluación y tratamiento (pp. 257-298). Editorial Dykinson.
- López de la Llave, A; Pérez-Llantada, M.C.; Placer, E. y Flores, Y (2015). La promoción de la salud sexual en contextos informales y su relación con los conocimientos y las actitudes sexuales de las mujeres. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 209-218, 2015.
- López de la Llave, A; y Hurtado, F. (2013). *Promoción de la Salud Sexual. Conceptos fundamentales y ejemplos de actuación*. Editorial Dykinson.
- López Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., y Alonso Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista clínica de medicina de familia*, 2(7), 332-339.
- López, F. (1999). La importancia de las actitudes en la educación sexual. *Información psicológica*, (69), 7-15.
- López, F. (2005). *Educación sexual*. Madrid. Biblioteca Nueva.

- Lottes, I. (2000). Nuevas perspectivas sobre la salud sexual. *Nuevas miradas sobre la salud sexual: El caso de Finlandia*, 7-29
- Lozano, L. M., García-Cueto, E., y Muñiz, J. (2008). Effect of the number of response categories on the reliability and validity of rating scales. *Methodology*, 4(2), 73-79. DOI:10.1027/1614-2241.4.2.73
- luwatayo, J. A. (2012). Validity and reliability issues in educational research. *Journal of educational and social research*, 2(2), 391-391.
- Mahón, B; y Pugh, T. (1975). Principios y métodos de la epidemiología. *México, La prensa Médica Mexicana*.
- Martínez, M., Ramírez, L., y Cavazos, C. (2011). Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. *CIENCIA-UANL*, 15(4), 436-444.
- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little Brrown.
- Masters, W. y Johnson, V. (1967): *La respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- Matarazzo, J D. (1980). Behavioural health and behavioural medicina. Frontiers of a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807- 817 <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista electrónica de investigación educativa*, 20(1), 38-47. Doi:10.24320/redie.2018.20.1.1347
- Matell, M.S., y Jacoby, J. (1971). Is there an optimal number of alternatives for Likert scale items? Study 1: Reliability and validity. *Educational and*

Psychological Measurement, 31(3), 657-674. DOI:
10.1177/001316447103100307

Messick, S. (1991). *Validity of test interpretation and use*. Encyclopedia of Educational Research. Mc Millan, 6th ed. New York.

Montis, A. (2008). *Sexualidad humana*. Editorial El Manual Moderno.

Moral-De la Rubia, J. (2010). Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad: un enfoque psicosocial. *Revista colombiana de psicología*, 19(1), 45-59.

Morell, V., Ceccato, R., Nebot, J., Chaves, I., y Gil, M. (2018). Actitudes hacia la sexualidad y el bienestar psicológico en personas mayores. *Revista INFAD de Psicología*, 4(1).
<http://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1270>

Morgenstern, F., y López, G. (2019). Redes sociales, mujeres y marcas. Una aproximación Netnográfica. *Espacio Abierto*, 28(3), 25-45.

Muñiz, J. (1997). *Introducción a la teoría de respuesta a los ítems*. España: Pirámide.

Muñiz, J. (2010). Las teorías de los tests: teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del psicólogo*. 31(1), 57-66.

Muñiz, J. ,y Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1). doi: 10.7334/psicothema2018.291

Muñiz, J; y Fonseca-Pedrero, Eduardo. (2017). *Construcción de instrumentos de medida en psicología*. Madrid: FOCAD. Consejo General de Psicología de España.

- Muñoz, C. O., Restrepo, D., y Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 166-173.
- Ochoa, N. (2018). Análisis del caso Kinsey. *Accelerating the world research*.
- OMS, O. (1948). Constitución OMS. *Glosario de Promoción de la Salud*.
- OPS/OMS (2002). Promoción de la Salud sexual. *Recomendaciones para la acción*. Antigua, Guatemala: OPS/OMS. Obtenido en octubre de 2020, en http://www.educarparaelpacer.com/datos/fotos/37_2.pdf
- Orellana, C., y Orellana, L. (2020). Sexual prejudice and the relevance of social-political context: Trends and correlates in El Salvador. *Psychological Thought*, 13(1), 37-65. <https://doi.org/10.37708/psyct.v13i1.378>
- Orellana, L., Márquez Mansilla, C., Farías, P., Liempi, G., Schnettler, B. (2022). Apoyo social, actitudes hacia la sexualidad y satisfacción vital según orientación sexual en estudiantes universitarios. *Actualidades en Psicología*, 36(132), 43-57.
- Organización Mundial de la Salud (1946). Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio.
- Organización Mundial de la Salud (1973). *Programa de la OMS de salud humana y medio ambiente* (No. WHA26. 58). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1975) . *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals, report of a WHO meeting* Génova: World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (1984). *Discurso del Dr. H. Mahler, director general de la Organización Mundial de la Salud, en la presentación a la 37a Asamblea Mundial de la Salud de su informe sobre las actividades de la OMS EN 1982 Y 1983, Ginebra, martes 8 de mayo de 1984* (No. WHA37/DIV/4). Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (1986): *Charter adopted at an international conference on health promotion: "The move towards a new public health"*, November 17-21. Ottawa, Ontario, Canada.

Organización Mundial de la Salud. Regional Office for Europe. (1987). *Concepts of sexual health: Report of a working group*. Copenhagen: Autor. Sc

Organización Mundial de la Salud. (1988) *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. WHO/HPR/HEP/95.2.WHO, Geneva.

Organización Mundial de la Salud (1989). *Contratación de personal internacional en la OMS: participación de las mujeres en las actividades de la OMS* (No. WHA42. 13). Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, (2008). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes de la salud*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud: progresos logrados en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y objetivos sanitarios mundiales para después de 2015: informe de la Secretaría* (No. A65/14). Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2017) Asamblea Mundial de la Salud, 70. (2017). 70.ª Asamblea Mundial de la Salud: Ginebra, 22-31 mayo de 2017, resoluciones y decisiones, anexos. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312307>

Organización Panamericana de la Salud. Instant Atlas Report. Core Health Indicators of the Americas 2004-2006; 2008. Disponible en: <http://ais.paho.org/atlas/en/atlas.html>

Parcelso. (1994). *Obras completas (Opera Omnia)*. CINAR Editores, México.

Pérez-Llantada, M. C. y López de la Llave, A. (2011). Educación para la salud sexual en la infancia y la adolescencia. Apuntes del Programa Modular de Formación en Salud sexual de la UNED. Madrid: Dykinson.

Pérez-Llantada, M. C., López de la Llave, A., y Gutiérrez, M. T. (2009). *Evaluación de programas e intervenciones en psicología*. Dykinson.

Perkins, W. (1938). *Cause and prevention of disease*. Lea and Febiger, Philadelphia.

Pimienta, R. (2019). Constructo conceptual y constitucional de la seguridad social en salud y derecho a la salud. *Encuentros*, 17(01), 96-105. DOI: <https://doi.org/10.15665/encuent.v17i01.1915>

Prieto, G., Delgado, R. (2010). Fiabilidad y Validez. *Papeles del Psicólogo*. 31(1), 67- 74.

Ramis, R. (2004) La causalidad compleja: ¿un nuevo paradigma causal en Epidemiología. *Rev. Cubana Salud Pública*. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_3_04/spu10304.htm

- Rathus, A., Nevid, J. S., Fichner-Rathus, L., y Ortega, R. L. (2005). *Sexualidad humana*. Pearson educación.
- Ravindran, S y Kelkar-Khambete, A. (2007). *Políticas y programas de salud de la mujer e incorporación de la perspectiva de género en las políticas y programas de salud y en las instituciones del sector salud*. Documento de antecedentes preparado para la Red de Conocimiento sobre Mujeres y Equidad de Género de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.
- Romero, A., Soto-Miranda, M. Á., Moreno-Rojas, J. C., y Ramírez-Bollas, J. (2007). Médicos notables de la Universidad de Padua y sus obras. Siglos XVI a XVIII. *Cirugía y Cirujanos*, 75(1), 57-61.
- Ryu, E. (2011). Effects of skewness and kurtosis on normal-theory based maximum likelihood test statistic in multilevel structural equation modeling. *Behavior Research Methods*, 43(4), 1066- 1074. doi: 10.3758/s13428-011-0115-7
- Salinas, V., y Libenson, C. (2017). *Estrés postraumático: Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Editorial El Manual Moderno
- Sampieri, H. (2010). R; Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P.(2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- San Luis, C. (2012) *Historia de la investigación de la sexualidad*. Editorial Dykinson.
- Sanabria, G. (2007). El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2), 0-0.

- Sanger, M. (2012). *La autobiografía de Margaret Sanger*. Corporación de mensajería.
- Sanmartí, S. (1985). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Ediciones Díaz de Santos.
- Santoro-Lamelas, V. (2016). La salud pública en el continuo salud-enfermedad: un análisis desde la mirada profesional. *Revista de Salud Pública*, 18, 530-542.
- Segura, A., Larizgoitia, I., Benavides, F. G., y Gómez, L. (2003). La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. *Gaceta Sanitaria*, 17(suppl 3), 23-34.
- Siecus (1994). *Directrices para una educación sexual integral para la juventud hispana/latina*. https://siecus.org/wp-content/uploads/2015/07/Hispanic-Latino_Guidelines_spanish.pdf
- Sigerist, H. E. (1987). *A history of medicine* (Vol. 2). Oxford University Press.
- Stratford, P., Craik, R. y Riddle, D. (2015). *Fisioterapia*, 95 (8), 1084.
- Susser, M., 1972. *Agent, Host and Environment as an ecological system. Causal Thinking in the Health Sciences*. New York: Oxford University Press.
- Tabachnick, G., y Fidell, S. (1989). *Using multivariate statistics* (2nd ed.). Cambridge: Harper Row.
- Tejeda, I., y Rodríguez, W. (2018). Arte, ciencia y medicina en el Renacimiento: Leonardo Da Vinci y Andrés Vesalio. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 22(5), 64-72.

- Terris, M. (1980). Epidemiology as a guide to health policy. *Annual Review of Public Health*, 1(1), 323-344. doi: 10.1146/annurev.pu.01.050180.001543
- Tort, E, Romá, G, Hidalgo, D. *El orden de las alternativas de respuesta en escalas tipo Likert: un estudio mediante modelos de la Teoría de Respuesta al Ítem. Reporte técnico*. VI Congreso de Metodología de las CC. Sociales y de la Salud. Oviedo.
- Vega-Franco, L. (2002). *Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud: reseña histórica*. *Salud pública de México*, 44, 258-265.
- Vera-Gamboa, L. (1998). *Historia de la sexualidad*. *Rev. Biomed*, 9(2), 116-121.
- Vergara M. (2007) Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Rev. Hacia la Promoción de la Salud*. : [www.promocionsalud.ucaldas.edu.co/ downloads/Revista%2012_4. Pdf](http://www.promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.Pdf)
- Vizcaino, G.(2017). Importancia del cálculo de la sensibilidad, especificidad y otros parámetros estadísticos en el uso de las pruebas de diagnóstico clínico y laboratorio. *Med y Lab*. 23 (7–8): 365–86.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive therapy and research*, 16(2), 183-199.
- WAS.(1997). Declaración de los Derechos Humanos. Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS), el 26 de agosto de 1999, en el XIV Congreso Mundial de Sexología. *Hong Kong*.

