

UNIVERSIDAD DE GRANADA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Departamento de Personalidad, Evaluación
y Tratamiento Psicológico**



TESIS DOCTORAL

**AUTOEFICACIA Y OTROS PREDICTORES
PSICOSOCIALES DE LOS COMPORTAMIENTOS
SEXUALES Y SATISFACCIÓN SEXUAL
EN MUJERES JÓVENES**

Programa Oficial de Doctorado en Psicología (D13.56.1; RD 1393/2007)

PRESENTADA POR:
ADELAIDA IRENE OGALLAR BLANCO

DIRECTORA:
PROF^a. DR^a. D.^a DÉBORA GODOY-IZQUIERDO

Granada, 2017

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales

Autora: Adelaida Irene Ogallar Blanco

ISBN: 978-84-9163-336-3

URI: <http://hdl.handle.net/10481/47566>

COMPROMISO DE RESPETO DE LOS DERECHOS DE AUTOR

La doctoranda / *The doctoral candidate*, Adelaida Irene Ogallar Blanco, y la directora de la Tesis Doctoral / *and the Thesis supervisor*, Débora Godoy-Izquierdo:

Garantizamos, al firmar esta Tesis Doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de la directora de la Tesis y, hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Guarantee, by signing this Doctoral Thesis, that the work has been done by the doctoral candidate under the direction of the thesis supervisor and, as far as our knowledge reaches, in the performance of the work, the rights of other authors to be cited (when their results or publications have been used) have been respected.

Lugar y fecha / *Place and date*: Granada, 22 de mayo de 2017.

Directora de la Tesis / *Thesis supervisor*:

Doctoranda / *Doctoral candidate*:



Firmado / *Signed*

Firmado / *Signed*

Agradecimientos

Tengo que manifestar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que durante todo este tiempo me han ayudado en el desarrollo de este trabajo:

En primer lugar, quisiera agradecer de corazón a mi directora, la Prof.^a Dr.^a D.^a Débora Godoy Izquierdo por su enorme dedicación, sus buenas ideas, el buen criterio y la gran motivación y apoyo que me ha dado en la orientación y el desarrollo de este trabajo.

Al Prof. Dr. D. Juan F. Godoy por acompañarme en mis primeros pasos investigadores, en el diseño, la orientación, la puesta en marcha de este trabajo y gran parte de su desarrollo.

A todo el Grupo de Investigación Psicología de la Salud/Medicina Conductual por su apoyo y sus contribuciones, sus ideas y opiniones, que han completado y mejorado este trabajo, especialmente a la Prof.^a Dr.^a D.^a María Luisa Vázquez Pérez, Dr.^a D.^a Raquel Lara Moreno, D.^a Estefanía Navarrón Vallejo y D.^a María José Ramírez Molina.

Deseo dedicar un cariñoso agradecimiento a mis padres, por todo su afecto, su apoyo y sus opiniones, que tanto han aportado directa e indirectamente a este trabajo. Sin vuestra orientación, paciencia y buenos consejos no habría llegado hasta aquí. Y a todas mis amigas y amigos, que han estado y están ahí, aportando su apoyo y sus ánimos, y que me han brindado su ayuda y sus conocimientos en todo cuanto les ha sido posible. Gracias Cristina, Emmeline, Javi, M^a Angustias, Pilar, María y Alberto.

Por último, quiero agradecer también la participación y la colaboración de todas las mujeres que han sido entrevistadas y han completado los autoinformes, que han aportado los datos imprescindibles para esta investigación, por el esfuerzo que supone dedicar su tiempo a contestar preguntas de esta índole.

A todas y a todos, ¡MUCHÍSIMAS GRACIAS!

Todos los ríos van al mar, pero el mar nunca se desborda.

Índice

Resumen.	13
Parte I: Introducción general.	
Capítulo 1: Salud y salud sexual.	19
Capítulo 2: Satisfacción sexual.	31
2.1. Definiciones de satisfacción sexual.	31
2.2. Correlatos y predictores de la satisfacción sexual.	33
2.3. Instrumentos de medida de la satisfacción sexual.	37
Capítulo 3: Predictores psicosociales del comportamiento sexual y la satisfacción sexual.	51
3.1. Conocimientos, actitudes, creencias y valores en relación con la sexualidad y comportamiento sexual.	52
3.2. La teoría de la autoeficacia de A. Bandura.	57
3.2.1. Autoeficacia, comportamiento sexual y su relación con otras variables socio-cognitivas.	60
3.2.2. Revisión de la evidencia entre variables socio-cognitivas, autoeficacia, comportamiento sexual y satisfacción sexual.	65
3.3. Instrumentos de medida para la autoeficacia sexual y otras variables socio-cognitivas y el comportamiento sexual.	66
3.3.1. Instrumentos de medida para las variables socio-cognitivas.	66
3.3.2. Instrumentos de medida para comportamientos sexuales.	82
3.3.3. Instrumentos de medida para autoeficacia en relación con la sexualidad.	85
Parte II: Objetivos e hipótesis.	
Capítulo 4: Objetivos generales y específicos e hipótesis.	97
Parte III: Metodología.	
Capítulo 5: Desarrollo de los instrumentos de medida utilizados.	107
5.1. Entrevista.	107
5.1.1. Entrevista para la evaluación de conocimientos, creencias, actitudes y valores en relación con la sexualidad, comportamientos sexuales y satisfacción sexual.	111
5.1.2. Criterios de codificación de las preguntas sobre conocimientos.	119

5.1.3. Criterios de codificación de las preguntas sobre creencias.	134
5.1.4. Criterios de codificación de las preguntas sobre actitudes.	141
5.1.5. Criterios de codificación de las preguntas sobre valores.	153
5.1.6. Criterios de codificación de las preguntas sobre comportamientos.	154
5.2. Medidas de autoinforme sobre sexualidad.	156
Capítulo 6: Participantes, procedimiento y análisis estadísticos.	167
Parte IV: Estudios empíricos.	
Capítulo 7: Estudio 1. Sexual satisfaction among young women: The frequency of sexual activities as a mediator.	177
Abstract.	177
Introduction.	178
Method.	180
Participants.	180
Measures.	182
Procedure.	185
Study design and data analyses.	185
Results.	187
Discussion.	192
References	198
Capítulo 8: Estudio 2. Sexual self-efficacy and perceived importance of a healthy sexuality as mediators in the relationship between sexual behaviours and sexual satisfaction among young women	207
Abstract.	207
Introduction.	208
Method.	212
Participants.	212
Measures.	213
Procedure.	216
Study design and data analyses.	216
Results.	218
Discussion.	221
References.	231

Capítulo 9: Estudio 3. Multidimensional psychosocial profiles clustering predictors of sexual behaviour and sexual satisfaction among young women: A person-oriented approach	241
Abstract.	241
Introduction.	242
Method.	247
Participants.	247
Measures.	249
Procedure.	251
Study design and data analyses.	251
Results.	253
Discussion.	258
References.	267
Parte V: Discusión general, limitaciones y perspectivas futuras. Conclusiones.	
Capítulo 10: Discusión general, limitaciones y perspectivas futuras.	279
10.1. Discusión general.	279
10.2. Limitaciones.	296
10.3. Perspectivas futuras.	297
Capítulo 11: Conclusiones generales.	303
Referencias bibliográficas.	311
Anexos.	
Anexo I: Derechos Sexuales según la WAS, 2014.	341
Anexo II: Ficha consentimiento informado de la entrevista.	347
Anexo III: Información y consentimiento informado de los autoinformes.	351

Resumen.

Esta Tesis Doctoral pretende investigar la sexualidad femenina desde el punto de vista de la promoción de la salud sexual, el bienestar y la calidad de vida. Propusimos que la satisfacción sexual (tanto individual como en pareja) podría ser considerada un indicador de estos niveles de calidad o salud sexuales. Pretendemos analizar la influencia de variables social-cognitivas individuales e interpersonales en los niveles de satisfacción sexual de mujeres en su adolescencia tardía y adultez joven. Al analizar cuáles pueden ser los facilitadores o predictores de la satisfacción sexual pretendemos obtener información relevante para el diseño de investigaciones en el área y programas de intervención, orientados no sólo a la prevención, sino también a la promoción de la salud sexual.

Nuestro primer estudio analiza la relación entre varios predictores cognitivo-motivacionales del comportamiento sexual (creencias, conocimientos, actitudes y valores), las conductas sexuales, la frecuencia de actividades sexuales y diferentes dimensiones de la satisfacción sexual (individual/de pareja y actual/deseada). Empleamos un paradigma mixto de investigación. Para recabar los datos diseñamos una entrevista semiestructurada que fue administrada a mujeres jóvenes. El análisis de correlaciones indicó que no se establecían las relaciones directas esperadas, por lo que se exploraron posibles efectos indirectos. Los análisis de mediación revelaron que los comportamientos sexuales se asocian a la satisfacción sexual (actual) de forma directa e indirecta a través de la frecuencia con que se practican las actividades sexuales en un (probable) efecto de mediación parcial.

El segundo estudio explora la relación entre las mismas dimensiones de la satisfacción sexual, comportamientos sexuales, autoeficacia sexual y la importancia concedida a tener una sexualidad activa y satisfactoria en una muestra de 265 mujeres jóvenes. Realizamos un estudio descriptivo y exploratorio con diseño correlacional. Las correlaciones revelaron las asociaciones directas esperadas entre las variables y sugirieron la conveniencia de explorar posibles efectos de mediación. Dichos análisis indicaron que los comportamientos sexuales se relacionan con la satisfacción sexual global directa e indirectamente a través de la autoeficacia y la importancia concedida a la sexualidad.

El último estudio pretendía establecer si existen configuraciones multidimensionales intraindividuales de predictores social-cognitivos del comportamiento sexual que se relacionen de manera diferente con el comportamiento y la satisfacción sexual. Realizamos un análisis de conglomerados, que indicó la existencia de tres grupos: el de bajo riesgo incluía mujeres con conocimientos más apropiados, actitudes y creencias más flexibles y saludables y creencias de autoeficacia más fuertes. El grupo de alto riesgo mostraba comparativamente niveles muy bajos en todas las variables. El de riesgo moderado incluía mujeres con conocimientos menos apropiados, creencias y actitudes más sesgadas, pero comparativamente fuertes creencias de autoeficacia, que pudiera resultar falaz o excesiva. También diferían en su nivel de religiosidad, siendo el grupo de riesgo moderado el que mostraba un mayor grado. Estos tres perfiles influyen de manera diferente sobre el comportamiento y la satisfacción, siendo el grupo con mejores competencias cognitivo-motivacionales el que mejores resultados obtuvo. Además, hemos confirmado que la autoeficacia constituye un factor central para el comportamiento y la satisfacción sexual.

Todos estos hallazgos tienen interesantes aplicaciones prácticas en términos de educación sexual y promoción de la salud sexual en mujeres jóvenes.

PARTE I

INTRODUCCIÓN GENERAL

CAPÍTULO 1:
SALUD Y SALUD SEXUAL

La libertad y la salud se asemejan: su verdadero valor se conoce cuando nos faltan.

Esta frase de Henry Becque define con bastante acierto la concepción que se tenía de la salud hasta el siglo pasado. Esta afirmación pone el énfasis en la concepción negativa de la salud a la que hacían referencia las primeras definiciones de este concepto y que en parte reflejaban la idea general que la población tenía sobre el término: la salud es la ausencia de enfermedad. Sólo en tanto en cuanto aparecen los síntomas de algún problema (físico o mental) se aprecia realmente lo valiosa que es la salud, la pérdida de un estado que cuando estaba presente apenas si era valorado.

Esta conceptualización de la salud estuvo presente hasta al menos la primera mitad del siglo XX, momento en el que se puede observar un gran cambio en la forma de plantearse la salud. De las múltiples modificaciones que ha sufrido la definición de salud, la más importante fue la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el preámbulo de su carta de constitución, vigente desde el año 1948. Según esta definición, la salud es: “... *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades. El disfrute del mayor nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano...*” (p. 1). Aunque esta definición ha sido cuestionada en posteriores ocasiones, principalmente debido a la subjetividad del concepto "completo bienestar" que, además de poder resultar poco operativizable, también puede suponer un ideal de perfección difícilmente alcanzable, su principal interés radica en que supera con creces las limitaciones de las concepciones negativas anteriores. Se aprecia en esta definición la nueva importancia concedida a la salud, que deja de considerarse sólo un fin o una meta que debe alcanzarse, una cuestión de todo o nada (la persona o está sana, o está enferma), para conceptualizarse como un estado que se debe cuidar o mantener al máximo de sus posibilidades. Así mismo, se incluyen de esta forma diferentes grados de salud, creando un continuum de menos saludable a más saludable y añadiendo, además, el concepto de bienestar, que implica que no basta con no tener una afección, sino que el estar sano/a implica cierto grado de confortabilidad, satisfacción, placer o felicidad. Además de enriquecer el concepto de salud, añadiéndole diferentes grados y cierta subjetividad, otorga a la salud la categoría de derecho fundamental cuyo respeto debe ser garantizado por los gobiernos de todos los países: “*los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos [...] mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.*” (OMS, 1948, p. 1).

Basándose en la idea de la salud como valor o derecho, y en un intento de superar las limitaciones de la definición de la OMS, desde la perspectiva de la Psicología de la Salud y desde el marco teórico de un modelo integrador, la salud se ha definido como: *“un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales y características ambientales cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial”* (Godoy, 1999, p. 43). Esta nueva definición trata de esclarecer que la salud no sólo es un estado de bienestar a diferentes niveles, sino un proceso constante en el que el individuo y el entorno en el que se desarrolla interaccionan para alcanzar el mejor grado de bienestar posible, recalcando de esta manera el concepto de “derecho fundamental” que todo país debe garantizar a su ciudadanía tanto a nivel individual como comunitario. Se convierte así la salud en un recurso para el bienestar y, por ello, en un valor fundamental por el que hay que trabajar duramente a diferentes niveles: biológico, psicológico y social.