WHO (s.f.) *Salud sexual*. Obtenido en julio 2022. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

ANEXOS

ANEXO 1

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD DESDE LOS DIVERSOS CONTEXTOS EN QUE ESTA SE HA PRODUCIDO

A continuación exponemos, para comprender mejor las variables que han sido determinantes en los cambios del concepto de salud, la evolución del mismo a través del tiempo, haciendo un recorrido de las épocas históricas más destacadas con el objetivo de dar a conocer los momentos principales que han supuesto un avance en el significado del binomio salud- enfermedad conociendo la aportación fundamental de cada momento histórico que ha permitido poder llegar a la definición del constructo salud que tenemos en la actualidad. Para ello, se detallan en los siguientes párrafos, las ideas, creencias y percepciones documentadas en la historia de las culturas dominantes en el mundo oriental y occidental.

Ya en las épocas más antiguas y primitivas, la idea de salud ha estado relacionada principalmente, con el concepto de enfermedad. El origen de la enfermedad y su cura, además ha estado relacionada en las primeras culturas, con causas sobrenaturales y mágicas, hechizos, brujerías y castigos de la naturaleza divina (López de la Llave, 2016)

En este contexto, tanto la prevención, las medidas encaminadas a evitar la enfermedad, como la curación, están relacionadas con “tener contentos” a los dioses responsables de la salud y la enfermedad. Las sociedades más primitivas, para poder cumplir con los deseos de las fuerzas sobrenaturales que les gobernaban, contaban con “profesionales” (hechiceros, chamanes) que se ocupaban de esas tareas curativas y preventivas. Vemos así, que ya desde los inicios de las sociedades humanas, nuestros antepasados ya llevaban a cabo los dos grandes paradigmas de acciones de atención a la salud: labores por el mantenimiento y acciones encaminadas a la recuperación de la salud, a la curación (López de la Llave, 2016).

La obra más antigua y clásica que hace referencia a la salud apareció en China aproximadamente 3000 años A.C.; y se trata de un canon de medicina interna. Dicha obra aparece dividida en dos partes y describe causas de enfermedades, métodos para diagnosticar, puntos de acupuntura y métodos para insertar agujas (Guerrero y León, 2008)

Avanzada la historia, en poblaciones donde priman las creencias religiosas, por ejemplo, Mesopotamia; la salud se concebía como antónimo de enfermedad y se consideraba que la enfermedad era provocada por un castigo religioso a aquella persona que hubiese cometido algún pecado contra los dioses, estableciéndose como una relación causa-efecto, extrapolable a lo que se podría ver como error-castigo.

En la tradición del antiguo Egipto, gran parte del centro de atención de la vida y las costumbres, giraban en torno a la muerte y la gravedad de la enfermedad dependía de la medidas que se tomaran mediante la magia que otorgaban a determinados objetos, o mediante la creación de conjuros y hechizos para prevenir la muerte y una vez se producía esta, los rituales continuaban para proteger el espíritu del difunto.

La magia formaba parte de la sociedad egipcia, y es por ello por lo que creían que todos los peligros, y en general todos los fenómenos naturales, provenían de genios, divinidades, difuntos, etc. (Bernal y Montalbo, 2017).

En la cultura grecolatina, destaca por ejemplo Pitágoras (582-497 a.C.) que relaciona las matemáticas como representación del número que marca el límite, el orden y la armonía del Cosmos (Kosmos), y este orden trató de aplicarlo también con el hombre. Pensaba que todo es número y que el número era armonía aplicados también a la vida y a la salud y la falta de armonía la relacionada con enfermedad y muerte. Siguiendo su argumento, era fundamental para tener salud, conservar el equilibrio y armonía corporal o bien recuperar dicha armonía si se perdía (Vega, 2002)

Avanzando hacia el último tercio del siglo VI a.C., en la cultura helénica, Alcmeón de Crotona, estaba convencido también que la salud del cuerpo y del espíritu dependía de la isonomía. Se entendía el concepto de isonomía, como el equilibrio, equidad, armonía o, en cierto sentido, la expresión de las fuerzas húmedo-seca, frío-caliente, amargo-dulce, entre otras. Una de las particularidades de la medicina helénica es considerar el cuerpo humano de manera integral: relaciona el todo con cada una de sus partes y con el entorno mismo; parece que esta percepción daba sentido a los conceptos de salud y enfermedad. Consideraban la salud como un fenómeno de armonía y proporción, no como producto de las cualidades de la materia, sino como equilibrio de las fuerzas y por la mezcla de los componentes corporales, y sus interrelaciones, y todo esto como respuesta del organismo a los estímulos del ambiente. Para la cultura occidental, los griegos quizás sean los padres de la raíz filosófica, la presencia literaria de Apolo y Esculapio, dioses de la curación, deja entrever la dependencia mística de la salud en la población griega, en que el arte de curar era ejercido por los sacerdotes y llevado a cabo en los templos. En el siglo VI antes de Cristo, el biólogo Alcemos, identificó al “cerebro como el asiento de los sentidos” y el filósofo Empédocles, desarrolló el concepto sobre la enfermedad como una manifestación de un desequilibrio en la armonía de los cuatro elementos: fuego, aire, agua y tierra. Comienza entonces a cobrar más fuerza la observación y la experiencia, base del paradigma empírico frente a las culturas anteriores centradas en el mundo mágico y religioso (Guerrero y Aníbal, 2008).

La concepción de salud que toma mayor fuerza en el pueblo griego tiene como referencia a Hipócrates (s. V a.C. - s. IV a.C.), médico griego, considerado por muchos como el Padre de la Medicina.

Hipócrates fue un maestro deontológico y creador de una ética en el ejercicio de la medicina como praxis. Y fundó una escuela propia de medicina que fue la más racional entre las del mundo antiguo. Al analizar el problema de la enfermedad, buscaba su explicación en los factores materiales que lo condicionaban y el cambio de estos factores; reconocía en los externos a las causas que, unidas a la “individualidad” del enfermo, constituían terreno propicio para el desarrollo de la enfermedad. Partiendo de ese enfoque, Hipócrates expresó su concepción de la enfermedad como un proceso general de todo el organismo y postuló su teoría humoral, teniendo en cuenta el pensamiento filosófico de Empédocles. El pensamiento materialista sobre el binomio salud-enfermedad lo llevó a desalojar a los enfermos de los templos y santuarios, recluyéndolos en “dispensarios médicos”, por considerar que en modo alguno las enfermedades eran obra de dioses, demonios o magia. Así afirmó que la epilepsia no era ni más divina ni más sagrada que las demás enfermedades y que tenía un origen material y natural en el cerebro; con ello, sienta las bases anatómicas de la doctrina cerebral de esta “misteriosa” enfermedad (López, 2004).

En el Siglo II d.C Galeno (130-200) reafirmó, divulgó y enriqueció las ideas originales la doctrina hipocrática y con experiencias propias acrecentó los conocimientos de la Escuela de Cos fundada por Hipócrates. Fue uno de los escritores médicos más prolíficos; sus numerosos textos médicos ejercieron una influencia significativa en el ejercicio de la medicina durante aproximadamente 1.500 años, cimentando la identidad de la medicina occidental (Guerrero y Aníbal, 2008).

Por otra parte, en la tradición hebraica, la fuente principal en la que se basan para determinar salud y enfermedad es la Biblia y podría enfocarse fundamentalmente a las medidas preventivas encaminadas a la higiene y desinfección. Como ejemplos tenemos la práctica de la circuncisión, que forma parte de las tendencias religiosas unidas a las ideas científicas Otro ejemplo lo tenemos en

los leprosos de la época que parecían estar conscientes de su potencial de contagio, razón por la cual aceptaban su aislamiento. Podría atisbarse en estos ejemplos, atisbos hacia la prevención moderna.

Entre las poblaciones romanas de la época, hay una clara influencia de los pueblos griegos. Destacan estudiosos como Asclepiades de Bytinia, quien, contrario a la teoría de los humores, acoge la tesis que el cuerpo estaba formado por partículas o átomos separados por poros, atribuyendo la etiología de la enfermedad al bloqueo de estos; Se comienza a centrar a través de la higiene, el ejercicio y la dieta. De hecho, es notable y aún permanecen como testimonio de su admirable ingeniería, los acueductos romanos, contribución patente a la salud pública.

Si nos vamos a la zona mesoamericana, las civilizaciones precolombinas como la Maya y la Azteca e Inca; centran su concepción de salud en el mundo mágico-religioso. Las enfermedades y accidentes eran atribuidos a castigos divinos. Los mayas, pertenecían a una civilización completamente autóctona, que existió desde alrededor de 3.000 años a.C., coetánea de las grandes civilizaciones Mesopotámica, egipcia y China. Sus hombres eran fuertes y robustos y rara vez estaban enfermos. En la civilización Maya, cuando un hombre caía enfermo se llamaba al sacerdote, al curandero o a un hechicero y, muchas veces, estas condiciones estaban reunidas en un solo hombre. El curandero curaba o mataba a sus pacientes, y su reputación como médico dependía del predominio de uno u otro resultado. Los incas constituían una aristocracia victoriosa que dominaba las sociedades vencidas, a las que organizaron en un imperio. Entre ellos, las dolencias, enfermedades y en especial la muerte, eran atribuidas a la mala voluntad de alguien, fundamentalmente a los dioses. También atribuían las enfermedades a la brujería. Cuando se trataba de epidemias en la población, se creía que se había cometido un pecado colectivo y por ello el castigo era también colectivo (Cano, 2005). Al tener todas las enfermedades causas sobrenaturales, debían ser curadas por la magia o la religión. Incluso cuando se empleaban las hierbas y otras medicinas de auténtico valor terapéutico, se suponía que su efecto era mágico (Guerrero y León, 2008).

Avanzando ya hacia la Edad Media y hasta llegar al siglo XIX, se puede decir que el concepto de salud no sufrió cambios sustantivos, predomina el concepto de la medicina griega que ejerció entre los médicos mayor influencia en la Edad Media que en la época antigua. A partir del siglo XII, cuando se conoció en occidente la literatura árabe, sus ideas acabaron determinando el pensamiento médico y en el ejercicio de la Medicina.

Los médicos árabes y judíos pasaron a ser líderes en la medicina occidental hasta la fundación de la Escuela (médica) de Salerno que ha pasado a la Historia como uno de los primeros centros medievales de enseñanza de la Medicina. Esta escuela, retomó la idea grecolatina de fomentar la salud mediante preceptos higiénicos. Sus ideas se publicaron en un manual de salud conocido como “Régimen Sanitatis Salernitanum,” publicado por primera vez en el siglo XIII. La gran mayoría de las obras que se redactan son de naturaleza práctica y didáctica, es decir, los tratados salernitanos se caracterizan por ser manuales en los que se describen enfermedades concretas y su tratamiento, así como la composición y el modo de empleo de los medicamentos para curarlos (Muñoz, 2011).

Cabe suponer que entre los médicos formados en ese lapso histórico permanecieron vigentes los conceptos hipocráticos de higiene, aunque se puede pensar que la opresión del régimen feudal, las epidemias recurrentes, las guerras, el hambre y otros infortunios, afectaron la salud. Todas estas calamidades contribuyeron a la expansión del cristianismo y con ello nació la firme creencia de que la salud, la enfermedad, el bienestar, la infelicidad y que todo lo concerniente al hombre es designio de Dios. Entre 1453 y 1789, lapso en el que convencionalmente los historiadores identifican la Edad Moderna, el saber y el ejercicio de la medicina continuaron sustentados en las ideas de Hipócrates y Galeno (Guerrero y León, 2008).

Sin embargo, en el umbral del Renacimiento, contagiado por los descubrimientos de nuevos continentes, por la revolución de las ideas y por el resurgimiento de las artes destaca por la atención es su propia configuración anatómica desconocida para sí mismo, el funcionamiento de su cuerpo, sus

capacidades físicas y espirituales, pues ante él se erige un mundo incógnito que el oscurantismo y la rigidez de la fe católica no le han permitido descubrir (Tejeda y Rodríguez, 2018)

Tres siglos después de que William Harvey (1578-1657) desarrollara las investigaciones que permitieron comprender la circulación de la sangre (inició la experimentación y el método cuantitativo aplicados a la ciencia, y sirvió de base para que los médicos de esa época continuaran una serie de investigaciones sobre las cuales se fundamenta la fisiología desde una apreciación moderna) (Romero, Moreno y Ramírez, 2007) en el siglo XIX Claudio Bernard introdujo la medicina al mundo de la ciencia (Aníbal y Guerrero, 2008)

Entre las reflexiones acerca de la salud que documenta en su libro *Introducción al estudio de la Medicina experimental*, indica que la condición necesaria para la vida no se encuentra ni en el organismo ni en el ambiente externo, sino en ambos (Bernard, 1994). Si se suprime o altera alguna función del organismo, la vida cesa, aun cuando el ambiente permanezca intacto; por otro lado, si se modifican los factores del ambiente que se asocian con la vida, ésta puede desaparecer, aunque el organismo no haya sido alterado. Además, señala que en los seres vivos el ambiente interno es producto del funcionamiento del organismo, preserva la relación necesaria de intercambio y equilibrio con el ambiente externo (Guerrero y León, 2008).

Avanzando en la historia, alrededor del siglo XVI nos encontramos con los estudios de Bacon (1561-1626) con el método basado en la deducción racional y posteriormente con Galileo Galilei (1564-1642) cuyas herramientas fundamentales en su estudio de la salud, fueron las matemáticas y no solo la deducción racional (“método hipotético deductivo”). Pero es con Isaac Newton (1642-1727) que parte de una interpretación mecanicista del mundo, apoyándose también en las matemáticas y la experiencia, con quien se comienzan los pasos hacia la ciencia moderna, mediante el estudio de las leyes, y el abandono de la hipótesis metafísico-teológica (Castro-Molina, 2017).

En la década de los treinta del siglo XX, Cannon (1941), introdujo el concepto de homeostasis social; pensaba que en ella la salud depende del equilibrio armónico de todos los elementos que dan cohesión a la sociedad. Para algunos, la opinión de Bernard es una simplificación poco afortunada ya que omite la importancia que tiene la estructura política en la salud de la población, en ella recae la responsabilidad de procurar el bienestar de la sociedad, tal como Rudolf Virchow (1821-1902) anatomopatólogo alemán, afirmaba que el Estado debe ayudar a todos a vivir una vida sana. Esto se desprende sencillamente de la concepción del Estado como unidad moral de todas las personas que lo constituyen y de la obligación de solidaridad universal (Alleyne, 2001). El hecho de recordar las ideas de Virchow obedece a que en años recientes han cobrado importancia los programas de promoción de la salud pública y por ende la responsabilidad del Estado en procurar lo que Cannon denomina "homeostasis social." (Guerrero y León, 2008)

A mediados del S.XX, en 1956, René Dubos, patólogo y microbiólogo, cambió el concepto de salud, pasando de centrarla en el individuo a contemplarla en la salud colectiva; al contemplarlo en su sentido ecológico y considerar el medio interno y externo del individuo como determinantes en el hombre. Cualquier factor que rompa el equilibrio entre estos dos sistemas ecológicos puede ser causa de enfermedad. Expresó lo que para él significaba salud: "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado". En esta definición, Dubos circunscribe a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental.

En 1959, Herbert L. Dunn describió a la salud de la siguiente manera:

- Alto nivel de bienestar:
 - o Un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz.

-
- o Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado.
 - Tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social: El ser humano ocupar una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea.
 - Buena salud: Estado pasivo de adaptabilidad al ambiente de uno.
 - Bienestar: Un crecimiento dinámico hacia el logro del potencial de uno.

En este concepto de salud se menciona por primera vez la dimensión social y se define lo que significa bienestar. En los siguientes años este concepto social de la salud se sigue enfatizando. Edward S. Rogers (1960) y John Fodor et al (1966) también incluyen el componente social al concepto de salud: " Un continuo con gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte".

En la actualidad, el concepto de salud difiere de la idea que se ha tenido durante gran parte de la historia del ser humano, que se atenía al binomio salud-enfermedad, relacionándose actualmente más con la calidad de vida y el bienestar del individuo (López de la Llave y Hurtado, 2012).

La salud y la enfermedad son conceptos opuestos. Estas ideas acerca de la salud han ido quedando relegadas por varios motivos. En primer lugar, porque se trata de una visión negativa, una definición en vez de basada en la definición de salud, basada en la definición de enfermedad y por descarte de esta última. Pero no se habla acerca de los determinantes de la naturaleza de la salud y sus características. En segundo lugar, porque habría que donde se sitúa la línea divisoria de lo normal y lo patológico y si además tenemos en cuenta que el concepto de "normal" El concepto de "normalidad" varía en función del momento histórico y su contexto social, el propio tiempo y ciclo de las personas, su delimitación se hace más compleja.

En sus épocas más primitivas y ancestrales, la idea de salud ha estado asociada a enfermedad y la cura, al mundo mágico. Avanzando el tiempo, en el concepto de salud se integró el binomio médico-biológico hasta acabar adoptando, en nuestros días, un concepto más global, con la integración del aspecto sociológico (sociología médica, epidemiología social, salud comunitaria, etc.) El paradigma socioecológico persigue comprender las condiciones y causas de la salud y enfermedad e incorpora las actividades relacionadas con la salud como parte de las políticas sociales. Este paradigma además engloba y recoge las perspectivas biomédicas, políticas, psicosociales y ecológicas.

Este planteamiento supone necesariamente que hemos pasado del concepto de salud tradicional que contemplaba exclusivamente la atención asistencial, a promover intervenciones de carácter preventivo, relacionados con la mejora del medio ambiente y con el desarrollo de políticas sectoriales de índole socioeconómico. Este enfoque nuevo nos permite tener una visión, en la actualidad, mucho más integradora y completa que permite perseguir alcanzar como instancia última y fundamental, el nivel de bienestar suficiente para toda la población.

Por tanto, y simplificando, podemos contemplar como nuestro nuevo concepto de salud actual difiere de la idea que se ha tenido sobre ella en épocas remotas: la idea de salud ahora está estrechamente relacionada con los conceptos de bienestar y de calidad de vida.

De las múltiples definiciones que hemos encontrado, recogemos y resumimos las siguientes principales:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su carta constitucional de 1946 dice: La salud es el mejor instrumento para el desarrollo y más aún, la mejor plataforma para la paz. La protección y promoción de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo economicosocial duradero y contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial. (OMS, 1946, Carta Constitucional).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su carta fundacional de 1948 la define como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia” En el mismo documento se puntualiza que la salud es un derecho inalienable de todo individuo, independientemente de su raza, religión, ideología y condición sociocultural (Guerrero y León, 2008).

Para poder entender de forma más completa el concepto de salud actual, se hace necesario conocer cuáles son los determinantes sociales de esta en nuestra época y para ello consideramos esencial por su gran influencia en los últimos tiempos, hablar del Modelo de Lalonde, propuesto en el año 1974 y que sostiene como idea fundamental que la salud de un grupo o comunidad viene marcada por la interacción de los hábitos de vida, y la biología, medioambiente y organización de los servicios de salud humana que resumimos a continuación:

Estilo y hábitos de vida

Se refiere a las decisiones que toma el individuo con respecto a su salud, sobre las que tiene cierto grado de control. Este modelo señala que los hábitos de vida condicionarán el binomio salud- enfermedad y que por tanto, a mayor estilo de vida sano mayor aumento de calidad en la salud del individuo y de la población y que por el contrario, a mayor número de conductas de riesgo relacionadas con la salud (pocos cuidados en las relaciones sexuales, dieta insana e inadecuada o consumo de drogas por ejemplo) darán lugar a una disminución de calidad de vida y a una mayor exposición a la enfermedad.

Biología

Este modelo considera que la influencia de la biología humana en distintos procesos es innumerable, siendo causa de todo tipo de morbilidad y mortalidad.

Medio ambiente

Incluiría todos aquellos factores externos al cuerpo humano y sobre los que la persona tiene escaso control (contaminación química como metales pesados, de las

aguas y del aire, ruido, campos electromagnéticos, contaminación ambiental, etc., así como también factores psicosociales y socioculturales nocivos como pueden ser, estrés, condiciones laborales y de vivienda). La acción de todos ellos es la causa de un gran número de patologías, por el contrario, el éxito sobre ellos indicaría la evitación de tales efectos mencionados y por tanto relación directa como indicativo de salud. Según múltiples autores, parece ser que este es el determinante que mayor influencia ejerce sobre la salud.

Organización de los servicios de salud

Que consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina, la enfermería, los hospitales, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud y otros servicios sanitarios.

En este determinante social, se incluyen los centros de recursos humanos, medios económicos y materiales, tecnologías, medicina, enfermería, hospitales, medicamentos, servicios públicos comunitarios de atención de la salud y en general, servicios sanitarios.

Viene condicionado por variables tales como accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, buena praxis, y calidad

Una de las limitaciones fundamentales de este modelo, es que no tiene en cuenta otros determinantes sociales que también ejercen influencia en la salud humana, como son: las leyes políticas de la sociedad del momento, así como los aspectos sociales que rijan la época y por supuesto los culturales

Siguiendo con las definiciones más destacadas, Terris en 1980 (3) la define como: “un estado de bienestar físico, mental y social, en el que se conserva la funcionalidad del individuo y no solamente ausencia de enfermedad o invalidez”

En el año 1982, fue creada la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) por el Dr. J. W. Lee, director general en ese año, de la OMS Su principal

objetivo era el de abogar y promover la salud de la población, centrándose especialmente en los factores sociales que conducen a la enfermedad de una población y así poder ayudar a los países y los asociados mundiales en pro de la salud. La CDSS reconoce que la salud es una meta social y una responsabilidad que concierne a toda la sociedad y que cada vez es mayor la evidencia de que mejorar la coordinación y el liderazgo para hacer frente a las dimensiones sociales de la salud en todos los procesos de elaboración de políticas públicas es posible, y que ello redundará en una mejor salud y un mayor acceso a la atención sanitaria. Además, afirman que actuando sobre las causas sociales de la mala salud, los gobiernos estarán en buena situación para alcanzar sus objetivos de desarrollo, reducir las inequidades en materia de salud, promover la salud de la población, y crear y sostener sociedades económicamente viables

San Martín en 1982 señala que el concepto de salud es dinámico, histórico y cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población.