En consonancia con la definición de salud, la enfermedad queda definida, por tanto, como: *“la pérdida, momentánea o duradera, de este equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas y/o sociales”* (Godoy, 1999, p. 43). De aquí se deriva que la salud no es solamente un estado caracterizado por la ausencia de la enfermedad, sino un proceso que se alcanza cuando ésta está ausente y, además, la persona (o comunidad) siente un estado aceptable de bienestar en la mayoría de los ámbitos de la salud.

Entender la salud como un derecho humano fundamental, como un valor, implica por lo tanto trabajar para buscar el equilibrio en todas las dimensiones (biopsicosociales) y los componentes de la vida humana, abordando este trabajo desde un punto de vista multidisciplinar. Uno de los pasos necesarios para lograr este equilibrio es desarrollar e implementar estrategias de promoción de la salud que complementen a las estrategias encaminadas a la prevención -primaria, secundaria y terciaria- de la enfermedad.

Dentro de la salud existen muchos campos de especialización que pretenden promocionar (proteger y mejorar la calidad de vida y maximizar el bienestar) algún ámbito específico de la salud humana, como el campo de la salud mental, la salud física o la salud medioambiental. Un campo especialmente amplio y que es objeto de una atención creciente es el campo de la salud sexual.

Ya la propia OMS en la reunión sobre educación y tratamiento de la sexualidad humana celebrada en Ginebra en el año 1975, advertía que los problemas relacionados con la sexualidad humana eran un factor muy importante y hasta entonces poco reconocido, que afectaba al bienestar y la salud de las personas en muchas culturas. También advertía que existía una relación significativa entre algunos problemas de salud y calidad de vida y la “ignorancia sexual”. Con vistas a solucionar los problemas derivados de esta “ignorancia sexual” y para promocionar la salud sexual, uno de los primeros temas tratados en la reunión fue la definición de este término. De este modo, la primera definición aceptada internacionalmente fue:

La salud sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, de tal forma que enriquezca positivamente y mejoren la personalidad, la comunicación y el amor. El derecho a recibir información sexual y el derecho al placer son fundamentales en relación a este concepto. (OMS, 1975, p. 6).

Asimismo, el informe concreta (aviniéndose a las aportaciones previas del informe realizado por Mace, Bannerman y Burton en 1974), que la definición de salud sexual debía incluir estos tres elementos básicos (OMS, 1975, p. 6):

(1) la capacidad de disfrutar y controlar el comportamiento sexual y reproductivo, según la ética personal y social.

(2) estar libres de miedos, vergüenza, culpa, falsas creencias y otros factores psicológicos que puedan inhibir la respuesta sexual y perjudicar las relaciones sexuales.

(3) estar libres de alteraciones médicas, enfermedades y deficiencias que puedan interferir con las funciones sexuales y reproductivas.

En este mismo documento, la OMS concluye que conceptualizar la salud sexual de esta manera implica acercarse *positivamente* a la sexualidad humana, siendo la mejora de la vida y las relaciones personales el propósito fundamental del cuidado de la salud sexual, y no solamente el asesoramiento en cuestiones reproductivas o sobre enfermedades de transmisión sexual. Esta perspectiva, junto con la inclusión de la idea de que el *placer*, y

no sólo la reproducción, son los objetivos de una sexualidad humana saludable, enfatizan la idea de que las intervenciones no tienen por qué limitarse al ámbito de la prevención sino que pueden y deben ampliarse al de la promoción, reafirmando que una sexualidad saludable no sólo es aquella que carece de enfermedades o coacciones, sino que permite el placer y la satisfacción.

Con posterioridad a esta definición, otros autores e instituciones han propuesto sus propias definiciones del término añadiendo importantes matices a la definición de la OMS. Según el estudio realizado por Edwards y Coleman (2004), el Consejo de Educación e Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos (*Sexuality Information and Educational Council of the United States* [SIECUS]) presentó en 1995 una definición en la que hacían explícita la importancia del desarrollo sexual y de la valoración de la imagen corporal. Por su parte, Lottes (2000, citado en Edwards y Coleman, 2004) añadió a su definición la importancia de la autoestima y del respeto mutuo.

Una de las definiciones más interesantes, y la que más impacto ha tenido, fue la propuesta por la Oficina Regional para las Américas de la OMS: la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en colaboración con la Asociación Mundial para la Salud Sexual¹ (*World Association for Sexual Health* [WAS]), en la consulta regional celebrada en Guatemala en el año 2000:

El término "salud sexual" se refiere a la experiencia del proceso continuo de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción, enfermedad o discapacidad. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. (OPS, OMS y WAS, 2000, p. 9).

¹ La Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS, por sus siglas en inglés) se fundó en 1978 con la intención de promocionar la salud sexual y los derechos sexuales a nivel mundial. En sus orígenes se denominaba Asociación Mundial de Sexología (*World Association for Sexology*) por lo que en algunos documentos más antiguos aparece mencionada con este nombre.

Esta definición es importante porque añade en la definición el concepto de "*derechos sexuales*". El grupo de expertos reunidos en esta consulta regional recomendaba encarecidamente que las diferentes organizaciones internacionales promoviesen el consenso sobre la declaración de los derechos sexuales universales del ser humano que la Asociación Mundial para la Salud Sexual había propuesto en el decimotercer Congreso Mundial de Sexología celebrado en Valencia en 1997, y revisado y aprobado en el décimocuarto Congreso Mundial celebrado en Hong Kong en el año 1999: (1) Derecho a la libertad sexual; (2) Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo; (3) Derecho a la privacidad sexual; (4) Derecho a la equidad sexual; (5) Derecho al placer sexual; (6) Derecho a la expresión sexual emocional; (7) Derecho a la libre asociación sexual; (8) Derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables; (9) Derecho a información basada en el conocimiento científico; (10) Derecho a la educación sexual integral y (11) Derecho a la atención de la salud sexual.

Finalmente, tras las variadas modificaciones, actualizaciones y propuestas realizadas por diferentes autores e instituciones, la OMS propuso en el año 2002 la siguiente definición de salud sexual, que sigue vigente en la actualidad:

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos. (p. 5).

Tal y como se puede observar, esta definición de salud sexual es perfectamente coherente con el modelo y la definición de salud que proponíamos anteriormente. Según dicho modelo integrador de salud, una visión amplia y completa de la sexualidad humana debe tener en cuenta aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales, dado que la vivencia de la sexualidad, su comprensión y expresión se ven afectados por estos tres aspectos. El Consejo de Educación e Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos (SIECUS) ha propuesto incluso cuáles son los comportamientos que manifiesta una

persona adulta sexualmente saludable, como son: valorar su propio cuerpo (dimensión biológica), afirmar su orientación sexual (dimensión psicológica), respetar la orientación sexual de los demás (dimensión social), disfrutar y expresar su sexualidad durante el transcurso de su vida (componente de bienestar o placer), etc. (OPS, OMS y WAS, 2000).

Otro aspecto importante a destacar de la definición de la OMS de 2002 es la mención de los “derechos sexuales” que ya incorporaba la definición propuesta por la OPS, OMS y WAS en el año 2000. La OMS define el concepto "*derechos sexuales*":

Los derechos sexuales comprenden los derechos humanos ya reconocidos en las leyes nacionales, los documentos sobre derechos humanos internacionales y otras declaraciones consensuadas. Incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia a:

- ❖ *Alcanzar el mayor nivel posible de salud sexual, incluyendo el acceso a los servicios de cuidado de la salud sexual y reproductiva.*
- ❖ *Buscar, recibir y divulgar información relacionada con la sexualidad.*
- ❖ *La educación sexual.*
- ❖ *Al respeto por la integridad corporal.*
- ❖ *Elegir a su pareja.*
- ❖ *Decidir ser sexualmente activo/a o no serlo.*
- ❖ *Tener relaciones sexuales consensuadas.*
- ❖ *Contraer matrimonio de manera consensuada.*
- ❖ *Decidir tener hijos/as o no tenerlos/as, y en qué momento.*
- ❖ *Perseguir una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.*

El ejercicio responsable de estos derechos requiere que todas las personas respeten los derechos de las demás. (OMS, 2002, p. 5).

Aunque la OMS define y especifica cuáles son algunos de los derechos sexuales de las personas, también afirma que estas definiciones deben considerarse como una contribución para el avance de la comprensión en el campo de la salud sexual y no deben considerarse una postura oficial de la OMS (2002).

Aunque las recomendaciones de la OMS en relación a los derechos sexuales son completas y buscan cumplir con todos los requisitos propuestos para alcanzar una aceptable salud sexual, es interesante mencionar aquí la propuesta de la WAS en relación a los derechos sexuales. La lista de derechos sexuales que la OPS, OMS y WAS incluyeron en su definición de salud sexual propuesta en el 2000 y cuyo consenso promovían fue reafirmada en la Declaración de la WAS: "*Salud sexual para el milenio*" (2008) y su revisión fue aprobada por el consejo consultivo de la WAS en marzo de 2014. El anexo I muestra la actual declaración de los derechos sexuales.

Tal y como se puede observar, tanto la salud en general como la salud sexual en particular, se conciben como un derecho humano básico y fundamental. Además, una visión amplia y completa de la sexualidad humana saludable debe tener en cuenta aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales, dado que la vivencia de la sexualidad, su comprensión y expresión se ven afectados de forma holística por estos tres aspectos. Por último, el interés se centra no sólo en evitar o curar la enfermedad o los trastornos sexuales, sino en alcanzar el mayor grado posible de bienestar, calidad de vida y placer o satisfacción sexual, siendo éste último un componente subjetivo y psicológico central en la experiencia sexual cuya naturaleza y relación con otras variables ha sido poco explorada (Bridges, Lease y Ellison, 2004).

Sin embargo, a pesar del interés a nivel conceptual de mejorar y promocionar la salud sexual aumentando los niveles de satisfacción y bienestar, y no sólo de prevenir la enfermedad, la mayor parte de la literatura científica existente sobre salud sexual, en particular sobre la sexualidad entre adolescentes y jóvenes, se centra en la prevención de riesgos y alteraciones y no en las dimensiones positivas del placer, el bienestar o la satisfacción sexual (Ehrhardt, 1996). Esto es especialmente cierto en el caso de las mujeres, sobre todo las pertenecientes a etnias minoritarias (Impett y Tolman, 2006). Es cierto que en la actualidad existe una gran diversidad de problemas sociales relacionados con la ausencia de salud sexual. Por ejemplo, en 2010 España tenía una de las mayores tasas de prevalencia de infecciones por VIH de toda la UE (Espada, Morales, Orgilés, Piqueras y Carballo, 2013) y la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs) entre mujeres de hasta 24 años es del 26.5 por cada 1.000 mujeres (datos informados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para 2014). Sin embargo, a pesar de

la existencia de numerosas investigaciones e intervenciones terapéuticas y preventivas orientadas a solucionar o evitar problemas relacionados con la sexualidad, especialmente la sexualidad adolescente, que han tenido mayor o menor éxito (el número de nuevos casos de SIDA diagnosticados en nuestro país ha disminuido progresivamente y de manera constante desde 1994 hasta 2013, llegando a ser diez veces menor (INE, 2016), y el número de interrupciones voluntarias del embarazo se ha ido reduciendo ligeramente desde 2005) lo cierto es que las intervenciones destinadas a mejorar los niveles de satisfacción y bienestar sexual han sido escasas.

Además, la mayoría de las investigaciones sobre prevención primaria han intentado explicar la salud sexual centrándose en características individuales y los comportamientos de riesgo personales (e.g., Callejas et al., 2005; Planes, Gras y Soto, 2002). Sin embargo, tanto las definiciones y recomendaciones propuestas hasta ahora como la evidencia sugieren que los niveles de salud de la población no se pueden explicar adecuadamente como un factor individual (biológico o psicológico) exclusivamente. Las aproximaciones más prometedoras para favorecer la promoción de la salud sexual son las ecológicas (que incluyen la dimensión social) (Shoveller, Johnson, Savoy y Pietersma, 2006).

Por otra parte, en la investigación sobre la sexualidad humana se ha dado una mayor importancia a la etapa de la adolescencia y juventud. Esta importancia se debe, en parte, a que los niveles de salud y bienestar de este grupo de edad se encuentran más amenazados por problemas de salud, como los embarazos no deseados y las infecciones por VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, que en cualquier otro grupo (Sommer y Mmari, 2015). Sin embargo, la importancia concedida a esta etapa de la vida muchas veces puede ser consecuencia de una concepción todavía negativa de la sexualidad. Pese a que la sexualidad es una constante en nuestra vida y somos seres sexuados desde nuestro nacimiento hasta nuestra muerte, la investigación e intervenciones en la adolescencia y juventud suelen responder a la creencia de que en esta fase del desarrollo se produce un despertar sexual que puede conllevar un riesgo para la salud, en el sentido de que aumenta la probabilidad de que se contagien enfermedades de transmisión sexual o de que se produzcan embarazos no deseados. Esto es especialmente relevante en el caso de las mujeres.

Por este motivo, casi todos los estudios sobre sexualidad en los adolescentes y adultos jóvenes se centran en la prevención (de enfermedades, embarazos, problemas interpersonales, etc.) y no en la promoción de la salud, y se orientan a investigar variables relacionadas con la prevención de comportamientos de riesgo que pueden tener como consecuencias embarazos no deseados o la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual (Bahamón Muñetón, Vianchá Pinzón y Tobos Vergara, 2014; Espada et al., 2013; Ramiro et al., 2014).