La idea que tiene la gente de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan”

La OMS en 1985 afirma “La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente”. Parece que considera la salud más como un recurso para la vida.

García en 2012 apunta que el concepto de salud en términos generales recoge aspectos subjetivos (cómo me siento, bien o mal) y objetivos (signos evidentes de salud).

Uno de los términos que se incluyen en la actualidad, al concepto de Salud, es, como ya hemos comentado en párrafos anteriores, el término calidad de vida, por lo que se nos hace necesario, hacer mención aparte de su definición propia:

La OMS en el año 2000 propone como objetivos “que los habitantes de todos los países tengan un nivel de salud suficiente para que puedan trabajar

productivamente y participar de forma activa en la vida social de la comunidad donde viven”

La calidad de vida según Frutos en el año 2002, podría entenderse como la relación global que el individuo establece entre los estímulos positivos y los negativos (desagradables), en el curso de su vida, en sus relaciones con otros miembros de la colectividad y con el ambiente total en el que vive. En el ambiente total se incluyen aspectos sociales, económicos, culturales del medio físico, urbano y su hábitat general. Por tanto, nos encontramos ante múltiples definiciones de un concepto dinámico, abierto y en constante revisión.

ANEXO 2

LISTADO DE ITEMS QUE COMPONÍAN EL CUESTIONARIO UTILIZADO EN EL ESTUDIO PRIMERO

Edad

Estudios o profesión

El lugar donde resido cuenta con:

Soy: (hombre, mujer, otro)

Sexualmente prefiero relacionarme con: (hombres, mujeres, otros)

Tienes actualmente o has tenido lo largo de tu vida una relación de pareja de más de 6 meses de duración

Mis ingresos mensuales son de...

En el terreno social y político me defino como una persona...

He consultado con profesionales de la salud en relación a mi sexualidad

En cuanto a la religión, me considero una persona

¿Alguna vez has recibido lo que podría llamarse "educación en sexualidad"?

Me gusta mi propio cuerpo, estoy a gusto con cómo soy

Si lo creyera necesario, buscaría información sobre cuestiones relacionadas con la reproducción o la sexualidad

Creo que mi forma de relacionarme con personas de ambos sexos es respetuosa y adecuada

No escondo mi orientación sexual, me manifiesto tal y como soy

Creo que la manera en que expreso mi afecto, mi amor y mi intimidad, puede considerarse como una forma de expresión socialmente apropiada

Mi comportamiento sexual nunca me ha causado problemas personales o sociales

A veces noto que falta algo en mi vida sexual, no me siento una persona sexualmente satisfecha

Para mí es fácil comunicar a las personas con quien me relaciono, si me gusta o me disgusta la manera en que me hace el amor

Mi vida sexual es completa y me resulta satisfactoria

Se puede decir que las relaciones afectivas que establezco y mantengo resultan enriquecedoras, placenteras y saludables

Evito cualquier relación afectiva (amorosa o sexual) que se base en la explotación y/o manipulación de otra persona

Creo que tengo habilidades que pueden mejorar mis relaciones personales (afectivas y amorosas)

En el plano sexual, me identifico y vivo de acuerdo con mis propios valores y creencias

Se puede decir que soy una persona que se comunica de manera apropiada y eficaz con la familia, los amigos y la pareja

Si yo quiero, sé cómo tengo que hacer para procurarme placer sexual de forma autónoma, sin ayuda directa de otras personas

Expreso mi sexualidad de forma respetuosa y muestro respeto hacia la sexualidad de los demás

Soy una persona abierta a la información nueva que me ayude mejorar mi sexualidad

Cuando quiero evitar los embarazos no deseados, utilizo métodos anticonceptivos de manera eficaz

Llevo a cabo las actividades y conductas necesarias para evitar enfermedades relacionadas con la sexualidad (utilización de preservativos, reconocimientos médicos, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación de posibles problemas)

Los mensajes familiares y culturales influyen en los pensamientos, sentimientos y valores relacionados con la sexualidad de las personas (desde el nacimiento y durante toda la vida)

Me comporto de una forma tolerante hacia las personas con diferentes valores y modos de vida sexuales

Soy consciente de que los mensajes religiosos influyen en las actitudes y los comportamientos personales relacionados con la sexualidad

Evito el abuso sexual. Es decir, no mantengo relaciones sexuales si no se da un libre consentimiento por parte de mi pareja

La forma en que las personas ejercen sus responsabilidades democráticas influye en la legislación relativa a los asuntos sexuales (educación sexual en

la escuela, legislación sobre métodos anticonceptivos y aborto, matrimonio homosexual...)

En mis relaciones, evito contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual. Los mensajes de los medios de comunicación influyen en las actitudes, sentimientos y valores de las personas en relación con la sexualidad.

En general intento evitar los comportamientos que conllevan prejuicios e intolerancia hacia la sexualidad de otras personas.

Me siento capaz de hacer cosas para mejorar mis relaciones afectivas.

Soy una persona que respeta la orientación sexual de los demás.

He disfrutado mi sexualidad, a lo largo de mi vida, de la forma adecuada a cada momento y edad.

He expresado mi sexualidad a lo largo de mi vida de la forma adecuada a cada situación social.

ANEXO 3

LISTADO DE ITEMS QUE COMPONÍAN LAS DOS VERSIONES DEL CUESTIONARIO PARA LA ESTIMACIÓN DE LA SALUD SEXUAL QUE FUE UTILIZADO EN EL ESTUDIO SEGUNDO

Edad

Estudios o profesión

Soy: (hombre, mujer, otro)

He recibido formación específica en temas de sexualidad humana

Sexualmente prefiero relacionarme con: (hombres, mujeres, otros)

Soy una persona que respeta la orientación sexual de los demás

Expreso mi sexualidad de forma respetuosa y muestro respeto hacia la sexualidad de los demás

Me comporto de una forma tolerante hacia las personas con diferentes valores y modos de vida sexuales

Soy una persona abierta a la información nueva que me ayude mejorar mi sexualidad

En general intento evitar los comportamientos que conllevan prejuicios e intolerancia hacia la sexualidad de otras personas

Creo que mi forma de relacionarme con personas de ambos sexos es respetuosa y adecuada

Mi vida sexual es completa y me resulta satisfactoria

Para mí es fácil comunicar a las personas con quien me relaciono, si me gusta o me disgusta la manera en que me hace el amor

A veces noto que falta algo en mi vida sexual, no me siento una persona sexualmente satisfecha

Se puede decir que las relaciones afectivas que establezco y mantengo resultan enriquecedoras, placenteras y saludables

Los mensajes de los medios de comunicación influyen en las actitudes sentimientos y valores de las personas en relación con la sexualidad

Los mensajes familiares y culturales influyen en los pensamientos, sentimientos y valores relacionados con la sexualidad de las personas (desde el nacimiento y durante toda la vida)

Soy consciente de que los mensajes religiosos influyen en las actitudes y los comportamientos personales relacionados con la sexualidad

La forma en que las personas ejercen sus responsabilidades democráticas influye en la legislación relativa a los asuntos sexuales (educación sexual en

la escuela, legislación sobre métodos anticonceptivos y aborto, matrimonio homosexual...)

Llevo a cabo las actividades y conductas necesarias para evitar enfermedades relacionadas con la sexualidad (utilización de preservativos, reconocimientos médicos, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación de posibles problemas)

En mis relaciones, evito contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual

Cuando quiero evitar los embarazos no deseados, utilizo métodos anticonceptivos de manera eficaz

Mi comportamiento sexual nunca me ha causado problemas personales o sociales

ANEXO 4

LISTADO DE ITEMS QUE COMPOÑÍAN EL CUESTIONARIO PARA LA ESTIMACIÓN DE LA SALUD SEXUAL QUE FUE UTILIZADO EN EL ESTUDIO TERCERO

Soy mayor de 18 años

Soy: (hombre, mujer, otro)

Vida en pareja

Edad (escribe tu edad en años)

Estudios o profesión

Sexualmente me defino como

Soy una persona que respeta la orientación sexual de los demás.

Expreso mi sexualidad de forma respetuosa y muestro respeto hacia la sexualidad de los demás.

Me comporto de una forma tolerante hacia las personas con diferentes valores y modos de vida sexuales.

Soy una persona abierta a la información nueva que me ayude mejorar mi sexualidad.

En general intento evitar los comportamientos que conllevan prejuicios e intolerancia hacia la sexualidad de otras personas.

Creo que mi forma de relacionarme con personas de ambos sexos es respetuosa y adecuada.

Mi vida sexual es completa y me resulta satisfactoria.

Para mí es fácil comunicar a las personas con las que me relaciono, si me gusta o me disgusta la manera en que me hacen el amor.

A veces noto que falta algo en mi vida sexual, no me siento una persona sexualmente satisfecha.

Se puede decir que las relaciones afectivas que establezco y mantengo resultan enriquecedoras, placenteras y saludables.

Los mensajes de los medios de comunicación influyen en las actitudes sentimientos y valores de las personas en relación con la sexualidad.

Los mensajes familiares y culturales influyen en los pensamientos, sentimientos y valores relacionados con la sexualidad de las personas (desde el nacimiento y durante toda la vida).

Soy consciente de que los mensajes religiosos influyen en las actitudes y los comportamientos personales relacionados con la sexualidad.

La forma en que las personas ejercen sus responsabilidades democráticas influye en la legislación relativa a los asuntos sexuales (educación sexual en la escuela, legislación sobre métodos anticonceptivos y aborto, matrimonio homosexual...).

Llevo a cabo las actividades y conductas necesarias para evitar enfermedades relacionadas con la sexualidad (utilización de preservativos, reconocimientos médicos...)

En mis relaciones, evito contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual.

Cuando quiero evitar los embarazos no deseados, utilizo métodos anticonceptivos de manera eficaz.

Mi comportamiento sexual nunca me ha causado problemas (orgánicos ni personales o sociales)

Pienso que ver una película o leer un libro con contenido erótico/sexual podría ser entretenido.

Bañarse desnudo/a con una persona del mismo u otro sexo podría ser una experiencia excitante.

La masturbación puede ser una experiencia excitante.

Me resulta excitante pensar en tener una relación sexual con penetración.

Me excitaría sexualmente viendo una película de contenido sexual.

El material erótico (libros y/o películas) de contenido sexual es algo sucio y la gente no debería utilizarlo.

Sería agobiante para mí que la gente pensara que tengo interés por el sexo oral.

Casi todo el material erótico me produce incomodidad.

Me sentiría emocionalmente mal viendo a alguien exhibirse públicamente.

Ver a una persona desnuda, no sería una experiencia muy excitante para mí

No me agradaría ver una película erótica.

5-(R) Me incomoda pensar que puedo ver una película en la que aparezca masturbándose una persona.

No me agrada tener sueños sexuales.

No siento ninguna curiosidad por el material de contenido sexual (libros, revistas, películas, vídeos).

Pensar que puedo tener tendencias sexuales distintas a la de mi propia orientación no me resultaría del todo embarazoso.

No me resulta incomoda la idea de sentir atracción física por personas de mi propio sexo.

Probablemente sería una experiencia excitante acariciar mis propios genitales.

Me atrae la idea de participar en una experiencia sexual en grupo.