En conclusión, a pesar del desarrollo que los conceptos de salud y salud sexual han tenido desde mediados del siglo pasado y de la importancia concedida a la promoción de la salud sexual y su abordaje desde el punto de vista biopsicosocial, la mayoría de las investigaciones e intervenciones que se realizan actualmente siguen centradas fundamentalmente en el área del tratamiento/rehabilitación y la prevención primaria de problemas sexuales, desde el punto de vista biológico y psicológico, de poblaciones de riesgo, y son pocas las intervenciones o investigaciones orientadas a la promoción de la salud sexual, tratando de adoptar una perspectiva más social, además de individual o psicológica. Por lo tanto, si consideramos que la salud es un área fundamental de la experiencia humana y que la salud sexual es una parte importante de ésta, resulta más adecuada para afrontar su estudio la perspectiva de promocionar una salud sexual placentera y saludable, más allá de la prevención o tratamiento de las disfunciones o problemas sexuales, en sintonía con los objetivos de la Psicología de la Salud, que enfatiza la importancia de promocionar en un sentido positivo la salud, el bienestar y la calidad de vida.

CAPÍTULO 2:
SATISFACCIÓN SEXUAL

En este capítulo analizamos en detalle el constructo "*satisfacción sexual*", la principal variable de resultado en todos los estudios de la parte IV. El motivo principal por el cual se eligió la satisfacción sexual como variable de resultado se debe a que consideramos que ésta puede ser un buen indicador de los niveles de salud sexual en relación a ese "grado posible de bienestar, calidad de vida y placer" al que hacen referencia las definiciones de salud sexual expuestas en el primer capítulo. Averiguar qué factores inciden, se asocian o pueden predecir la satisfacción sexual podría resultar, por tanto, fundamental para saber sobre qué variables es necesario intervenir y en qué sentido hay que hacerlo para promocionar de ese modo la salud sexual.

2.1. Definiciones de satisfacción sexual.

Al contrario de lo que sucede con términos como *funcionamiento sexual* o *disfunción sexual*, que cuentan con definiciones claras y ampliamente aceptadas, encontrar una definición consensuada del constructo *satisfacción sexual* resulta complicado (Rosen y Bachmann, 2008). La existencia de tanta variedad de definiciones se debe, fundamentalmente, a dos razones. En primer lugar, como todo lo concerniente a la sexualidad humana, el concepto satisfacción sexual está muy influido por las diferentes perspectivas culturales: aquello que se considera correcto, aceptable o importante en una cultura puede no serlo para otra. Por otra parte, es un concepto muy subjetivo, sometido tanto a la opinión y experiencia de la persona cuyos niveles se intenta evaluar, como a las opiniones y experiencias de los expertos/as que tratan de conceptualizarla y medirla, de forma tal que casi cada autor/a que ha investigado este constructo ha puesto el énfasis en diferentes aspectos del mismo y ha propuesto su propia definición.

Algunas definiciones han resultado ser demasiado simples e incluso tautológicas, al definir la satisfacción sexual sencillamente como el grado en el que una persona está satisfecha con su vida sexual (Pinney, Gerard, y Denney, 1987, citado en Lawrance y Byers, 1995). En otros casos se ha definido la satisfacción sexual simplemente como la ausencia de insatisfacción sexual, como la ausencia de disfunciones sexuales, o en función de la cantidad y/o calidad de las actividades sexuales o del funcionamiento sexual (por ejemplo, en términos de frecuencia o consistencia orgásmica) (Holt, 2015). Sin embargo, estas definiciones resultan incompletas y limitadas. Por ejemplo, conceptualizar la

satisfacción sexual simplemente como la ausencia de una disfunción no resulta suficiente, ya que una persona sin disfunciones sexuales o sin alteraciones del funcionamiento sexual podría no experimentar satisfacción en relación a su vida sexual, experimentar un nivel muy bajo o valorarlo como insuficiente (e.g., Cain et al., 2003; Laumann, Paik y Rosen, 1999, citado en Rosen y Bachmann, 2008). De igual modo, hay investigaciones que demuestran que la presencia de una disfunción sexual no está reñida con la experiencia de satisfacción sexual, lo que indica que existen otros factores aparte del funcionamiento sexual que influyen significativamente en la satisfacción sexual (Dundon y Rellini, 2010). Igualmente, una persona con problemas para alcanzar el orgasmo podría sentirse satisfecha con el resto de su actividad sexual.

Otras definiciones han ido más allá y han incorporado otras dimensiones importantes en la satisfacción sexual. Por ejemplo, se ha evaluado el grado en que una persona se siente feliz o satisfecha con los aspectos sexuales de su relación de pareja, el balance percibido entre las dimensiones positivas y negativas asociadas a una relación sexual (balance coste-beneficio) o el grado con el que la actividad sexual de una persona cumple o satisface sus expectativas (McClelland, 2011). Haavio-Manila y Kontula (1997) propusieron diferenciar entre la satisfacción sexual física, relacionada con la satisfacción que se obtendría al realizar ciertas prácticas sexuales (concretamente el coito), y la satisfacción sexual emocional, relacionada con la felicidad producida por las relaciones afectivas. Carrobbles y Sanz (1991) definieron la satisfacción sexual como la evaluación psicológica que una persona realiza en términos del grado de bienestar y plenitud experimentada en relación a su actividad sexual. Lawrance and Byers (1995) definieron la satisfacción sexual como "una respuesta afectiva surgida de la evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas con la relación sexual" (p. 268). Offman y Matheson (2005) (aunando los trabajos publicados por Hurlbert y Apt en 1994 y Lawrance y Byers en 1995) definen la satisfacción sexual como la respuesta afectiva que surge de las evaluaciones que cada persona realiza sobre su relación sexual, incluyendo la valoración de si se satisfacen sus necesidades sexuales y si se cumplen las expectativas propias y de la pareja. Por último, Gil (2007, citado en Penhollow, 2008) considera que la satisfacción sexual es una experiencia multidimensional que involucra pensamientos, sentimientos, actitudes personales y socioculturales y creencias, combinados con factores biológicos.

Estas últimas definiciones son más precisas y completas, ya que reflejan la subjetividad asociada al propio concepto: la satisfacción sexual es el resultado de una valoración, una respuesta afectiva, el grado de plenitud experimentado por la persona, una experiencia, etc. en relación con el cumplimiento de una necesidad o una expectativa vinculada a la sexualidad. El nivel de satisfacción sexual no depende sólo de la existencia o inexistencia de una disfunción o un determinado rendimiento a nivel sexual, algo más objetivo y fácilmente medible, como se proponía en las definiciones anteriores, sino que depende de la valoración subjetiva que hace la persona implicada. Por otra parte, satisfacción y placer, bienestar, plenitud o felicidad, todas ellas respuestas emocionales (y no solamente físicas) quedan imbricados en todas las definiciones propuestas.

Por lo tanto, a modo de resumen, podemos concluir que la satisfacción sexual, tal como se la define hoy en día, resulta de la valoración subjetiva del grado en el que se cumplen necesidades y expectativas personales en relación con la sexualidad individual y de pareja, que resulta en una respuesta afectiva o emocional de placer, bienestar o felicidad tanto a nivel físico como psicológico. La simple ausencia de disfunciones o alteraciones del funcionamiento no son suficientes para garantizar los niveles de satisfacción sexual.

2.2. Correlatos y predictores de la satisfacción sexual.

La satisfacción sexual es un componente esencial para el bienestar de muchas personas (Stephenson y Sullivan, 2009) y ha sido ampliamente relacionada con una gran variedad de beneficios, tanto a nivel individual como en pareja, como son la salud (tanto mental como física) (Ménard y Offman, 2009; Penhollow, 2008; Schwartz y Young, 2009; Stephenson y Sullivan, 2009), la felicidad (Carroble, Gámez-Guadix y Almendros, 2011; Rosen y Bachmann, 2008; Stephenson, Ahrold y Meston, 2011; Stephenson y Sullivan, 2009), la calidad de vida (Penhollow, 2008; Sprecher, 2002), la capacidad de amar (Abadjian-Mozian, 2006 citado en Stephenson y Sullivan, 2009), la satisfacción emocional y la satisfacción con la vida en general (Laumann et al., 2006; Stephenson y Meston, 2015). La relación entre satisfacción sexual y estas consecuencias positivas resulta fácilmente comprensible si tenemos en cuenta que la sexualidad constituye un aspecto importante de la salud tanto emocional como física y que desempeña un papel considerable en las relaciones íntimas (Bridges et al., 2004), y que últimamente ésta se ha ido convirtiendo en

un factor cada vez más importante a la hora de valorar los niveles de felicidad personal (Schwartz y Young, 2009).

De hecho, ya hay autores que señalan cómo la sexualidad se ha convertido en un aspecto central de la identidad de las personas, en la representación de lo que se considera una feminidad (o masculinidad) competente (Tiefer, 2001, citado en Schwartz y Young, 2009). Dado que la sexualidad humana es tan importante en tantos aspectos de la vida (a nivel social, cultural, etc.), resulta fácil imaginar lo importante que es la satisfacción sexual para la felicidad tanto personal como en pareja (Schwarz y Young, 2009).

Dados los importantes beneficios que la satisfacción sexual parece tener en tantos aspectos positivos de la vida de las personas, la investigación orientada a descubrir cuáles son los correlatos, predictores y consecuencias de una vida sexual satisfactoria está recibiendo cada vez más atención en la literatura médica y psicológica (Stephenson y Meston, 2015).

La relación entre la satisfacción sexual y variables relacionales ha sido ampliamente investigada. Así, numerosos estudios han demostrado que una mayor satisfacción sexual se relaciona con una mayor satisfacción con la relación de pareja, siendo uno de los componentes que más contribuyen a ésta (Byers, 2005; Fallis, Rehman, Woody y Purdon, 2016; McNulty, Wenner y Fisher, 2016; Sprecher, 2002; Young, Denny, Luquis y Young, 1998). También existe una correlación positiva entre los niveles de satisfacción sexual y la duración de la relación de pareja (Barrientos y Páez, 2006; Fisher et al., 2015), su estabilidad (Barrientos y Páez, 2006; Cupach y Comstock, 1990) y su calidad (Young et al., 1998). Así mismo, también se han encontrado relaciones positivas entre otras variables relacionadas con la calidad de la relación de pareja y la satisfacción sexual, por ejemplo, Barrientos y Páez (2006) descubrieron que las mujeres de su estudio mostraban mayor satisfacción sexual si no habían tenido relaciones sexuales con otras parejas durante los últimos 12 meses. Sprecher (2002) encontró que la satisfacción sexual correlacionaba de forma positiva con el compromiso o dedicación a la relación y que dicha relación se mostraba bastante estable a lo largo del tiempo. Por su parte, Young et al. (1998) demostraron que algunos aspectos no estrictamente sexuales de la relación (como el tener metas compartidas, disfrutar de tiempo libre compartido o el respeto) no sólo correlacionaban positivamente con la satisfacción sexual, sino que también la predecían.

También se han encontrado correlaciones significativas entre la satisfacción sexual y otras habilidades o características personales que suelen ponerse en práctica en las relaciones de pareja. Una de las variables más estudiadas ha sido la comunicación con la pareja, de forma que cuanto mayor es la capacidad de la persona para comunicarse con su compañero/a en relación a temas sexuales, especialmente sobre lo que les produce mayor placer, mayor es la satisfacción sexual (Barrientos y Paéz, 2006; Byers y MacNeil, 1997; Haavio-Manila y Kontula, 1997; Litzinger y Gordon, 2005; Montesi et al., 2013). Igualmente, cuanto más satisfecha está la persona con su nivel de comunicación en pareja, mayor es el nivel de satisfacción sexual que informa tener (Cupach y Comstock, 1990). La asertividad sexual, o capacidad para expresarse en contextos sexuales, es también otra variable relacionada con la comunicación que se encuentra relacionada con la satisfacción sexual y que, además, puede predecirla (Bridges et al., 2004; Carrobbles et al. 2011; Haavio-Manila y Kontula, 1997). Otras variables relacionadas positivamente son la intimidad con la pareja, la capacidad para tomar la iniciativa y el sentir amor recíproco (Barrientos y Paéz, 2006; Fahs y Swank, 2011; Fisher et al., 2015; Montesi et al., 2013), aunque según Haavio-Manila y Kontula (1997) éste último parece afectar a la satisfacción sexual sólo de manera indirecta.

Dado que la sexualidad humana es uno de los aspectos más importantes de las relaciones entre las personas, es lógico que gran parte de las investigaciones hayan analizado la relación entre la satisfacción obtenida con las diferentes prácticas sexuales y las relaciones de pareja. No obstante estas asociaciones y su importancia, también hay una serie de variables individuales que se relacionan e incluso predicen la satisfacción sexual.

Impett y Tolman (2006) encontraron que tanto el autoconcepto positivo en relación a la sexualidad como los motivos sexuales de aproximación se relacionaban con un incremento de la satisfacción sexual durante la experiencia sexual más reciente. Stephenson, Ahrold y Meston (2011) encontraron que las categorías de motivos sexuales "amor/compromiso", "autoestima", "expresión", "placer", "recursos" y "búsqueda de experiencias" se relacionaban significativamente con la satisfacción sexual, e interpretaron estos resultados suponiendo que las diferentes razones para tener relaciones sexuales podrían producir diferentes resultados, entre ellos la satisfacción sexual. También se han encontrado relaciones entre el atractivo físico y sexual percibido (Carrobbles et al., 2011), la imagen

corporal y tener una buena condición física (Penhollow, 2008; Schwartz y Young, 2009) y la satisfacción con la vida sexual. Estas dos últimas, además, también han resultado ser buenas predictoras de los niveles de satisfacción. Otras variables personales relacionadas positivamente con la satisfacción sexual son: la desinhibición sexual, la autoestima, la erotofilia, las actitudes sexuales liberales, el dar importancia a la sexualidad en la vida y el no seguir los roles tradicionales asignados al género (Carrobles et al., 2011; Fahs y Swank, 2011; Haavio-Manila y Kontula, 1996; Stephenson et al., 2011; Young et al., 1998).

Por último, debido a que tradicionalmente la satisfacción sexual se definía en términos de ausencia de disfunción o en base al funcionamiento sexual, hay un gran grupo de variables cuya relación con la satisfacción sexual ha sido ampliamente investigada: aquellas relacionadas con la actividad sexual como, por ejemplo, el correcto funcionamiento sexual, que se relaciona con la satisfacción de manera positiva (Heiman et al., 2011).

Entre éstas, la consistencia y la frecuencia orgásmica ha sido una de las más frecuentes. Esta variable es fácil de medir y podría resultar un indicador muy sencillo de los niveles de satisfacción sexual de la persona aunque, como ya hemos visto, la satisfacción sexual es un constructo complejo que guarda relación con muchas otras variables que, a su vez, interaccionan entre sí. Por esta razón, aunque la relación entre consistencia y frecuencia orgásmica y la satisfacción sexual parece clara y ha sido demostrada en varios estudios (Carrobles et al., 2011; Haavio-Manila y Kontula, 1996; Sprecher, 2002; Young et al., 1998), aún hay resultados que indican que la fase de orgasmo no tiene por qué ser ni la única, ni siquiera la más importante, fuente de satisfacción, especialmente para las mujeres.

Otra de las variables más analizadas ha sido la frecuencia de la actividad sexual. Aunque se aprecian claros sesgos al interpretar "actividad sexual" preferentemente como coito vaginal, algunos estudios sí han tenido en cuenta el repertorio conductual de manera más amplia. En general, cuanto mayor es la frecuencia de actividades sexuales, mayor es la satisfacción sexual (Barrientos y Páez, 2006; Dunn, Croft y Hackett, 2000; Fisher et al., 2015; Young et al. 1998). De hecho, algunos estudios incluso señalan la posibilidad de que la mayor frecuencia de actividades sexuales implique o provoque dicha satisfacción, aunque a pesar de que muchos estudios hayan mostrado esta relación positiva entre

satisfacción y frecuencia de actividades, dicha relación, tal y como señalan Fahs y Swank (2011), también podría ser negativa.

Como se puede observar en base a todos los estudios que han tratado de determinar cuáles son los correlatos, determinantes y predictores de la satisfacción sexual, éste es un constructo complejo que influye y es influido por una gran cantidad de variables interrelacionadas entre sí de manera compleja, de forma que aún no se han descubierto todas las relaciones existentes, ni se ha llegado a proponer un modelo que las incluya todas.

2.3. Instrumentos de medida de la satisfacción sexual.

La subjetividad del término satisfacción sexual, así como el hecho de que sea un constructo muy influido por variables sociales y culturales, hace que sea difícil no sólo encontrar una definición consensuada del término, sino también un instrumento para medirla.

Dado que las primeras definiciones de la satisfacción sexual consideraban que ésta se debía producir si no existían disfunciones o problemas sexuales, muchos instrumentos han medido el funcionamiento sexual de las personas, asumiendo que un correcto funcionamiento equivaldría a tener una sexualidad satisfactoria. Entre las medidas de funcionamiento, la frecuencia o la consistencia orgásmica han sido las medidas más utilizadas (Sprecher y Cate, 2004). No obstante, como se ha mencionado anteriormente, aunque tanto el funcionamiento sexual en general como la frecuencia y la consistencia orgásmica están positivamente relacionadas con la satisfacción sexual, esta última es un constructo mucho más complejo en el que intervienen diferentes variables. El hecho de que algunas mujeres con problemas o incapacidad para alcanzar el orgasmo manifiesten estar sexualmente satisfechas (Philippsohn y Hartmann, 2009), que, en la mujer, el número de orgasmos no sea un factor predictivo de la satisfacción sexual (Hurlbert, Apt y Rabehl, 1993), o que se haya demostrado que la ausencia de problemas o disfunciones sexuales no implica que la persona necesariamente esté satisfecha (Byers y MacNeil, 2006), son ejemplos de que, aunque la ausencia de disfunciones o problemas de orgasmo se relacionen

con la satisfacción y tengan un impacto positivo sobre ésta, el correcto funcionamiento sexual no es la única variable que influye.

A continuación presentamos un resumen de las características más importantes de los principales instrumentos de medida utilizados en los estudios sobre satisfacción sexual. Dado que el funcionamiento sexual es una variable más de las que afectan a la satisfacción sexual y durante cierto tiempo fue la variable más estudiada en relación con ésta, empezamos describiendo las medidas de funcionamiento sexual más empleadas, aunque conceptualmente se pueden considerar medidas de comportamiento o actividad sexual.

Inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis (*Derogatis Sexual Functioning Inventory-DSFI*) de L. R. Derogatis y N. Melisaratos (1979).

El Inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis fue desarrollado para obtener datos útiles para la gestión clínica de pacientes con disfunciones sexuales. Mide constructos que se consideran fundamentales para el correcto funcionamiento sexual e incluye varios indicadores de bienestar general (Derogatis, 1998). Es un instrumento multidimensional con 254 ítems agrupados en diez subtests que reflejan dominios del funcionamiento sexual actual de la persona: información, experiencia, impulso, actitudes, síntomas psicológicos, afectos, rol de género, fantasía, imagen corporal y satisfacción sexual. El formato de respuesta es de tipo verdadero-falso para algunas escalas y tipo Likert con cinco niveles de respuesta para otras. En algunos casos, como en la dimensión "experiencia", en la que se presenta una lista con 24 comportamientos sexuales, la persona debe indicar tanto si ha experimentado o no cada uno de los comportamientos al menos una vez en la vida y, de haberlo realizado, si lo ha practicado en los últimos 60 días.

La puntuación de las diez escalas puede sumarse para obtener el Índice de Funcionamiento Sexual (SFI, por sus siglas en inglés), que indicaría la calidad del funcionamiento sexual de la persona en términos psicométricos, pero también se puede obtener el Índice de Satisfacción Sexual Global (GSSI, en inglés), que refleja la percepción subjetiva que tiene la persona sobre su propio funcionamiento. Para obtener este índice la persona valora la adecuación de su funcionamiento sexual en una escala desde el cero ("*No podría ser peor*") hasta el nueve ("*No podría ser mejor*") (Skivis et al., 1996).

Los autores informan de una fiabilidad test-retest que oscila desde .61 (dominio información) a .96 (dominio actitudes), una consistencia interna desde $\alpha = .56$ (dominio información) hasta $\alpha = .97$ (dominio experiencia) y buena fiabilidad y validez (Derogatis y Melisaratos, 1979; Derogatis y Meyer, 1979; Derogatis, Meyer y Dupkin, 1976, citados en Skivis et al., 1996).

A pesar de que este inventario contiene una escala para medir la satisfacción sexual, se consideró que éste no era el instrumento apropiado para nuestros estudios, dado que sólo refleja la satisfacción sexual de la persona en relación a su funcionamiento sexual (e.g., frecuencia del coito, consistencia orgásmica) y a su orientación clínica. Aunque algunas dimensiones como rol de género y fantasía podían resultar interesantes como medida de comportamiento, tampoco incluía todos los aspectos del comportamiento que estábamos interesados en medir, y hubiera sido necesario incluir otra medida complementaria, por lo que quedó descartado como instrumento de medida.

Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok-Rust (*Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction-GRISS*) de J. Rust y S. Golombok (1985).

Este inventario breve mide la calidad del funcionamiento sexual en el contexto de una relación y valora la existencia y gravedad de problemas sexuales en parejas heterosexuales o de personas que mantienen una relación heterosexual. Puede utilizarse para evaluar la mejora de la función sexual como resultado de la intervención terapéutica, así como para comparar la eficacia de diferentes métodos (Rust y Golombok, 1998).

La escala consta de 56 ítems, 28 ítems para las mujeres y 28 para los hombres, que se puntúan en una escala Likert con cinco niveles de respuesta (1 = casi nunca a 5 = siempre). Los ítems están organizados en 12 dominios (cinco femeninos, cinco masculinos y dos comunes a ambos sexos), confirmados por análisis factorial, de cada uno de los cuales se puede obtener una puntuación. Los dominios de la versión para la mujer son: anorgasmia, vaginismo, evitación, asexualidad e insatisfacción. Los dominios comunes son: frecuencia del contacto sexual e incomunicación. También se puede obtener una puntuación global, que refleja la calidad y el funcionamiento sexual global en la pareja (Meston y Derogatis, 2002).

El GRISS tiene una aceptable consistencia interna para todos los dominios excepto para comunicación ($\alpha = .61$) y una fiabilidad test-retest que oscila entre .47 (dominio "insatisfacción") y .82 (dominio "vaginismo"). Puede discriminar de manera fiable entre mujeres con buen o mal funcionamiento sexual en los cinco dominios para mujeres y en el dominio común de frecuencia del contacto sexual, pero no en el dominio común de comunicación. También es sensible a los cambios en el funcionamiento sexual producidos por la terapia (Meston y Derogatis, 2002).

A pesar de que esta medida se ha usado para evaluar satisfacción sexual en muchos estudios, nosotros decidimos descartarla por ser fundamentalmente una medida de disfunción sexual, aunque incluya una subescala de insatisfacción. Además, su estandarización se realizó con una muestra clínica de 88 parejas que acudían a terapia sexual, de forma que lo consideramos un instrumento más apropiado para aplicar en el contexto clínico que para la investigación en los términos en los que la planteamos en esta Tesis Doctoral.

Índice Breve de Funcionamiento Sexual para Mujeres (*Brief Index of Sexual Functioning for Women-BISF-W*) de J. F. Taylor, R. C. Rosen y S. R. Leiblum (1994).

El BISF-W se creó con la intención de ser un índice breve de funcionamiento sexual para la mujer que fuera comparable al ya existente Cuestionario Breve de Funcionamiento Sexual para hombres (*Brief Sexual Function Questionnaire-BSFQ*) de Reynolds et al. (1988), un autoinforme de 21 ítems sobre intereses sexuales, actividad, satisfacción y preferencias sexuales que es capaz de discriminar entre hombres deprimidos, con disfunciones sexuales y sanos. Esta medida fue diseñada para utilizarse tanto con mujeres sanas como con mujeres cuyo funcionamiento sexual se haya visto afectado por problemas médicos y psicológicos, y evalúa aspectos tanto cuantitativos como cualitativos de la experiencia sexual de la mujer. Es una de las pocas pruebas diseñadas tanto para población heterosexual como homosexual (Taylor, Rosen y Leiblum, 1994).

Consta de 22 ítems, algunos de los cuales han sido adaptados del BSFQ (en concreto aquellos referidos a la frecuencia del comportamiento sexual, la fantasía, masturbación y preferencias sexuales). También se incluyeron ítems que se refieren a factores que pueden

afectar específicamente al funcionamiento sexual de la mujer, como la imagen corporal, la satisfacción con la pareja y la ansiedad sexual. Por último, se añadieron ítems específicos para evaluar las dificultades de ejecución propias de la mujer, como bajo nivel de excitación sexual, problemas de lubricación, dolor o molestias durante el coito y dificultades para alcanzar el orgasmo. Los 22 ítems se agrupan en tres factores independientes: interés/deseo (e.g.: "*¿Con qué frecuencia has practicado las siguientes actividades sexuales durante el mes pasado? (Besos, masturbación, heteromasturbación, petting, sexo oral, coito vaginal, coito anal.)*"), "*Durante el mes pasado, ¿quién ha iniciado la actividad sexual?*"), actividad sexual (e.g.: "*Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia has sido capaz de comunicar tus deseos o preferencias sexuales a tu pareja?*", "*Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia has tenido pensamientos de contenido sexual, fantasías o sueños eróticos?*") y satisfacción sexual (e.g.: "*En general, durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia te has sentido ansiosa o inhibida durante la actividad sexual con una pareja sexual*", "*En general, ¿cómo de satisfecha estás con las relaciones sexuales con tu pareja?*") (Rosen, Taylor y Leiblum, 1998).

Los autores informan de una aceptable fiabilidad test-retest de entre .68 a .78, una consistencia interna que oscila entre $\alpha = .39$ y .83 y una alta validez concurrente con el DSFI de Derogatis y Melisaratos (1979) (Taylor, Rosen y Leiblum, 1994).

A pesar de que esta escala incluye algunos ítems que medían aspectos importantes, tanto del comportamiento sexual como de satisfacción sexual, en los que estábamos interesados, no elegimos esta prueba porque resultaba insuficiente para medir todos los aspectos que deseábamos y habríamos tenido que complementar la evaluación con otros instrumentos.

Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual (*Changes in Sexual Functioning Questionnaire-CSFQ*) de A. H. Clayton, E. L. McGarvey y G. J. Clavet (1997).

La versión para mujeres de este cuestionario tiene 35 ítems que se puntúan según una escala tipo Likert con cinco niveles de respuesta. Los primeros 21 ítems son idénticos en la versión para hombres y la de las mujeres. Los ítems se agrupan en cinco dimensiones: deseo/frecuencia sexual, deseo/interés sexual, placer (satisfacción) sexual, excitación

sexual y orgasmo. Se puede obtener una puntuación global, o una puntuación para cada dimensión.