Es muy excitante imaginar prácticas sexuales poco comunes.

No me disgusta imaginar que tengo relaciones sexuales con más de una persona.

ANEXO 5

PUBLICACIÓN PREVIA A LA TESIS

ACTITUDES SEXUALES EN PERSONAS CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

SEXUAL ATTITUDES OF GIFTED PERSONS

M. PILAR CARRILLO-ROMERO, ANDRÉS LÓPEZ DE LA LLAVE,
EVA SÁNCHEZ Y M. CARMEN PÉREZ-LLANTADA¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Carrillo-Romero, M. P., López de la Llave, A., Sánchez, E. y Pérez-Llantada, M. C. (2020). Actitudes sexuales en personas con altas capacidades intelectuales [Sexual Attitudes of Gifted Persons]. *Acción Psicológica*, 17(2), 1–12. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.27048>

Resumen

El objetivo principal de este estudio exploratorio fue examinar las diferencias en actitudes sexuales entre personas adultas con Altas Capacidades Intelectuales (ACI) y otros participantes pertenecientes a la Población General, en cuanto a su dotación Intelectual (PGI). La muestra estuvo compuesta por 126 personas (80 personas PGI y 46 ACI). Se administró a los participantes la escala ATSS (2005). Tanto los participantes, de la muestra PGI como los de ACI, mostraron actitudes tendentes al conservadurismo. Las comparaciones llevadas a cabo, considerando a todos los participantes (PGI y ACI), atendiendo a la edad o al Sexo mostraron que: (a) las personas más mayores informaron actitudes más liberales que los más jóvenes, quienes mostraron actitudes más conservadoras, y (b) los hombres obtuvieron valores más altos en erotofilia (una actitud más liberal) que las mujeres

excepto en lo referente al tema del aborto, en el que ellas resultaron más liberales. Las comparaciones entre PGI y ACI mostraron diferencias estadísticamente significativas en el Factor que se refiere a la pornografía, resultando más conservadoras en este asunto las personas ACI.

Palabras clave: Actitudes; sexualidad; altas capacidades.

Abstract

An exploratory study was carried out with the main objective of examining the differences in the sexual attitudes of gifted persons (ACI) and other participants from the General Population, in terms of their Intelligence (PGI). The sample contained 126 people (80 PGI people and 46 ACI). Participants completed the ATSS scale (2005). All participants in the sample showed attitudes tending towards conservatism. The comparisons carried out, on the basis of

Correspondence address [Dirección para correspondencia]: María del Carmen Pérez-Llantada Rueda, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

Email: mperez-llantada@psi.uned.es

ORCID: María Pilar Carrillo-Romero (<https://orcid.org/0000-0003-4936-3892>), Andrés López de la Llave Rodríguez (<https://orcid.org/0000-0001-8862-5168>), María del Carmen Pérez-Llantada Rueda (<https://orcid.org/0000-0001-8277-252X>)

¹ Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Recibido: 20 de junio de 2020.

Aceptado: 28 de noviembre de 2020.

age or gender, showed that: a) older people reported more liberal attitudes than younger people, who were more conservative, and b) men had higher values in erotophilia (a more liberal attitude) than women, with the exception of abortion, in which women were more liberal. The comparisons between PGI and ACI showed statistically significant differences in the Factor that refers to pornography, with ACI people being more conservative about this issue.

Keywords: Attitudes; Sexuality; Gifted.

Introducción

Tradicionalmente, las investigaciones llevadas a cabo con Altas Capacidades Intelectuales (ACI), se han centrado en estudiar las características cognitivas, las habilidades específicas o su rendimiento académico (Ruano, 2016). El concepto “alta capacidad” ha ido evolucionado a lo largo del tiempo, y, aunque los estudios iniciales lo relacionaban únicamente con el alto rendimiento académico y un elevado cociente intelectual (CI), hoy se define como un potencial a desarrollar (Altas capacidades o Superdotados, 2020).

Actualmente está surgiendo también un notable interés por otras áreas, por ejemplo el estudio de la personalidad de quienes presentan ACI, las emociones o su nivel de adaptación social (Borges et al., 2011). Aunque en las últimas décadas se aprecia un incremento en el número de investigaciones sobre los aspectos emocionales (Fernández, 2008), los estudios sobre su sexualidad siguen siendo escasos (Dijkstra et al., 2017).

La mayoría de las investigaciones ACI están centradas en población infantil y adolescente y, como se acaba de señalar, atienden principalmente a cuestiones educativas. Sin embargo, cada vez con más frecuencia se publican estudios que tratan cuestiones relativas a la personalidad, al ajuste emocional y otras características socioemocionales. Estas cuestiones son las que más controversia ha generado, ya que en los primeros estudios numerosos autores hablan de desajuste emocional en personas con altas capacidades (Kitano, 1990). Sin embargo, estudios posteriores, han mostrado que esto podría considerarse como un mito.

Borges et al. (2011) llevaron a cabo un estudio con adolescentes que se centraba en las evidencias existentes respecto al “mito” de la inadaptación de las personas con altas capacidades intelectuales. En dicho estudio, se afirmaba que: “los resultados obtenidos relativos a la adaptación de las personas de altas capacidades no permiten afirmar que difieran de otros grupos con menor cociente intelectual. Estos resultados, si bien no permiten concluir que el alumnado de altas capacidades sea más adaptado, personal, escolar o socialmente, si es cierto que parece existir independencia entre la adaptación y la inteligencia” (Borges et al., 2011, p. 365). Así, parece que la inadaptación y la alta capacidad intelectual no son variables interdependientes, y que no existen evidencias que permitan sostener que los individuos más dotados sean inadaptados social o psicológicamente (Borges et al., 2017). Tal es así, que hoy se cuenta con suficiente evidencia empírica sobre el hecho de que las personas de altas capacidades no solo no muestran tendencia a sufrir problemas emocionales sino que se encuentran mejor y más ajustados que personas de capacidades medias, tanto social como emocionalmente debido a que su capacidad superior les permite un mayor y mejor autoconocimiento de sí mismos y del entorno (Freeman, 2008; Martin et al., 2010; Trillo-Luque, 2012).

Dijkstra et al. (2017) han relacionado la inteligencia alta con las relaciones afectivas y el amor. Según esta teoría del apego, los vínculos formados durante la infancia definen el modo en el que en la vida adulta interaccionamos con los demás y nos comportamos de una manera socialmente adecuada. Se proponen cinco estilos para afrontar los problemas con los demás, teniendo en cuenta, tanto el grado en que se valoran las propias preferencias y conflictos, como el modo en que se valoran las de los demás. Estos estilos son: (a) integrador (alta dedicación a las necesidades propias y las de los demás), (b) dominador (alta dedicación a necesidades propias y baja a las de los otros), (c) servicial (baja dedicación a las necesidades propias y alta a las de los otros), (d) de evitación (baja dedicación a necesidades propias y a las de los otros), y (e) compromiso (moderada dedicación a necesidades propias y las de los demás). En este estudio se contó con una muestra de 196 personas heterosexuales de la organización Mensa (una entidad holandesa que agrupa a las personas ACI de todo el mundo, con una puntuación CI < 140). Además, se recopilieron datos de 146 adultos no pertenecientes a esta

asociación. Los resultados mostraron que las personas ACI no manifestaron estar descontentos con sus relaciones afectivas mostrando una tendencia a adoptar el “estilo evitador” a la hora de gestionar los conflictos con su pareja.

Halpern et al. (2000), y Kahn y Halpern (2018) analizaron la relación entre la sexualidad y la inteligencia y encontraron una alta prevalencia de adolescentes inteligentes que retrasan sus relaciones sexuales, por valorar sus posibles consecuencias. Según estos autores, parecen mostrar actitudes que les llevan a comportarse de un modo menos impulsivo y más racional.

Parece suficientemente establecida la importancia de las actitudes en los comportamientos prosociales, en los niveles de socialización de las personas. Las actitudes sexuales son un importante determinante de los estilos de conducta afectiva y sexual cuando nos relacionamos con otras personas. Las actitudes (predisposiciones a responder de una manera determinada con reacciones favorables o desfavorables hacia algo) no son disposiciones psicológicas innatas. Se van formando a lo largo de la vida, pudiendo producirse cambios en función de las diversas experiencias vitales de las personas (Martínez, 2011). Así, las actitudes sexuales consistirían en una predisposición aprendida para actuar selectivamente y conducirse de determinada manera en la interacción social en cuestiones relacionadas con la sexualidad (Moral de la Rubia, 2010).

Uno de los determinantes en la formación de las actitudes sexuales es el componente afectivo, al que solo recientemente, en el caso de personas con ACI, se le ha prestado atención. Por ejemplo, Clark (2002) señaló como características afectivas y actitudinales, en personas con altas capacidades: la sensibilidad intensa hacia los sentimientos del otro, un notable sentido del humor, la elevada autoconciencia, la profundidad e intensidad emocional y unos elevados niveles de juicio moral. Estas características resultan fundamentales a la hora de explicar las conductas que suponen interacción con otras personas, y en concreto las que tienen relación con la sexualidad y las actitudes sexuales.

El término sexualidad se utiliza para hacer referencia a una dimensión primordial de las personas. La sexualidad tiene que ver con las diferentes formas de sentir y provocar

placer y resulta determinante en la forma de relacionarnos con otros. En este sentido, las actitudes se consideran variables predictoras de la conducta humana en general (Petty et al., 1997) y de la sexual en particular. Un aspecto importante en cuanto a las actitudes sexuales es la dirección que puede tomar la conducta en los diferentes contextos sociales y personales, en función de los componentes cognitivos y emocionales de las actitudes. Si lo que predomina en ellas son los componentes emocionales, se puede hablar de erotofilia y erotofobia. Fisher et al. (1988) definen la dimensión erotofilia-erotofobia, como una disposición a responder a cuestiones sexuales mediante conductas de aproximación o huida. La erotofilia se ha relacionado con el hecho de contar con una más adecuada información sobre sexualidad. En cuanto al componente cognitivo se ha propuesto la dimensión conservadurismo vs. liberalismo. Considerando conjuntamente ambas dimensiones, cabe esperar que las personas conservadoras sean más erotofóbicas y las liberales más erotofílicas. (Fisher et al., 1988; Rodríguez y Farré, 2004).

Como se ve no existe un acuerdo unánime entre los diferentes investigadores en cuestiones que hacen referencia a las características actitudinales que se reflejan en las conductas sociales, y más concretamente en lo referente a las actitudes sexuales (que resultan determinantes tanto en comportamientos prosociales como en los niveles de salud y bienestar de las personas). En este sentido hemos encontrado tres posturas: (a) la de los que indican que no hay diferencias entre población general desde el punto de vista intelectual (PGI) y ACI, (b) los que señalan actitudes más adaptativas entre personas con ACI, y (c) quienes definen una desventaja adaptativa entre los ACI.

El objetivo general de este estudio es indagar sobre posibles diferencias, en cuanto a las actitudes sexuales, entre personas con ACI y personas pertenecientes a PGI. También se estudiará la relación de las variables edad y Sexo con los resultados, en cuanto a los valores obtenidos en la medida de las actitudes sexuales.