Este cuestionario fue diseñado para recoger información sobre el funcionamiento sexual que pudiera utilizarse con fines clínicos o en la investigación y mide cambios en el funcionamiento sexual que pueden atribuirse a enfermedad y/o medicación. El CSFQ puede identificar y discriminar entre personas que han tenido un pobre ajuste psicosexual desde siempre de aquellas que han desarrollado una disfunción después de un funcionamiento sexual normal.

Las autoras informan de una consistencia interna de moderada a alta ($\alpha = .64$ en la dimensión "*excitación sexual*"; $\alpha = .80$ en la dimensión "*orgasmo*") y una buena fiabilidad test-retest (media de coeficiente de correlación = .86). También muestra una buena validez concurrente con la Entrevista de Funcionamiento Sexual de Derogatis (Clayton, McGarve y Clavet, 1997).

Decidimos no emplear este cuestionario en la investigación porque, dado que su objetivo fundamental es el de recoger cambios en aspectos muy concretos del funcionamiento sexual, incluía demasiados ítems que no se adaptaban a nuestras necesidades (e.g., ítems relacionados con la lubricación vaginal u orgasmos dolorosos).

Índice de Funcionamiento Sexual Femenino (*Female Sexual Function Index-FSFI*) de R. Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Fergusson y R. D'Agostino (2000).

El FSFI de Rosen et al. (2000) es un autoinforme breve que mide funcionamiento sexual femenino. Consta de 19 ítems agrupados en seis dimensiones (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) que se responden en una escala tipo Likert de cero a cinco o de uno a cinco. Las técnicas exploratorias apoyaban la existencia de cinco dimensiones (deseo/excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor), pero los autores decidieron que deseo y excitación podían constituir dos dimensiones diferentes, debido a que cada constructo puede definirse de manera independiente (Kalmbach, Ciesla, Janata y Kingsberg, 2015). Se puede utilizar toda la escala para obtener un índice de

disfunción sexual de la mujer, o también se pueden puntuar los dominios de manera independiente. (Milhausen, Buchholz, Opperman y Benson, 2015).

Los autores informan de una alta fiabilidad test-retest, que oscila entre .79 y .86, y una buena consistencia interna para las seis dimensiones ($\alpha = .82$ como mínimo). Wiegel, Meston y Rosen (2005, citado en Kalmbach et al., 2015) replicaron estos resultados cuando compararon las puntuaciones de mujeres de mediana edad con diferentes problemas sexuales y las puntuaciones de un grupo control. El FSFI ha demostrado tener la capacidad de discriminar entre mujeres sanas de mediana edad y mujeres con deseo sexual hipoactivo, con problemas de anorgasmia, dolor pélvico crónico, esclerosis múltiple y otros problemas, aunque también puede emplearse en población no clínica (Kalmbach et al., 2015).

Al igual que sucede con los instrumentos anteriores, el FSFI incluye ítems sobre aspectos de la sexualidad que, a pesar de tener una evidente relación e impacto sobre la satisfacción sexual, como problemas de lubricación o el dolor, no resultan de interés para los estudios que diseñamos, por lo que no se valoró su uso como instrumento de medida en éstos.

Hasta ahora hemos descrito algunos de los instrumentos de medida más conocidos y utilizados sobre funcionamiento sexual. Aunque muchos de ellos han sido utilizados en las investigaciones sobre satisfacción sexual (especialmente el GRISS de Rust y Golombok), debido a que aúnan las variables de comportamiento y satisfacción sexual, ninguno de ellos se consideró apropiado para la investigación diseñada. A continuación revisamos algunos de los instrumentos específicos diseñados para medir únicamente satisfacción sexual.

Índice de Satisfacción Sexual (*Index of Sexual Satisfaction-ISS*) de W. W. Hudson, D. F. Harrison y P. C. Crosscup (1981).

El ISS fue desarrollado para medir el grado o la magnitud de un problema en el aspecto o área sexual de la relación de pareja desde el punto de vista de la persona que completa el cuestionario y está diseñada para que los terapeutas puedan administrarlo varias veces a intervalos periódicos para controlar y evaluar la respuesta de sus pacientes al tratamiento.

Por este motivo los ítems fueron desarrollados en base a la experiencia clínica de los autores y reflejan las quejas más comunes de los pacientes (Hudson, Harrison y Crosscup, 1981). Curiosamente, no mide satisfacción sexual, sino insatisfacción sexual.

Contiene 25 ítems que se valoran en una escala tipo Likert con siete niveles de respuesta (1 = nunca a 7 = siempre). La mitad de los ítems son directos (e.g.: "*El sexo con mi pareja se ha convertido en una tarea*", "*Creo que a mi vida sexual le falta calidad*") y la otra mitad están redactados de manera inversa (e.g.: "*Creo que el sexo con mi pareja es maravilloso*", "*Creo que nuestra vida sexual es un gran añadido a nuestra relación*") para evitar las tendencias de respuesta. Como mide insatisfacción sexual, las puntuaciones más bajas indican mayor satisfacción sexual (Hudson, 1998).

Según Hudson (1998) la consistencia interna es alta ($\alpha = .92$) y el coeficiente de validez discriminativa es de .76.

Aunque este cuestionario es una de las medidas de satisfacción sexual más utilizadas en el contexto de las relaciones de pareja (Shaw y Rogge 2016), no lo hemos elegido como instrumento de medida debido a que es un instrumento general que no incluye ítems para medir satisfacción específica en relación a comportamientos sexuales concretos y a que está diseñado específicamente para medir insatisfacción en pareja. Por lo tanto, no valora la satisfacción obtenida con actividades individuales como la masturbación o el uso de fantasías.

Inventario de Satisfacción Sexual de Pinney (*Pinney Sexual Satisfaction Inventory-PSSI*) de E. M. Pinney, M. Gerrard y N. W. Denny (1987).

Este inventario fue desarrollado para evaluar los niveles satisfacción sexual de mujeres. Los ítems iniciales fueron redactados en base a una revisión de la literatura existente en la época sobre un amplio abanico de factores que se suponían relevantes para la sexualidad femenina y luego fueron revisados por expertos en el área de la sexualidad humana. Tras las revisiones y el análisis factorial, el inventario se redujo a 24 ítems valorados en una escala tipo Likert con siete niveles de respuesta, agrupados en dos factores: *satisfacción sexual general* (14 ítems) y *satisfacción con la pareja* (diez ítems). Cuanto mayor es la

puntuación, mayor satisfacción sexual. Los autores informan de una buena consistencia interna ($\alpha = .92$).

Shaw y Rogge (2016) señalan que la redacción de al menos diez de los ítems del PSSI comienzan con las palabras "desearía" (e.g.: "Desearía que mi pareja fuera más amorosa y cuidadosa cuando hacemos el amor", "Desearía ser menos inhibida cuando hago el amor") lo cual podría suponer que en vez de satisfacción sexual, casi la mitad de los ítems estén midiendo deseos sexuales.

Esta confusión en cuanto a la redacción de los ítems fue el principal motivo por el que este inventario fue descartado como instrumento de medida.

Medida Global de Satisfacción Sexual (*Global Measure of Sexual Satisfaction-GMEX*) de K. Lawrance y E. S. Byers (1995).

El GMEX es una subescala (Q-16) que mide la satisfacción con las relaciones sexuales en pareja. Forma parte de un instrumento mayor que mide varios componentes del modelo de satisfacción sexual de intercambio interpersonal (*Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction-IEMSS*) de las mismas autoras. El GMEX consta de cinco ítems de tipo diferencial semántico en la que la persona describe y evalúa en una escala con siete niveles de respuesta: *bueno-malo*, *agradable-desagradable*, *positivo-negativo*, *satisfactorio-insatisfactorio*, *valioso-sin valor* su relación sexual de pareja. Las respuestas posibles oscilan entre cinco y 35 y una mayor puntuación indica mayor satisfacción.

Lawrance y Byers (1998) informan de alta consistencia interna ($\alpha = .90$ en una muestra de estudiantes y $\alpha = .96$ en una muestra más heterogénea). También informan de una buena fiabilidad test-retest a las dos semanas ($r = .84$; $p < .001$) y los tres meses ($r = .84$; $p < .001$) y una correlación significativa entre el GMEX y el Índice de Satisfacción Sexual de Hudson (ISS) ($r = .65$; $p < .001$).

Aunque Mark, Herbenick, Fortenberry, Sanders y Reece (2014, citado en Shaw y Rogge, 2016) demostraron que el GMEX tenía mejores características psicométricas que el ISS o el NSSS-S y que era una medida particularmente efectiva para medir casi todo el rango que abarca el constructo de satisfacción sexual, nosotros consideramos que el

instrumento no es apropiado para medir la satisfacción sexual desde nuestra perspectiva, debido a que se enmarca dentro de un modelo concreto en el que la satisfacción sexual se entiende como una respuesta afectiva relacionada con la evaluación de la sexualidad en relación con la pareja y no tiene en cuenta otros aspectos no relacionales de la satisfacción sexual.

Escala de Satisfacción Sexual-Mujeres (*Sexual Satisfaction Scale-Women-SSS-W*) de C. Meston y P. Trapnell (2005).

Esta escala es el primer instrumento heterogéneo diseñado para evaluar satisfacción sexual y estrés. Fue validado en una muestra de mujeres con disfunciones sexuales que habían sido diagnosticadas clínicamente. Su objetivo es recabar información que pueda ser utilizada por los investigadores para comprender mejor qué constituye el constructo satisfacción sexual en población femenina y cómo dicho constructo se relaciona con los diferentes niveles de funcionamiento sexual.

El SSS-W consta de cinco dominios (dos relacionales y tres personales) confirmados por análisis factorial: *comunicación, compatibilidad, satisfacción, interés en la relación e interés personal*, con seis ítems en cada uno de ellos, sumando un total de 30 ítems. Los ítems de los dominios comunicación, compatibilidad y satisfacción se redactaron con intención de reflejar aspectos importantes en relación a la satisfacción sexual, concretamente en relación a la facilidad y/o confort a la hora de discutir temas sexuales y emocionales, la compatibilidad de la pareja en cuanto a creencias, deseos, atracción y preferencias sexuales, y satisfacción global en relación a los aspectos sexuales y emocionales de la relación.

Meston y Trapnell (2005) informan de una buena validez convergente entre los cinco dominios del SSS-W y las dimensiones de satisfacción del FSFI. Muestra buenas propiedades psicométricas (consistencia interna: $\alpha \geq .74$; fiabilidad test-retest: $r = .58-.79$) y es eficaz a la hora de diferenciar entre poblaciones clínicas y no clínicas (Rellini y Meston, 2011).

A pesar de que este instrumento incluye aspectos muy variados de la satisfacción sexual, como el confort a la hora de discutir de temas sexuales, y a que tiene como objetivo la investigación de la satisfacción sexual en mujeres, tampoco incluye todos los aspectos de la satisfacción sexual que deseamos analizar, por lo que de habernos decantado por su uso habríamos tenido que ampliar la evaluación con otro cuestionario complementario.

Nueva Escala de Satisfacción Sexual (*New Sexual Satisfaction Scale*-NSSS) de A. Štulhofer, V. Buško y P. Brouillard (2010).

La elaboración de este cuestionario se basaba en un modelo conceptual de cinco dimensiones, que ponía el énfasis en la importancia de varios aspectos del comportamiento sexual como las sensaciones, la conciencia, la concentración, el intercambio, la cercanía y la actividad sexual en la satisfacción. No obstante, los análisis no confirmaron el modelo conceptual de cinco dimensiones propuesto por los autores, pero sí sugirieron la existencia de dos factores: uno centrado en la persona (*self-centered*) y otro centrado en la pareja y la actividad sexual (*partner/activity centered*). El NSSS es una escala multidimensional de 20 ítems que se valoran según una escala Likert de uno a cinco, agrupados en dos dimensiones, cada una de las cuales contienen ítems que representan las cinco dimensiones propuestas en el modelo inicial.

Este cuestionario está organizado de forma que se puedan representar las tres "ventanas conceptuales", o tres aspectos fundamentales que es necesario evaluar, propuestos por Bancroft, Loftus y Long (2003) en su modelo para determinar si un problema sexual en la mujer realmente se debe a un malfuncionamiento o una disfunción, o si es consecuencia de una inhibición adaptativa en respuesta a circunstancias negativas o no favorecedoras. Siguiendo este marco conceptual, la dimensión centrada en la persona se refiere a las reacciones psicológicas y fisiológicas ante la sexualidad y está constituida por ítems relacionados con las sensaciones sexuales (calidad y frecuencia del orgasmo, activación sexual y sensaciones táctiles) y la conciencia sexual (sentimientos de "dejarse llevar", estar concentrada y las reacciones sexuales hacia la pareja). La dimensión centrada en la pareja y la activación sexual se concreta en dos "ventanas": la primera se refiere a la cercanía emocional o la intimidad y el intercambio entre la persona y su pareja, con ítems relacionados con la satisfacción con la disponibilidad sexual de la pareja, la iniciativa y la

creatividad y el balance entre dar y recibir o la apertura emocional. La última "ventana" es la de la actividad sexual, relativa a las características de la actividad sexual, con ítems relacionados con la variedad, la frecuencia, la intensidad, pasión, duración y experimentación sexuales (Khoury y Findlay, 2014).

Según los autores, esta escala se validó con dos muestras, una croata y otra estadounidense, obteniendo en ambos casos buenos resultados psicométricos (Štulhofer, Buško y Brouillard, 2010).