Método

Participantes

Participaron 162 personas, que fueron asignadas a una de las dos condiciones siguientes en función de su capacidad intelectual: Población general, desde el punto de vista intelectual (PGI), o personas con altas capacidades intelectuales (ACI). La asignación a una u otra condición dependía de sus respuestas a las siguientes cuestiones: (a) Si conoces tú CI, indica su valor, (b) ¿Eres una persona con altas capacidades intelectuales? y (c) ¿Conoces una asociación de personas con altas capacidades?

Las personas que no respondían a la primera cuestión, o cuya respuesta era un valor por debajo de 130, fueron consideradas con “población general desde el punto de vista intelectual” (PGI).

Quienes indicaban valores de CI superiores a 130 y además respondían afirmativamente a las otras dos cuestiones, fueron incluidos en el grupo de ACI. Quienes no respondían consistentemente a las tres cuestiones fueron excluidos de la muestra.

Como consecuencia de este procedimiento de selección, fueron eliminados 36 participantes, que no pudieron ser clasificados según este criterio, quedando la muestra final compuesta por 126 participantes (mujeres: 78-62 % y varones: 48-38 %). El grupo PGI estaba compuesto por 80 participantes (63.5 %) y el grupo ACI lo componían 46 personas (36.5 %). La edad de los participantes osciló entre los 20 y los 68 años. Siendo la media de edad de 39.63 (DT = 10.31) años para el total de la muestra; 42.29 (DT = 11.61) años en hombres y de 38.00 (DT = 9.13) años para las mujeres (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Composición de la muestra en función de la edad y el sexo de los participantes

	Edad, media (y DT)	Número de participantes: (y % de la muestra total)	
		PGI	ACI
Hombres (n = 48; 38.09 %)	42.29 (11.61)	25 (19.84 %)	23 (18.25 %)
Mujeres (n = 78; 61.9 %)	38.00 (9.13)	55 (43.65 %)	23 (18.25 %)
Total (N = 126; 100 %)	39.63 (10.31)	80 (63.49 %)	46 (36.5 %)

La composición de los grupos “Mayores” y “Jóvenes” se realizó en función de la media de edad, considerándose “Mayores” a todas las personas que tenían una edad igual o superior a la edad media del grupo de participantes y “Jóvenes” a los que tenían una edad inferior.

Instrumento

Las actitudes sexuales se midieron mediante la “Escala de Actitudes hacia la Sexualidad” (Fisher y Hall, 1988). Se utilizó la versión española, adaptada y ampliada por Diéguez et al. (2005). Este instrumento presenta 27 afirmaciones sobre conceptos de actitud positiva o negativa (liberal o conservadora) hacia diferentes aspectos de la sexualidad. Algunos ejemplos de los ítems que componen la escala serían: “El aborto debería ser aceptado cuando una mujer está convencida de que es su mejor decisión” o “El coito premarital entre la gente joven es inaceptable para mí”. El cuestionario se responde indicando el grado de acuerdo con cada frase, en una escala Likert con cinco puntos de anclaje (0, 1, 2, 3 y 4). Proporciona una medida global sobre actitud “liberal o conservadora”, y además ofrece las puntuaciones en seis factores: “Responsabilidad, libertad y opinión que nos merece la juventud” ($\alpha = .75$), “Pornografía y prostitución” ($\alpha = .72$), “Masturbación, fantasías y educación Sexual” ($\alpha = .69$), “Nudismo, caricias y coito fuera del matrimonio” ($\alpha = .65$), “Conducta homosexual, infecciones de transmisión sexual” ($\alpha = .56$) y “Desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela” ($\alpha = .52$). Tanto la puntuación total, como la de cada uno de los factores, se calculan sumando los puntos de cada ítem, dividida por el número de ítems. Cuanto más alta sea la puntuación, más liberal (más favorable) es la actitud sexual a la que se refiere el factor.

En el informe del estudio original de esta adaptación de la escala se ha informado una fiabilidad de: alfa de Cronbach = .84 (Diéguez et al., 2005). Es nuestra investigación se obtuvo un valor para coeficiente Alfa de Cronbach de: .74.

Procedimiento

El cuestionario se publicó en un formulario de Google, al que podían acceder quienes dispusieran del enlace correspondiente. Con el fin de evitar en lo posible, valores perdidos por falta de respuesta a alguna cuestión, se programó de forma que era necesario responder a todas las cuestiones para poder proceder al envío del formulario completado. En la información que precedía a las cuestiones, se informaba que se trataba de un cuestionario anónimo, que se ofrecía solo a personas mayores de edad y que, en cualquier caso, todos los datos recabados serían tratados conforme a las leyes de protección de datos españolas. Además, se indicaba una dirección de correo electrónico institucional (con la extensión @psi.uned.es) para responder a las posibles dudas o cuestiones relativas al estudio. El tiempo que se requería para completar el cuestionario fue de aproximadamente 15 minutos. La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico, utilizando el procedimiento “bola de nieve”, siguiendo dos métodos. El primero consistió en ofrecer participar en el estudio a la comunidad universitaria de la UNED. Para ello se publi-

caron mensajes en las redes sociales a las que accede habitualmente esta población. En el anuncio se indicaba que se trataba de un estudio sobre “opiniones” respecto a cuestiones relacionadas con la sexualidad, abierto solo a mayores de edad. El segundo método pretendía obtener una muestra de personas con altas capacidades; para ello se contactó con asociaciones de personas con altas capacidades y se les informó del estudio que se iba a poner en marcha. Estas asociaciones divulgaron un texto que ofrecía información sobre la finalidad del estudio y el enlace donde podían contestar al cuestionario.

Análisis de datos

Se trata de un diseño que busca comparar los resultados obtenidos en una escala de actitudes sexuales por diferentes subgrupos de la muestra total (Capacidad [ACI vs. PGI]; Sexo [Mujeres vs. Hombres]; Edad [Mayores vs. Jóvenes]). Se eligió como estadístico de contraste el ANOVA.

Resultados

En la Tabla 2 se presentan los resultados obtenidos por todos los participantes, en función del subgrupo de pertenencia, para cada uno de los factores, así como para pun-

Tabla 2.

Puntuaciones medias (y DT) obtenidas en el cuestionario de actitudes sexuales: puntuación por factores y para la escala en su conjunto (media global).

		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Media Global
Edad (N=126)	Mayores (n = 62)	1.263 (0.201)	1.307 (0.355)	1.993 (0.114)	0.135 (0.387)	3.215 (0.262)	2.250 (0.229)	1.738 (0.112)
	Jóvenes (n = 64)	1.244 (0.173)	1.244 (0.326)	1.841 (0.106)	0.089 (0.191)	3.195 (0.231)	2.150 (0.322)	1.597 (0.105)
Sexo (N=126)	Hombres (n = 48)	1.269 (0.181)	1.133 (0.353)	1.841 (0.126)	0.135 (0.256)	3.173 (0.261)	2.133 (0.305)	1.598 (0.114)
	Mujeres (n = 78)	1.244 (0.191)	1.291 (0.343)	1.983 (0.098)	0.096 (0.330)	3.224 (0.235)	2.280 (0.249)	1.630 (0.119)
Capacidad (N=126)	ACI (n = 46)	1.280 (0.168)	1.207 (0.321)	1.945 (0.122)	0.073 (0.198)	3.199 (0.245)	2.204 (0.311)	1.599 (0.115)
	PGI (n = 80)	1.238 (0.196)	1.562 (0.351)	1.980 (0.103)	0.132 (0.349)	3.208 (0.248)	2.236 (0.262)	1.628 (0.099)

Nota: Factor 1: Responsabilidad, libertad y opinión que nos merece la juventud. Factor 2: Pornografía y prostitución. Factor 3: Masturbación, fantasías y educación Sexual. Factor 4: Nudismo, caricias y coito fuera del matrimonio. Factor 5: Conducta homosexual, infecciones de transmisión sexual. Factor 6: Desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela.

tuación global. En todos los casos el valor máximo posible de las puntuaciones era 4 y el mínimo 0.

Independientemente del subgrupo analizado, solamente los resultados que se refieren al Factor 5 (Conducta homosexual, infecciones de transmisión sexual) y al Factor 6 (Desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela) se pueden considerar que representan actitudes liberales (o más erotofílicas) respecto a esas dimensiones de la sexualidad, ya que solo en estos dos factores las puntuaciones obtenidas son más altas que el punto medio de la escala. En el resto de factores, así como en la puntuación global, los participantes en este estudio han manifestado actitudes sexuales conservadoras (ver Figuras 1, 2 y 3).

Figura 1.

Representación de los resultados en función de las categorías de Edad.

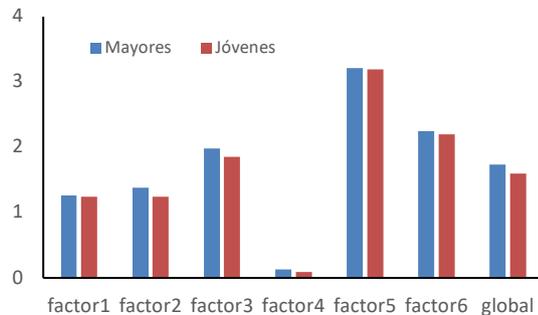


Figura 2.

Representación de los resultados en función de las categorías del Sexo.

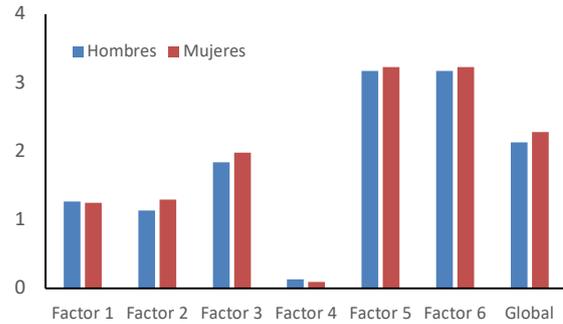
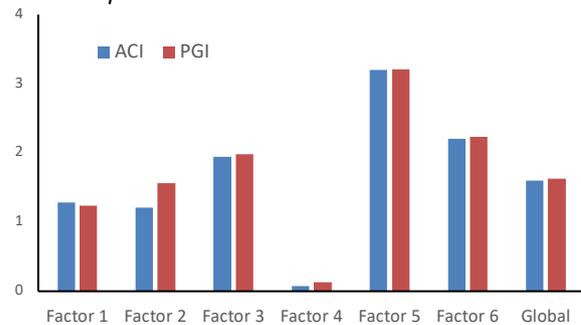


Figura 3.

Representación de los resultados en función de las categorías de la Capacidad.



En la Tabla 3 se presentan los resultados del ANOVA realizado. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones, realizadas en la cate-

Tabla 3.

Resultados del ANOVA, considerando a todos los participantes, en función de las variables: Capacidad, Sexo y Edad. Se indica el valor de $F_{(1,118)}$, de la probabilidad (p), y del tamaño del efecto (eta cuadrado: η^2)

	PGI (n=80) / ACI (n=46)			Mujeres (78)/ Hombres (48)			Mayores (62)/Jóvenes (64)		
	F	p	η^2	F	p	η^2	F	p	η^2
Global	0.647	0.423	0.005	3.187	0.077	0.026	8.824	0.004*	0.070
Factor 1	2.665	0.105	0.022	0.279	0.599	0.002	2.650	0.106	0.022
Factor 2	5.547	0.020*	0.045	0.146	0.703	0.001	4.537	0.035*	0.037
Factor 3	2.379	0.126	0.020	5.391	0.022*	0.044	2.944	0.089	0.024
Factor 4	2.480	0.118	0.021	0.507	0.478	0.004	0.103	0.749	0.001
Factor 5	0.187	0.666	0.002	1.108	0.295	0.009	1.746	0.189	0.015
Factor 6	0.146	0.703	0.002	9.147	0.003*	0.072	3.803	0.054	0.031

* $p < .05$. En las comparaciones, la p se ha calculado utilizando el ajuste Bonferroni.