Aunque esta escala parecía prometedora, especialmente por incluir dos factores, el centrado en el individuo y el centrado en la pareja y por incluir más aspectos emocionales que otras escalas, aún son pocos los estudios que la han utilizado y aún no ha sido validada en España, de forma que no resultaba fácil aplicarla a los estudios.

En resumen, la evolución de los instrumentos de medida refleja el cambio conceptual en la definición de satisfacción sexual. Los primeros instrumentos supeditaban la satisfacción sexual al funcionamiento sexual, mientras que en los últimos se aprecia una disminución en la cantidad de ítems sobre funcionamiento (lubricación, orgasmo, niveles de deseo, excitación, etc.) y un aumento de los ítems que evalúan aspectos más subjetivos como emociones, sentimientos de cercanía, apertura, comunicación, etc. La idea de que, aunque la satisfacción sexual esté fuertemente asociada con el funcionamiento, ésta va mucho más allá e implica otras variables queda, por lo tanto, reflejada en los nuevos instrumentos de medida. Igualmente, también se aprecia una evolución desde medidas más globales de la satisfacción sexual, en la que unos pocos ítems evaluaban el constructo, a medidas más complejas en las que la satisfacción es el constructo principal y es evaluado a través de una gran cantidad de ítems centrados en los diferentes aspectos que la afectan.

CAPÍTULO 3:
PREDICTORES PSICOSOCIALES DEL
COMPORTAMIENTO SEXUAL
Y LA SATISFACCIÓN SEXUAL

La sexualidad humana comprende no sólo los comportamientos sexuales, sino también los conocimientos en relación a la sexualidad, así como las creencias, las actitudes y los valores en relación con ésta, y se relaciona no sólo con cuestiones anatómicas o fisiológicas (biológicas) sino con los roles de género, la identidad, la personalidad, los pensamientos, sentimientos y relaciones (Travers, Tincani, Whitby y Butot, 2014). Debido a este carácter multicomponente de la sexualidad humana, y dado que la satisfacción sexual es uno de los múltiples y posibles objetivos o fines de ésta, consideramos que la satisfacción sexual también debe estar irremediamente asociada a variables individuales y psicosociales que se relacionan con ella y entre sí mismas. Debido a que resulta poco operativo tratar de analizar todas y cada una de las variables que pueden influir o estar relacionadas con la satisfacción sexual, hemos decidido incluir en los estudios sólo seis de todas las posibles variables, por ser las más generales y aquellas en las que suelen centrarse las intervenciones de educación sexual: además de los comportamientos sexuales, los conocimientos, actitudes, creencias y valores en relación con la sexualidad y las expectativas de autoeficacia (grupo al que hemos denominado variables socio-cognitivas). Esta elección se debe a que los programas orientados a educar y desarrollar la sexualidad saludable han intervenido especialmente sobre estas variables sociocognitivas, porque su influencia en el comportamiento sexual es innegable. Sin embargo, la mayoría de estos programas están orientados fundamentalmente a prevenir comportamientos de riesgo y a fomentar comportamientos saludables con la finalidad de evitar posibles consecuencias negativas. Nuestro interés por analizarlas radica no sólo en determinar cómo estas variables pueden influir en los comportamientos sexuales, sino también en averiguar qué comportamientos sexuales son los que pueden asociarse con una mayor satisfacción sexual y qué tipo de conocimientos, creencias, valores, actitudes y expectativas de autoeficacia se asocian con éstos para influir indirectamente sobre la satisfacción sexual, así como establecer si pueden afectarla directamente.

Este capítulo está dividido en dos partes, en la primera de las cuales nos centramos en describir algunas de estas variables socio-cognitivas, en concreto conocimientos, actitudes, creencias y valores, y su papel en relación con la predicción de los comportamientos sexuales y la satisfacción sexual.

En la segunda parte resumiremos una de las teorías que más se ha empleado en el campo de la salud para implantar comportamientos saludables, la teoría de la autoeficacia que, a su vez, describe el papel que desempeñan algunas de estas variables socio-cognitivas en los comportamientos y la modificación de éstos. Analizaremos también la evidencia que relaciona entre sí todas estas variables y la satisfacción sexual.

3.1. Conocimientos, actitudes, creencias y valores en relación con la sexualidad y comportamiento sexual.

La Psicología ha investigado y ha desarrollado teorías para comprender y modificar el comportamiento humano desde sus comienzos. La influencia de las actitudes y las creencias sobre los comportamientos, el papel de los comportamientos como antecedente de las actitudes o la relación entre conocimientos y el desarrollo de actitudes y creencias está ampliamente investigada y contrastada en la literatura científica.

La *actitud* es una tendencia psicológica a evaluar algo de manera favorable o desfavorable. Consta, por lo tanto, de dos componentes: por un lado, el estado interno de la persona, esto es, la tendencia o disposición personal de signo positivo o negativo, y, por otro lado, el objeto o entidad (comúnmente denominado "objeto actitudinal") que resulta evaluado. Según las teorías de la actitud, esta evaluación (estado psicológico interno) se puede manifestar a través de una serie de respuestas observables, que suelen agruparse en tres categorías: la cognitiva, la afectiva/emocional y la conductual. Las respuestas cognitivas incluyen los pensamientos, opiniones, creencias o valores que la persona tiene sobre el objeto actitudinal, las respuestas afectivas incluyen los sentimientos, los estados de ánimo y las emociones asociadas a éste y las respuestas conductuales implican las acciones que la persona realiza en relación con el mismo (Eagly y Mladinic, 1989; Morales, 1999a).

Estos pensamientos, opiniones o creencias que la persona tiene sobre el objeto actitudinal pueden versar sobre las características que la persona atribuye al mismo. Estas atribuciones (respuestas cognitivas a través de las cuales se manifiesta la actitud) son lo que los teóricos suelen designar *creencias* (Fishbein y Ajzen, 1975 citado en Eagly y Mladinic, 1989).

La actitud se considera una variable mediadora entre los estímulos del ambiente y las respuestas (cognitivas, afectivas y conductuales) que da la persona a éste, de forma que tiene una evidente función adaptativa. Pero, al mismo tiempo, las actitudes son el resultado de las experiencias que tiene la persona con el objeto actitudinal, experiencias que han tenido lugar a través de diversos procesos cognitivos, afectivos y conductuales (Morales, 1999a).

Por una parte, la evaluación del objeto actitudinal (esto es, la actitud) está relacionada con las creencias o atribuciones que la persona tiene sobre ese objeto. Es más probable que la evaluación sea favorable si creemos que dicho objeto tiene cualidades o atributos positivos, mientras que si asociamos ese objeto con características o atributos negativos, es más probable que lo evaluemos negativamente (Eagly y Mladinic, 1989). Según la teoría de la Expectativa-Valor, el *conocimiento* o información que la persona adquiere en relación con el objeto actitudinal en el pasado sirve de base para estimar cómo éste debe ser evaluado en el futuro.

La primera parte de la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975, citado en Morales, 1999a), explica cómo surgen las actitudes a través de los procesos cognitivos. Según esta teoría, la actitud hacia un objeto es el resultado de la combinación compleja de un conjunto de creencias que la persona tiene hacia ese objeto. En primer lugar, es necesario estimar la *probabilidad subjetiva* de la creencia, esto es, el grado en que la persona considera que la creencia en sí es o no es probable. A continuación es necesario establecer la *deseabilidad subjetiva* de la característica atribuida a la creencia, o grado en que la persona cree que las consecuencias son positivas o negativas, deseables o no deseables. La relación entre probabilidad y deseabilidad se expresa como un producto. Si el resultado es positivo, esa creencia contribuirá a que la actitud sea positiva, mientras que si resulta negativo, dicha creencia contribuirá probablemente a que la evaluación sea negativa. Por ejemplo, si una mujer que no desea quedarse embarazada cree que el preservativo masculino es un método muy fiable para prevenir el embarazo, la probabilidad de que tenga una actitud positiva aumenta. Por el contrario, una mujer que cree que es muy probable que el preservativo disminuya el placer de su pareja y que no desea que esto suceda, posiblemente tendrá una actitud negativa hacia el uso del preservativo. En el caso de que la persona no sea capaz de estimar la probabilidad o la

deseabilidad de una determinada creencia, el producto resultante será cero, lo que implica que esa creencia no contribuiría ni positiva ni negativamente a la actitud.

No todas las creencias influyen, por tanto, en la determinación de la actitud. Fishbein y Ajzen (1975, citado en Morales, 1999a) consideran que, de todas las "creencias normativas" (aquellas creencias más unánimemente compartidas por la población), sólo unas pocas son relevantes para cada persona y son sólo estas creencias más salientes las que realmente determinan la actitud final. De la suma de todos los productos obtenidos para cada creencia normativa saliente se obtiene la actitud resultante.

Aunque en esta teoría se mantiene que las actitudes sólo están determinadas por las creencias y valores, sin tener en cuenta las emociones y los afectos (Sjöberg, 2005), se considera que la información cognitiva (e.g., creencias sobre el objeto) es sólo una de las tres fuentes principales a través de las cuales se forman las actitudes (Haddock, Zanna y Esses, 1993). La información afectiva (sentimientos asociados al objeto) y la información conductual (concerniente a comportamientos o intenciones conductuales pasadas dirigidas hacia el objeto actitudinal) serían las otras dos fuentes. Por ejemplo, el efecto de la mera exposición (exposición repetida de un estímulo neutro) se ha considerado una confirmación de que las emociones o afectos pueden ser un antecedente de la actitud, ya que se ha demostrado que las evaluaciones hacia un objeto actitudinal son más positivas cuanto mayor es la frecuencia de exposición al estímulo, incluso si la persona no llega a reconocer la presencia de dicho estímulo (Morales, 1999a). Haddock, Zanna y Esses (1993) defienden en su trabajo sobre el desarrollo de las actitudes hacia las personas homosexuales la importancia de los afectos como una de las fuentes a través de las cuales se nutren las actitudes, manteniendo que las evaluaciones también se basan en el impacto emocional (emociones de miedo, admiración, etc.) que los objetos actitudinales (en su estudio, las personas homosexuales) generan en la gente. Por otra parte, la conducta también puede ser un antecedente de la actitud. La experiencia directa con el objeto de la actitud está a la base de la formación de actitudes, lo que muestra que los propios comportamientos también pueden ser un antecedente de la actitud (Morales, 1999a).

Como vimos anteriormente, el comportamiento es una de las respuestas observables a través de las cuales se manifiesta la actitud. Esta relación entre actitud y conducta ha sido una de las más estudiadas y controvertidas en Psicología, dada la importancia e impacto

que puede tener para favorecer el cambio conductual. Prácticamente todos los psicólogos que han estudiado o definido las actitudes a lo largo de la historia de la Psicología han concebido la actitud como causa del comportamiento: parece que las actitudes se "*esconden detrás*" del comportamiento, lo "*determinan*", lo "*condicionan*" o lo "*causan*" (Strauss, 1945). Muchas teorías han intentado esclarecer cuál es el proceso a través del cual la actitud guía o predice la conducta. Una de las más utilizadas, especialmente en el campo de la salud sexual, ha sido la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, cuya primera parte hemos explicado anteriormente.

La segunda parte de esta teoría establece que el comportamiento de una persona es una función de la *intención* que tiene esa persona de realizar ese comportamiento. Por ejemplo, si una persona tiene intención de utilizar un preservativo la próxima vez que practique el coito es probable que lo use, o al menos es más probable que lo use que si no tiene la intención de usarlo. Las intenciones están influidas a su vez tanto por la *actitud* hacia la realización de ese comportamiento (la actitud que se forma al sumar todos los productos obtenidos para cada creencia normativa saliente en relación a un objeto actitudinal concreto, tal y como se explicó anteriormente) y la *norma social subjetiva*. Esta norma social subjetiva es la percepción que tiene la persona sobre si otras personas importantes de su entorno consideran que dicho comportamiento debe realizarse o no, o en otras palabras, podría considerarse que es la presión social que recibe la persona de su contexto social próximo (Albarracín, Johnson, Fishbein y Muellerleile, 2001). Esta norma social subjetiva se sustenta en las *creencias normativas*, que expresan la probabilidad de que la conducta vaya a ser considerada o no aceptable por las personas importantes del entorno de la persona, y la *motivación a acomodarse*, o la disposición de la persona a conformarse con esas creencias y a actuar conforme a éstas (Morales, 1999b).

Más adelante Ajzen (1985) añadió, en un esfuerzo por predecir intenciones y comportamientos que no están completamente bajo control voluntario, una nueva variable: el *control percibido*, o la facilidad/dificultad que la persona percibe para realizar la conducta. La teoría pasó a denominarse teoría de la acción planificada (Albarracín et al., 2001). La figura 1 ilustra de manera resumida esta teoría.

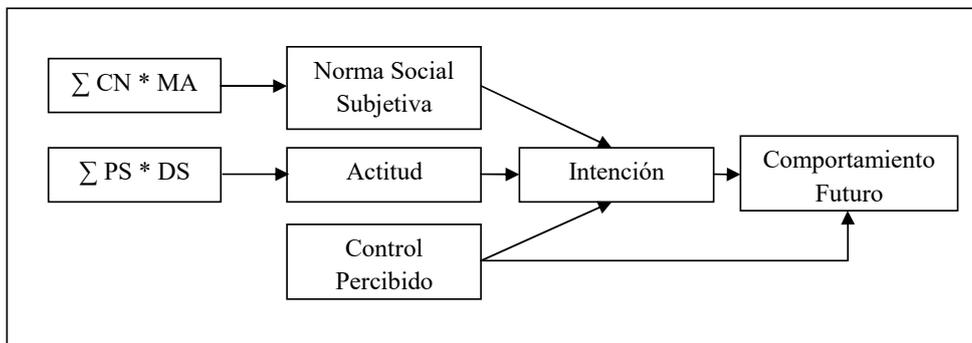


Figura 1. Teoría de la Acción Planificada (adaptado de Albarracín et al., 2001). CN = Creencia Normativa; MA= Motivación para Acomodarse; PS = Probabilidad Subjetiva, DS = Deseabilidad Subjetiva.

Esta teoría cuenta con apoyo empírico y se ha utilizado para estudiar comportamientos sexuales saludables. Por ejemplo, Albarracín et al. (2001) realizaron un metanálisis en el que analizaron 42 estudios que aplicaban ambas teorías al uso del preservativo y llegaron a la conclusión de que sendas teorías eran buenas predictoras de este comportamiento: es más probable que las personas utilicen el preservativo si previamente se han formado las intenciones adecuadas, intenciones que parecen proceder de las actitudes, las normas subjetivas y el control percibido.

No obstante, también ha recibido sus críticas, la más importante que no contempla que el comportamiento pasado o los afectos y emociones puedan ser una de las fuentes o antecedentes de la actitud, ya que sólo considera el componente cognitivo como fuente de ésta, de modo que el modelo tiene poco en cuenta el papel de los afectos o el comportamiento previo en la predicción del comportamiento. Gibbons, Gerrard, Blanton y Russell (1998) señalan que esta teoría ha sido muy eficaz prediciendo comportamientos preventivos (como usar el preservativo), lo cual no resulta sorprendente dado que éstos son comportamientos intencionados, lógicos, premeditados y orientados a metas, lo que los hace encajar bien con el modelo conceptual de la teoría. No obstante, señalan, no todos los comportamientos son lógicos o racionales, como es el caso de los comportamientos de riesgo, y sin embargo sí son habituales. La predicción de este tipo de comportamientos, aún después de añadir la variable control percibido, es más difícil para las teorías de la acción razonada/planificada, ya que éstas no contemplan otras fuentes de actitudes como la emoción o el comportamiento previo. Quizás por ello, otros estudios meta-analíticos han

encontrado que la intención tiene un efecto pequeño-a-moderado en el comportamiento (Webb y Sheeran, 2006).

Una teoría que también se ha aplicado extensamente y con éxito a la explicación del comportamiento preventivo y que tiene en cuenta, además de los aspectos cognitivos, los emocionales y conductuales en la predicción de la conducta, es la teoría social cognitiva de Bandura, que exponemos a continuación.

3.2. La teoría de la autoeficacia de A. Bandura.

La autoeficacia (expectativas de autoeficacia, creencias de autoeficacia o eficacia percibida) es un concepto fundamental de la teoría del aprendizaje social o teoría social cognitiva de A. Bandura, actualmente también conocida como teoría de la autoeficacia, expuesta por primera vez en su libro "Principios de modificación de conducta" (1969), y desarrollada posteriormente en varias obras y artículos (e.g., Bandura, 1977, 1982, 1986, 1997).

La teoría social cognitiva es una teoría cognitivo-conductual dado que, aunque considera que la conducta es el eje central y el refuerzo tiene un papel fundamental en el control de las respuestas, se contempla que en el aprendizaje median procesos cognitivos (Caro, 1987). De esta manera, se entiende que tanto la conducta como la motivación humana están influidas por los pensamientos e interpretaciones que realizan las personas sobre las consecuencias de sus respuestas.

La teoría parte de la asunción de que todos los procedimientos psicológicos enfocados al cambio conductual son medios para crear y fortalecer las expectativas de autoeficacia (Bandura, 1977). En primer lugar, es necesario diferenciar entre dos tipos de expectativas. Las expectativas de autoeficacia se definen como las creencias o juicios que una persona posee sobre su capacidad o habilidad para realizar con éxito un determinado comportamiento. Por otra parte, las expectativas de resultado se definen como la estimación de que un comportamiento determinado producirá una consecuencia concreta o un resultado deseado (Bandura, 1977). Aunque relacionados, ambos tipos de creencias son diferentes, ya que una persona puede esperar que una conducta determinada produzca un resultado concreto (tener las expectativas de resultado), pero si no se cree capaz de realizar

esa conducta satisfactoriamente (expectativas de autoeficacia), dicha información no influirá en su comportamiento. La figura 2 representa la diferencia entre las expectativas de resultado y las de autoeficacia.

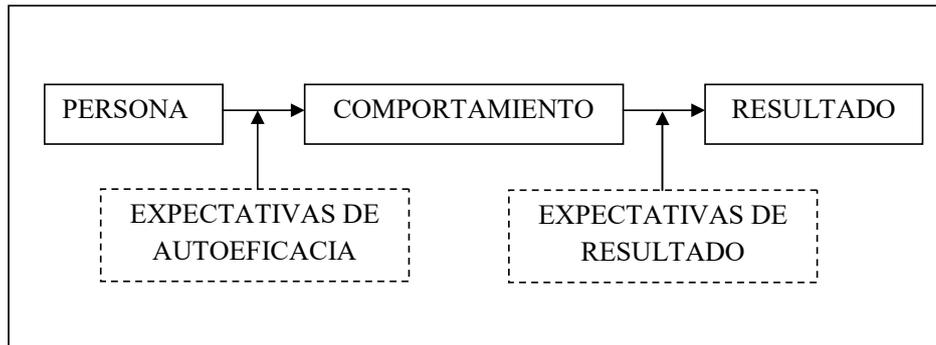


Figura 2. Representación esquemática de la diferencia entre expectativas de resultado y expectativas de autoeficacia, según Bandura (1977, 1997).

Esta evaluación sobre las propias capacidades no sólo determina cómo se comportan las personas (la elección de actividades y comportamientos, los esfuerzos de afrontamiento una vez que éstos se han iniciado, cuánto esfuerzo se dedica y cuánto tiempo se va a persistir en la conducta), sino también sus patrones de pensamiento y las *reacciones emocionales* que experimentan ante cada situación que deben afrontar. De este modo, una persona que cree tener pocas habilidades para hacer frente a una determinada situación, tenderá a centrar su atención en su supuesta incapacidad y posiblemente percibirá más dificultades de las que realmente existen, o las juzgará más negativas y anticipará el fracaso en la ejecución (patrón de pensamiento), lo que conllevará un estado de ánimo negativo, generando ansiedad o estrés (reacción emocional), lo cual puede, efectivamente, empeorar su ejecución. Por el contrario, una persona con una alta autoeficacia confiará en ser capaz de realizar con éxito una determinada tarea o conducta, por lo que se implicará y realizará todos los esfuerzos necesarios para conseguir los objetivos propuestos, aumentando la probabilidad de éxito de dicha conducta.

La autoeficacia percibida o creencias de autoeficacia pueden desarrollarse y fortalecerse a través de cuatro vías (Bandura, 1977; 1997).

Los logros de ejecución: Las creencias de autoeficacia aumentan cada vez que una persona afronta una situación con éxito, mientras que los fracasos repetidos las disminuyen, especialmente cuando se han tenido pocas experiencias o al comienzo del cambio conductual. Una vez que se han desarrollado unas creencias de autoeficacia fuertes a través del éxito repetido, el impacto negativo de los fallos ocasionales es menor. Una vez establecidas, las creencias de autoeficacia tienden a generalizarse a otras situaciones. Dado que se basan en la propia experiencia, esta fuente de información es la más eficaz.

Experiencia vicaria: Ver a otras personas afrontar situaciones con éxito, especialmente si las consecuencias obtenidas son claras y la persona que ejecuta la acción es creíble, también incrementa la autoeficacia. Sin embargo, estas creencias suelen ser más débiles y más susceptibles al cambio que las desarrolladas por la obtención de logros personalmente.

Persuasión verbal: Las creencias de autoeficacia también se pueden generar induciendo a la persona a creer que puede afrontar situaciones con éxito. Al igual que con las experiencias vicarias, estas creencias de autoeficacia son más débiles que las inducidas por logros de ejecución.

La cuarta y última fuente de información es la *activación emocional*. Un exceso de activación suele empeorar la ejecución, de forma que las personas no esperamos tener éxito cuando estamos tensos y muy activados. Por esta razón, la persona que experimenta activación suele juzgarse poco competente y sus expectativas de éxito disminuyen.

Una vez adquiridas, las creencias de autoeficacia difieren en cuanto a su *magnitud*, esto es, pueden limitarse a tareas más sencillas, extenderse a otras tareas moderadamente complicadas o incluir incluso las ejecuciones más complejas. Varían también según su *generalidad*: algunas experiencias crean creencias de autoeficacia concretas, mientras que otras producen un sentido de autoeficacia que se extiende más allá de la tarea concreta. Por último pueden tener una mayor o menor *fuerza*, las personas con creencias de autoeficacia fuertes perseverarán en sus esfuerzos de afrontamiento a pesar de las experiencias

negativas, mientras que las creencias débiles tienden a desaparecer pronto ante dichas experiencias (Bandura, 1977).

La autoeficacia percibida influye en el tipo de comportamiento y su intensidad pero, de la misma forma, las experiencias obtenidas con la puesta en práctica de esos y otros comportamientos pueden alterar a su vez las creencias de autoeficacia, fortaleciéndolas o debilitándolas. La relación entre diferentes conductas y las creencias de autoeficacia ha sido ampliamente documentada y confirmada a través de diversas metodologías y procedimientos analíticos, tanto en estudios de campo como de laboratorio, y en diferentes poblaciones, como el funcionamiento psicosocial, logros académicos, conductas de salud o ejecución atlética (Bandura y Locke, 2003). La autoeficacia se ha aplicado con éxito a muchas conductas en diversos dominios de la salud en general, como el manejo de enfermedades crónicas (e.g., Armbrust et al., 2016; Wright y Wilson, 2015), el abuso de sustancias (e.g., Foster, Dukes y Sartor, 2016; May, Hunter, Ferrari, Noel y Jason, 2015), realizar ejercicio y bajar de peso (e.g., Chair, Wong, Tang, Wang y Cheng, 2015), o la adherencia a tratamientos y conductas de auto-cuidado relacionadas con la enfermedad (e.g., Tol, Alhani, Shojaezadeh, Sharifirad y Moazam, 2015). La autoeficacia es un constructo central en las intervenciones en salud debido a su facultad para unir creencias, actitudes y comportamientos y a que su capacidad como predictor de las intenciones conductuales y los comportamientos saludables ha sido ampliamente documentada. Personas con diferentes estados de salud, de diferente edad, etnia y procedencia deciden si realizar o no ciertos comportamientos saludables basándose en su autoeficacia (Sheer, 2014).

3.2.1. Autoeficacia, comportamiento sexual y su relación con otras variables socio-cognitivas.

Dada la interrelación entre comportamiento y autoeficacia, se considera que ambos deberían medirse y analizarse conjuntamente para poder determinar y clarificar qué efectos tienen el uno sobre el otro. En este trabajo, entendemos por comportamientos sexuales todos aquellos comportamientos que van acompañados por signos fisiológicos característicos de la activación sexual, o que son percibidos como sexuales por las personas, aunque no estén vinculados a dicha activación fisiológica. Esto permite incluir

toda una variedad de conductas humanas, incluso algunos comportamientos que pueden considerarse sexuales en ciertos contextos pero no en otros, como abrazar o acariciar. También quedan incluidos en esta definición comportamientos sexuales que pueden realizarse y se realizan con independencia de la edad o nivel de maduración biológica de la persona, comportamientos que se realizan en pareja o en compañía de otras personas y comportamientos que son completamente individuales, ya sean físicos (masturbación) como cognitivos (usar fantasías).

Uno de los campos en los que más se ha investigado la relación entre autoeficacia y conductas sexuales es el campo de la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazos no deseados, fundamentalmente en relación con el uso del preservativo masculino. Debido a que las mujeres no son quienes lo usan físicamente, la habilidad para negociar el uso del preservativo con la pareja (esto es, la creencia personal de que pueden convencer a sus parejas para que usen el preservativo) se ha considerado una habilidad importante para que el comportamiento preventivo se lleve a cabo, de modo que la relación entre las creencias de autoeficacia para negociar con la pareja el uso del preservativo y el uso de éste se ha analizado ampliamente. Por ejemplo, los resultados obtenidos por Nesoff, Dunkle y Lang (2016) muestran que la autoeficacia percibida en relación con la conducta de negociación del preservativo masculino no sólo está significativa y positivamente asociada al uso de éste, sino que es un factor predictor de la intención de uso, lo que lleva a las autoras a plantear la importancia de estudiar cómo mejorar las creencias de autoeficacia de poblaciones de riesgo para promocionar así el uso del preservativo. Davis et al. (2014) predijeron y demostraron que la intención de negociar el uso del preservativo en una situación sexual concreta estaba positivamente relacionada con la intención de usar el preservativo en el futuro, de forma que si una mujer considera que puede negociar el uso del preservativo con la pareja durante un encuentro sexual, probablemente se creará capaz de hacerlo en los próximos encuentros, lo que lleva a las autoras a concluir que incrementar las expectativas de autoeficacia de una mujer sobre la negociación del preservativo en una situación sexual concreta puede elevar su intención de utilizar el preservativo en el futuro. Esta relación entre creencias de autoeficacia en la negociación del preservativo también se ha demostrado con otro tipo de comportamientos preventivos, como abstenerse de practicar el coito si no hay disponibles preservativos (Pearson, 2006).