Tabla 4.

Puntuaciones medias (y DT) obtenidas en el cuestionario de actitudes sexuales por los participantes de la condición PGI (n=80): puntuación por factores y escala en su conjunto (media global)

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Global
Mayores (n = 36)	1.218 (0.220)	1.495 (0.338)	2.01 (0.099)	0.173 (0.473)	3.200 (0.181)	2.261 (0.205)	1.650 (0.148)
Jóvenes (n = 44)	1.258 (0.196)	1.288 (0.330)	1.945 (0.102)	0.116 (0.200)	3.194 (0.231)	2.148 (0.299)	1.596 (0.108)
Mujeres (n = 55)	1.234 (0.209)	1.342 (0.34)	1.996 (0.112)	0.121 (0.379)	3.228 (0.240)	2.305 (0.217)	1.645 (0.118)
Hombres (n = 25)	1.242 (0.167)	1.441 (0.346)	1.955 (0.081)	0.167 (0.274)	3.166 (0.263)	2.104 (0.314)	1.601 (0.108)

Nota: Factor 1: Responsabilidad, libertad y opinión que nos merece la juventud. Factor 2: Pornografía y prostitución. Factor 3: Masturbación, fantasías y educación Sexual. Factor 4: Nudismo, caricias y coito fuera del matrimonio. Factor 5: Conducta homosexual, infecciones de transmisión sexual. Factor 6: Desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela.

goría Capacidad (PGI vs. ACI) en las puntuaciones obtenidas en el Factor 2. En la categoría Sexo (Hombres vs. Mujeres) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los Factores 3 y 6. Cuando se compararon los resultados obtenidos en función de la categoría de Edad de los participantes (Mayores vs. Jóvenes), se encontró que había diferencias estadísticamente significativas tanto en la puntuación Global del cuestionario como en el Factor 2. En el resto comparaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En todos los casos en que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, la potencia observada era mayor que 0.80.

En el Factor 2, las personas pertenecientes a la condición ACI puntuaron como más liberales que las de la condición PGI ($F_{(1,118)} = 5.547$; $p = 0.021$; $d = 0.151$; $\eta^2 = 0.045$).

En cuanto al Sexo, las mujeres obtiene puntuaciones más liberales que los hombres en Factor 3 ($F_{(1,118)} = 5.391$; $p = 0.022$; $d = 0.049$; $\eta^2 = 0.044$) y en el Factor 6 ($F_{(1,118)} = 9.147$; $p = 0.003$; $d = 0.158$; $\eta^2 = 0.072$).

Cuando consideramos la Edad, las personas mayores puntúan como más liberales en el Factor 2 ($F_{(1,118)} = 4.537$; $p = 0.035$; $d = 0.137$; $\eta^2 = 0.037$). y Actitud global ($F_{(1,118)} = 8.824$; $p = 0.004$; $d = 0.061$; $\eta^2 = 0.070$).

En la Tabla 4 se presentan los resultados obtenidos por los participantes que pertenecían a la condición PGI (n = 80), en función del grupo de Edad y de la condición Sexo. También en este caso, los resultados que se refieren a los Factor 5 y 6 se pueden considerar que indican actitudes sexuales más liberales.

Entre los participantes pertenecientes a la PGI, se encontró que en la categoría Edad, los mayores obtuvieron puntuaciones que indican actitudes más liberales en el Factor 2 ($F_{(1,77)} = 7.156$; $p = 0.009$; $d = 0.207$; $\eta^2 = 0.085$), en el Factor 3 ($F_{(1,77)} = 6.918$; $p = 0.010$; $d = 0.138$; $\eta^2 = 0.082$) y en Actitud global ($F_{(1,77)} = 4.297$; $p = 0.042$; $d = 0.055$; $\eta^2 = 0.053$). Atendiendo al Sexo, las mujeres mostraron actitudes más liberales que lo hombres, en el Factor 6 (desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela) las $F_{(1,77)} = 10.575$; $p = 0.002$; $d = 0.200$; $\eta^2 = 0.121$.

En la Tabla 5 se presentan los resultados obtenidos por los participantes que pertenecían a la categoría ACI (n = 46), en función las condiciones Edad y Sexo. Del mismo modo que cuando se consideraba la totalidad de la muestra, solo los resultados que se refieren a los Factor 5 y 6 se pueden considerar que informan de actitudes liberales respecto a esas dimensiones de la sexualidad.

Exceptuando el Factor 1, entre los participantes con la característica ACI, no se encontraron diferencias estadís-

Tabla 5.

Puntuaciones medias (y DT) obtenidas en el cuestionario de actitudes sexuales por los participantes de la condición ACI (n = 46): puntuación por factores y escala en su conjunto (media global).

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Global
Mayores (n = 26)	1,327 (0,156)	1,221 (0,324)	1,950 (0,127)	0,086 (0,220)	3,230 (0,254)	2,219 (0,260)	1,619 (0,100)
Jóvenes (n = 20)	1,225 (0,169)	1,212 (0,324)	1,940 (0,118)	0,056 (0,169)	3,158 (0,232)	2,185 (0,374)	1,574 (0,094)
Mujeres (n = 12)	1,257 (0,141)	1,239 (0,339)	1,973 (0,054)	0,54 (0,159)	3,181 (0,265)	2,148 (0,301)	1,587 (0,094)
Hombres (n = 11)	1,304 (0,192)	1,195 (0,308)	1,917 (0,161)	0,092 (0,232)	3,217 (0,227)	2,181 (0,416)	1,565 (0,119)

Nota: Factor 1: *Responsabilidad, libertad y opinión que nos merece la juventud.* Factor 2: *Pornografía y prostitución.* Factor 3: *Masturbación, fantasías y educación Sexual.* Factor 4: *Nudismo, caricias y coito fuera del matrimonio.* Factor 5: *Conducta homosexual, infecciones de transmisión sexual.* Factor 6: *Desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela.*

ticamente significativas en las puntuaciones obtenidas por Hombres vs. Mujeres ni en las comparaciones que se llevaron a cabo entre Mayores y Jóvenes, En este factor, las personas incluidas en el grupo de “mayores” mostraron una actitud más liberal que los “jóvenes” en relación con las cuestiones que trata ese factor 1 (Responsabilidad, libertad y opinión que nos merece la juventud), resultando estadísticamente significativas esas diferencias ($F_{(1,43)} = 4.468; p = 0.040; d = 0.168; \eta^2 = 0.94$).

En un análisis más detallado del grupo de personas ACI, se encontró que las diferencias halladas en este factor 1 en función de la edad, se producía entre las Mujeres; así, las mujeres mayores se mostraron más liberales que las jóvenes ($F_{(1,24)} = 7.792; p = 0.011; d = 0.145; \eta^2 = 0.271$). Estas diferencias entre Mujeres ACI, en función de la edad, se producían también en los factores: Factor 5 ($F_{(1,24)} = 6.279; p = 0.021; d = 0.213; \eta^2 = 0.230$), Factor 6 ($F_{(1,24)} = 4.938; p = 0.036; d = 0.212; \eta^2 = 0.171$) y Global ($F_{(1,24)} = 45.074; p = 0.035; d = 0.09; \eta^2 = 0.195$). En todos los casos las mujeres ACI que son más mayores se muestran más liberales que las más jóvenes. Estas mismas comparaciones (Mayores/Jóvenes) realizadas para el caso de los hombres no mostraron diferencias estadísticamente significativas en ningún caso.

Discusión y conclusiones

En general, los participantes en este estudio manifestaron actitudes sexuales que se puede calificar como conservadoras, si exceptuamos los factores 5 y 6. Las cuestiones relacionadas con lo que se recoge en esos factores (homosexualidad, ITS, aborto y educación sexual) son probablemente algunos de los temas que más frecuentemente son abordados por los medios de comunicación y a los que mayor atención prestan las instituciones educativas y de la salud. En nuestra opinión, es esto lo que permitiría explicar unas actitudes más positivas, liberales, sobre estos asuntos. En cuanto al factor 4 (nudismo, caricias y coito fuera del matrimonio) se produce el efecto contrario. Es en este factor, que trata de cuestiones más específicamente íntimas y de conducta explícitamente sexual, donde se manifiestan las actitudes más conservadoras.

Los participantes ACI mostraron resultados que indican una mayor homogeneidad, en sus actitudes sexuales, que lo encontrado en la PGI, donde las comparaciones Hombres-Mujeres y Mayores-Jóvenes, han producido diferencias estadísticamente significativas en diversos factores. Además, la muestra de la población ACI del presente estudio, manifiesta actitudes con más tendencia al conservadurismo sexual que la PGI Sin embargo, los resultados no son estadísticamente significativos salvo en el Factor 2 (pornografía y prostitución), donde los participantes ACI mostraron actitudes más conservadoras que las

personas PGI. Se puede señalar que estos resultados son congruentes con lo indicado por Clark (2002) con respecto a las características afectivas y actitudinales de las personas ACI. El estudio de los resultados, considerando la categoría Sexo, ha mostrado que las Mujeres puntuaban como más liberales en el Factor 3 (masturbación, fantasías y educación sexual) y en el Factor 6 (desarrollo sexual, aborto y educación sexual en familia y escuela). Al menos en parte, los temas que se abordan en estos factores, son asuntos en los que posiblemente la sensibilización de las mujeres sea más alta que la de los hombres, lo que se dejaría notar en actitudes más liberales (por ejemplo en lo que respecta al aborto). Además, estos resultados son congruentes con los encontrados por Vega et al. (2017) quienes, en un estudio con población universitaria, encontraron que, con respecto al sexo, las mujeres manifiestan unas actitudes más liberales, aunque refieren un comportamiento sexual más convencional que los varones.

En las comparaciones realizadas entre los grupos de la condición Edad, los Mayores se muestran, en general, como más liberales, siendo esta diferencia estadísticamente significativa en el Factor 2 y en el resultado global de la escala. Estos resultados son congruentes con Halpern et al. (2000) y Kahn et al. (2018) que concluye que los jóvenes ACI son menos impulsivos y retrasan sus relaciones sexuales por temor a las consecuencias. Por otro lado, diversos estudios sostienen que recibir una educación sexual saludable es fundamental para el desarrollo de actitudes responsables y que las actitudes se van configurando a lo largo de los años y de la experiencia y aprendizaje (Uribarri y Santamaría, 2000) lo que explicaría una paulatina liberación de tabúes sociales respecto a la sexualidad conforme se gana en edad.

Cuando se tuvo en cuenta solamente a las personas PGI (Tabla 4) se observó que, aunque este grupo se mostró como “conservador” en la mayoría de sus factores, presentó actitudes más “liberales” en lo relacionado con las conductas homosexuales y con lo relativo a infecciones de transmisión sexual (Factor 5) y también en lo relacionado con el desarrollo sexual, aborto y educación para la salud sexual (Factor 6), probablemente, debido a que los temas que recogen estos factores son los que están más relacionados con recibir información en materia de educación para la salud sexual. En cuanto al Sexo, las mujeres PGI

se mostraron más liberales que los hombres en actitudes que tienen que ver con el aborto (Factor 6). La elección de tener o no tener hijos, el derecho a acceder a la información y a servicios de salud sexual en materias de contracepción, son cuestiones que, como se sabe, preocupan y movilizan a las mujeres, y en muchas ocasiones los hombres tienden a identificarse más como actores secundarios que pueden colaborar positiva o negativamente en los procesos vividos más de cerca por las mujeres (Figueroa y Sánchez, 2000). Por otro lado, también en esta muestra de PGI, las Personas Mayores se mostraron más liberales que los jóvenes en los factores que expresan actitudes relativas a la pornografía y prostitución (Factor 2) o a la masturbación, fantasías y educación sexual (Factor 3) En este sentido, Plaud y Bigwood (1997) señalan que a mayor experiencia sexual, mayor número y manifestación de fantasías sexuales. Por tanto si tenemos en cuenta los estudios que señalan que las actitudes se van configurando a lo largo de los años y de la experiencia y aprendizaje (Uribarri y Santamaría, 2000), podemos encontrar justificación a estos resultados.

En la misma línea que la muestra PGI, las personas ACI tienden al conservadurismo, excepto en los Factores 5 y 6, sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones realizadas en ninguno de los factores o en la puntuación global. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre el Sexo masculino y el Sexo femenino. Esta similitud entre ambas muestras PGI- ACI, en el continuo actitudinal liberalismo-conservadurismo, resulta congruente con los estudios que señalan que los individuos más dotados no son diferentes a los de la población general en cuestiones relativas a la adaptación social, con la que estas actitudes guardan una estrecha relación (Borges et al., 2017).

Parece interesante destacar las diferencias halladas entre mujeres mayores ACI y mujeres jóvenes ACI. Las mujeres más mayores de la muestra ACI se mostraron como más liberales que las mujeres jóvenes ACI; sobre todo en lo referido a la responsabilidad y respeto a las opiniones de la juventud, y también en lo relacionado con las infecciones de transmisión sexual, aborto y la educación sexual. Un estudio realizado con una muestra universitaria sobre actitudes hacia la sexualidad, concluyó que de entre las mujeres adultas, las más jóvenes tienen menor experiencia

sexual porque tienden a presentar actitudes más negativas hacia las conductas sexuales (García et al., 2019). Gómez-Zapíaín (2013) señala que una actitud sexualmente más conservadora está asociada a una menor experiencia sexual. Como se ve, los autores de ambos trabajos coinciden en que la actitud liberal se relaciona con el aprendizaje de información sexual y con un mayor grado de satisfacción sexual y por tanto con las experiencias y aprendizajes del individuo. Estos resultados también resultan congruentes con los del estudio de Halpern et al. (2000) y Kahn et al. (2018), que subraya que los jóvenes ACI se muestran menos impulsivos, retrasando sus relaciones sexuales por temor a las consecuencias, pudiendo calificarse su conducta como más conservadora en cuanto a actitudes sexuales. Se puede pensar que aún queda trabajo por hacer en el campo de la educación para la salud sexual, con el objetivo de construir sociedades más saludables desde el punto de vista sexual, y que promuevan una sexualidad positiva basada en una mayor satisfacción sexual (Gómez-Zapíaín, 2013).

Entre las posibles limitaciones de este trabajo se debe mencionar el modo de selección de la parte de la muestra correspondiente a ACI. Aunque se extremaron acciones para evitar “falsos positivos” y “falsos negativos” incluyendo la condición de responder coherentemente a tres cuestiones relacionadas con la característica de altas capacidades intelectuales, y se excluyeron los participantes que no reunían esta condición, es posible que este procedimiento no haya evitado por completo, no ya que entre los participantes ACI se incluyera alguno que no lo fuera, sino que entre los de la PGI se contara con algún participante que, de haberse evaluado específicamente, hubiera tenido que ser categorizado como perteneciente a ACI. En futuras investigaciones sobre este asunto sería conveniente incluir un proceso de evaluación que permitiera la clasificación más objetiva de los participantes como pertenecientes a ACI o a PGI.

Para finalizar, de acuerdo con Díaz et al. (2016) quienes utilizaron el mismo instrumento que hemos aplicado nosotros (ATSS), se puede señalar que posiblemente el cuestionario contenga cuestiones que reflejan ideas preconcebidas sobre sexualidad, y que aunque muchas de las ideas expuestas en el cuestionario, siguen siendo actuales, el lenguaje utilizado podría resultar obsoleto en el siglo

XXI. Por lo que, para trabajos futuros, sería conveniente la revisión de la escala, atendiendo a la homogeneidad de los factores, así como al etiquetado de los mismos.

Referencias

- Altas capacidades o Superdotados. (2020). *Asociación Española para Superdotados y con Talento*. <https://www.aest.es/altas-capacidades-intelectuales-o-superdotacion/>
- Borges, A., Hernández-Jorge, C. y Rodríguez-Naveiras, E. (2011). Evidencias contra el mito de la inadaptación de las personas con altas capacidades intelectuales [Evidence against the Myth of Adjustment Problems of People with High Intellectual Ability]. *Psicothema*, 23(3), 362–367.
- Borges, A., Tejera, J. y Rodríguez-Naveiras, E. (2017). Conocimientos y Mitos sobre Altas Capacidades [Knowledge and Myths about High Abilities]. *Talincrea: Revista Talento, Inteligencia y Creatividad*, 4(1), 40–51.
- Clark, B. (2002). *Growing up Gifted* (6ª ed). Merrill/Prentice Hall.
- Díaz, I., Gil, M., Morell, V., Salmerón, P. y Ruiz, E. (2016). Actitudes hacia la sexualidad: ¿Difieren las personas con discapacidad intelectual de la población general? [Attitudes towards Sexuality: Do People with Intellectual Disabilities of the General Population Differ?]. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 235–242. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.209>
- Diéguez, J. L., López, A., Sueiro, E. y López, F. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS) ampliada [Psychometric Properties of the Extended Attitudes Towards Sexuality Scale (ATSS)]. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 74, 46–56.

- Dijkstra, P., Barelds, D. H., Ronner, S. y Nauta, A. P. (2017). Intimate Relationships of the Intellectually Gifted: Attachment Style, Conflict Style, and Relationship Satisfaction among Members of the Mensa Society. *Marriage y Family Review*, 53(3), 262–280.
<https://doi.org/10.1080/01494929.2016.1177630>
- Fernández, M. P. (2008). *Características socioemocionales de las personas adolescentes superdotadas. Ajuste psicológico y negación de la superdotación en el concepto de sí mismas* (Tesis Doctoral), Universidad Pontificia de Comillas.
- Figueroa Perea, J. G. y Sánchez Olguín, V. (2000). La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto [The Presence of Men in the Discourse and Practice of Abortion]. *Papeles de Población*, 6(25), 59–82.
- Fisher, T. D. y Hall, R. G. (1988). (1988). A Scale for the Comparison of the Sexual Attitudes of Adolescents and their Parents. *The Journal of Sex Research*, 24(1), 90–100.
<https://doi.org/10.1080/00224498809551400>
- Fisher, W. A., Byrne, D., White, L. A. y Kelley, K. (1988). Erotophobia–erotophilia as a Dimension of Personality. *The Journal of Sex Research*, 25(1), 123–151.
<https://doi.org/10.1080/00224498809551448>
- Freeman, J. (2008). *The Emotional development of the gifted and talented. Conference proceedings. Gifted and Talented Provision*. Optimus Educational.
- García, A., Jiménez, O., Mora, M. A., Hurtado, M. A. y Suárez, L. (2019). Intervención grupal en educación sexual con estudiantes: actitudes hacia la sexualidad, masturbación y fantasías sexuales [Group Intervention in Sex Education with Students: Attitudes towards Sexuality, Masturbation, and Sexual Fantasies]. *Escritos de Psicología*, 12(1), 30–37.
- Gómez-Zapíaín, J. (2013). *Psicología de la sexualidad* [Psychology of Sexuality]. Alianza.
- Halpern, C. T., Joyner, K., Udry, J. R. y Suchindran, C. (2000). Smart Teens don't have Sex (or Kiss much Either). *Journal of Adolescent Health*, 26(3), 213–225.
[https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(99\)00061-0](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(99)00061-0)
- Kahn, N. F. y Halpern, C. T. (2018). The Relationship between Cognitive Ability and Experiences of Vaginal, Oral, and Anal Sex in the United States. *The Journal of Sex Research*, 55(1), 99–105.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1247149>
- Kitano, M. K. (1990) Intellectual Abilities and Psychological Intensities in Young Children: Implications for the Gifted. *Roeper review: A journal on Gifted Education*, 13(1), 5–10
<https://doi.org/10.1080/02783199009553296>
- Martin, L. T., Burns, R. M. y Schonlau, M. (2010). Mental Disorders among Gifted and Nongifted youth: A Selected Review of the Epidemiologic Literature. *Gifted Child Quarterly*, 54, 31–41
<https://doi.org/10.1177/0016986209352684>
- Martínez, R. S. (2011). Análisis comparativo sobre las actitudes de los estudiantes hacia sus compañeros con discapacidad [Comparative Analysis of Students' Attitudes toward their Classmates with Disabilities]. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(1), 197–216.
- Moral de la Rubia, J. (2010). Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad, un enfoque psicosocial [Religion, Meanings, and Attitudes Toward Sexuality: A Psychosocial Approach]. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1) 45–59.
- Petty, R. E., Wegener, D. T. y Fabrigar, L. R. (1997). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 48(1), 609–647.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1609>

Plaud, J. J. y Bigwood, S. J. (1997). A multivariate analysis of the sexual fantasy themes of college men. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 23(3), 221–230.

<https://doi.org/10.1080/00926239708403927>

Rodríguez, S. y Farré, J. M. (2004). Actitudes sexuales: Estudio piloto intergeneracional en un medio urbano [Sexual attitudes: Intergenerational pilot study in an Urban Environment]. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 69/70, 61–77.

Ruano, M. C. (2016). *Regulación emocional y habilidades sociales en niños con altas capacidades intelectuales* [Emotional Regulation and Social Skills in Children with High Intellectual Capacity] (Tesis doctoral), Universidad Complutense de Madrid, España.

Trillo-Luque, M. D. C. (2012). *Alta capacidad y género. Factores diferenciadores cognitivos y de personalidad en niños y niñas de alta capacidad* [High capacity and Gender. Cognitive and Personality differentiating Factors in high-Capacity Boys and Girls] (Tesis doctoral), Universidad de Córdoba, España.

Uribarri, I. S. y Santamaría, C. G. (2000). Actitudes y experiencia sexual en mujeres jóvenes [Attitudes and Sexual Experience in Young Women]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(9), 73–90.

Vega, E. G., Rico, R., y Fernández, P. (2017). Sexo, roles de género y actitudes sexuales en estudiantes universitarios [Sex, Gender Roles, and Sexual Attitudes in University Students]. *Psicothema*, 29(2), 178–183.