La autoeficacia para el uso del preservativo (la creencia de que saben cómo utilizar un preservativo) es otro tipo específico de creencias de autoeficacia que también se han asociado de manera consistente al uso del condón y a la frecuencia de uso de éste en una gran variedad de poblaciones, tanto en mujeres como en hombres (Farmer y Meston, 2006). Por ejemplo, Davis et al. (2014) encontraron que la autoeficacia de uso del preservativo estaba positivamente asociada con la intención de uso de éste en el futuro. Tingey et al. (2017) demostraron que las creencias de autoeficacia para el uso del preservativo predecían la intención de uso del mismo en una muestra de jóvenes adolescentes indios-americanos. Baele, Dusseldorp y Maes (2001) examinaron qué medida de autoeficacia de uso del preservativo predecía mejor la intención de uso de éste y descubrieron que en personas con poca experiencia sexual, la autoeficacia global (no específica del uso del preservativo) predecía mejor la intención de uso de éste, mientras que en personas con experiencia, la autoeficacia específica de uso del preservativo era la que mejor predecía la intención de uso. Los autores sugieren que esta diferencia podría deberse a que las personas inexpertas deben confiar en cogniciones más generales que aquellos que sí tienen experiencias concretas, en los cuales el impacto de la autoeficacia global decrecería al disponer de creencias de autoeficacia concretas generadas a través de la experiencia.

Además de ser una variable predictora del uso del preservativo, también se ha probado que la autoeficacia puede actuar como variable mediadora, por ejemplo entre la confianza con la pareja y el uso del preservativo (Goodman, Harrell, Gitari, Keiser, y Raimer-Goodman, 2016).

Las creencias de autoeficacia también se han relacionado con otros comportamientos sexuales de tipo preventivo, como la abstinencia, negarse a tener relaciones sexuales no deseadas (Katz y Schneider, 2015), iniciarse más tarde en la práctica del coito (Boafo, Dagbanu y Asante, 2014; Tenkorang y Maticka-Tyndale 2014) o tener un menor número de parejas sexuales (Ritchwood, Penn, DiClemente, Rose y Sales, 2014). La autoeficacia específica para posponer el coito (creencia de que se es capaz de negarse a tener relaciones sexuales si no se desean o si no hay disponibles métodos de protección) también se ha asociado a menores niveles de violencia en la pareja (Boafo et al., 2014).

Lindberg (2000) demostró en su estudio cómo el conocimiento específico relacionado con el uso del preservativo tenía efectos positivos significativos sobre las creencias de autoeficacia del uso del preservativo y en el uso de éste, de forma que el conocimiento influye en el uso del preservativo de manera indirecta a través de la autoeficacia, lo cual es congruente con la teoría de Bandura en lo que se refiere a que el conocimiento incrementa la autoeficacia y que la autoeficacia incrementa la ejecución del comportamiento.

El conocimiento es necesario para poder generar actitudes y para desarrollar creencias de autoeficacia (Bandura, 1990). Mahat, Scoloveno y Ayres (2014) mencionan en su estudio sobre la eficacia de varios programas educativos para prevenir conductas de riesgo en adolescentes la fuerte correlación existente entre el conocimiento sobre VIH/SIDA y la autoeficacia percibida para limitar conductas de riesgo, y lo importante que resulta a la hora de promocionar comportamientos saludables en los adolescentes el facilitarles información sobre cómo se previenen y contagian las ETS y el VIH, además de sensibilizar a progenitores, profesorado y agentes de salud de la importancia que tiene la autoeficacia en la toma de decisiones de los adolescentes y de la necesidad de hallar la manera de que éstos puedan promocionar dichas creencias de autoeficacia. También se ha demostrado que la falta de conocimientos sexuales disminuye la percepción de autoeficacia sexual lo que, a su vez, disminuye la satisfacción sexual: cuando una persona confía en el conocimiento que ha aprendido y adquirido, se siente capaz de aplicar dicho conocimiento a sus experiencias sexuales, lo que hace que la probabilidad de que dichas experiencias sean satisfactorias aumenten (Hopkins, 2010). Que el conocimiento sexual está claramente ligado a la experiencia y al comportamiento sexual ya había sido constatado por Trolden y Jendrek (1987).

Farmer y Meston (2006) encontraron que las personas activas sexualmente con mayor autoeficacia para el uso del preservativo también tenían actitudes más positivas hacia el uso de éste y estaban más satisfechas con sus niveles de comunicación en temas sexuales. Espada, Morales, Guillén-Riquelme, Ballester y Orgilés (2016) demuestran en su estudio que las actitudes en relación al uso del preservativo son un buen predictor de la intención de uso del mismo, y Montanaro y Bryan (2014) que las actitudes en relación al uso del preservativo y la autoeficacia están asociadas con la intención de uso de éste, y que la intención de uso predice su uso final durante la fase de seguimiento. Asimismo, las

actitudes sexuales influyen en el nivel de conocimientos sobre sexualidad: una actitud más liberal incrementa la probabilidad de que la persona haga preguntas, se informe o comente temas relacionados con la sexualidad, lo que aumenta el nivel de conocimientos (Ross, 2008). Esta relación es bidireccional: el nivel de conocimientos también influye en las actitudes sexuales de los adolescentes (especialmente las actitudes sobre sexualidad, anticoncepción e infecciones de transmisión sexual), aunque el cambio actitudinal debido al aprendizaje de nuevos conocimientos no se produce a corto plazo, sino que necesita del cambio madurativo (Huerta-Franco, Díaz de León y Malacara, 1996). Stycos (1987) ya había demostrado previamente que las actitudes y los conocimientos sobre planificación familiar están altamente relacionados. Por otra parte, Huerta-Franco et al. (1996) también concluyeron que las actitudes sexuales de los adolescentes estaban fuertemente asociadas a los valores de sus familias y a las actitudes del grupo de iguales. Ozan, Aras, Semin y Orcin (2005) estudiaron la relación entre las actitudes sexuales y la probabilidad de que se realizasen comportamientos sexuales de riesgo.

Tenkorang y Maticka-Tyndale (2014) examinaron en su estudio la vulnerabilidad de jóvenes sud-saharianos a adelantar la edad de inicio de las relaciones sexuales (considerada ésta una conducta de riesgo para el contagio del VIH y otras ETS) y encontraron que aquellos jóvenes que tenían un mayor número de mitos o falsas creencias sobre el VIH tenían relaciones sexuales antes que los otros jóvenes. Los autores consideran que estos hallazgos subrayan la importancia que tiene proveer a la juventud no sólo de conocimientos fidedignos en relación con el VIH, sino también combatir las creencias disfuncionales o desadaptativas que socaban sus conocimientos sobre la infección. Zhang, Jemmott y Jemmott (2015) mostraron en su estudio que las creencias positivas sobre la abstinencia sexual se asocian con una disminución de la edad de inicio de las relaciones sexuales tanto directa como indirectamente, actuando como variable mediadora entre la intención de tener relaciones sexuales y el comportamiento sexual de abstinencia. Kalichman et al. (2006) demostraron que creer que el tratamiento del VIH evitaba el aumento de la carga viral aumentaba la probabilidad de que personas seropositivas realizaran comportamientos sexuales de riesgo como mantener relaciones coitales sin protección. Hay mucha literatura que relaciona las creencias erróneas o mitos sexuales con las disfunciones sexuales tanto masculinas como femeninas. (Kaplan, 1979; Heiman y LoPiccolo, 1988). También se ha demostrado una vinculación entre creencias sobre los

roles sexuales y los pensamientos y sentimientos sobre la orientación sexual (Striepe y Tolman, 2003).

En relación con los valores, Moore y Rosenthal (1993) ya establecieron que los valores de la pareja “romántica” afectaban la intención de realizar ciertos comportamientos sexuales. Por otra parte, las actitudes y las creencias de las personas suelen reflejar valores tradicionales colectivistas de la sociedad a la que éstas pertenecen (Kouta y Tolma, 2008).

Como era esperable, y coherente con la teoría de la autoeficacia, actitudes, conocimientos y creencias no sólo están relacionados con el comportamiento sexual tanto directamente como indirectamente a través de la autoeficacia, sino que muestran asociaciones complejas entre ellas.

3.2.2. Revisión de la evidencia entre variables socio-cognitivas, autoeficacia, comportamiento sexual y satisfacción sexual.

Como hemos visto, la mayoría de las investigaciones que han analizado la relación entre las creencias de autoeficacia y comportamientos relacionados con la salud sexual se han centrado en investigar creencias referidas a la habilidad o capacidad percibida por la persona para realizar comportamientos protectores como evitar comportamientos de riesgo (e.g., ser capaces de negarse a mantener relaciones sexuales sin protección, tener habilidad para negociar el preservativo, etc.). Sin embargo, son pocas las investigaciones que también han tenido en cuenta la capacidad o habilidad percibida por la persona para realizar comportamientos que puedan potenciar su satisfacción sexual (e.g., erotizar el uso del preservativo, incluir fantasías sexuales en la relación, probar técnicas nuevas, etc.).

3.3. Instrumentos de medida para la autoeficacia sexual y otras variables socio-cognitivas y el comportamiento sexual.

3.3.1. Instrumentos de medida para las variables socio-cognitivas.

Dado que conocimientos, creencias, actitudes y valores están fuertemente relacionadas entre sí y que en muchas ocasiones tiene sentido, tanto en la práctica clínica como en el campo de la investigación, evaluar una o más de estas variables, algunos de los instrumentos disponibles evalúan simultáneamente varias de estas variables, especialmente en relación con un aspecto concreto de la sexualidad humana como la anticoncepción. Hemos incluido en este apartado también aquellas medidas que evalúan a la vez comportamientos y/o autoeficacia junto con el resto de variables socio-cognitivas.

Cuestionarios Mathtech: Cuestionarios de Sexualidad para Adolescentes (*Mathtech Questionnaires: Sexuality Questionnaires for Adolescents*) (Kirby, 1998).

Machtech es un centro de investigación privado fundado por el Centro de Control de Enfermedades estadounidense que desarrolla métodos de evaluación para los programas de educación sexual. Esta batería incluye un test de conocimientos sexuales, un inventario de actitudes y valores sexuales y un inventario de comportamientos sexuales.

Test de Conocimientos:

Consta de 34 ítems de respuesta múltiple con tres, cuatro o cinco alternativas de respuesta, siendo sólo una de ellas correcta. Las preguntas tratan sobre desarrollo físico, relaciones, actividad sexual adolescente, la probabilidad de embarazo y ETS (e.g.: "*Si diez parejas practican el coito de manera regular sin utilizar ningún tipo de método anticonceptivo, el número de embarazos que se producen al cabo de un año es¹: (a) una, (b) tres, (c) seis, (d) nueve*, (e) ninguna de las anteriores*", "*Hoy en día es imposible curar: (a) sífilis, (b) gonorrea, (c) virus del herpes tipo 2*, (d) vaginitis, (e) todas las anteriores.*", "*Para utilizar un preservativo masculino de manera correcta, una persona*

¹ *Los asteriscos marcan la respuesta correcta.

debe: (a) dejar un poco de espacio en el extremo para el fluido, (b) utilizar uno nuevo cada vez que se practica el coito, (c) sujetarlo al pene mientras se retira de la vagina, (d) todas las anteriores*). Para obtener la puntuación hay que contar el número de respuestas correctas y dividir por 34.

Administraron el test a 58 adolescentes en una ocasión y otra vez al cabo de dos semanas, y el coeficiente de fiabilidad test-retest fue .89 (Kirby, 1998).

Inventario de Actitudes y Valores:

Este inventario contiene 70 ítems agrupados en 14 escalas: claridad de metas a largo plazo (e.g.: *"No sé lo que quiero de la vida"*), claridad de los valores sexuales personales (e.g.: *"Tengo muy claro qué es lo que para mí es correcto e incorrecto en relación a la sexualidad"*), comprensión de necesidades emocionales (e.g.: *"Sé lo que quiero y necesito emocionalmente"*), comprensión de comportamientos personales y sociales (e.g.: *"Comprendo cómo me comporto en presencia de los demás"*), comprensión de la respuesta sexual personal (e.g.: *"No sé mucho acerca de mis propias respuestas sexuales emocionales y físicas"*), actitud hacia los roles de género (e.g.: *"En casa y en el trabajo, las mujeres no deberían comportarse de manera diferente a los hombres, si son igualmente capaces"*), actitud hacia la sexualidad en la vida (e.g.: *"Las relaciones sexuales son una parte importante y de realización en la vida"*), actitud hacia la importancia del control de natalidad (e.g.: *"Dos personas que practican sexo deberían utilizar alguna forma de control de natalidad si no están preparados para tener hijos/as"*), actitud hacia el sexo antes del matrimonio (e.g.: *"La gente no debería tener relaciones sexuales antes del matrimonio"*), actitud hacia el uso de la fuerza y la presión en la actividad sexual (e.g.: *"Es correcto demandar relaciones sexuales de un novio o novia"*), reconocimiento de la importancia de la familia (e.g.: *"Las familias son muy importantes"*), autoestima (e.g.: *"Me gustaría sentir más respeto por mí mismo/a"*), satisfacción con la sexualidad personal (e.g.: *"No estoy feliz con mi vida sexual"*) y satisfacción con las relaciones sociales (e.g.: *"Estoy muy feliz con mis amistades"*). Cada ítem se puntúa según una escala tipo Likert con cinco niveles de respuesta (1 = completamente en desacuerdo a 5 = completamente de acuerdo) y algunos de los ítems están invertidos para evitar tendencias de respuesta. Para obtener la

puntuación final se realiza el sumatorio una vez invertidas las puntuaciones y se divide entre cinco. Puntuaciones más altas indican actitudes más favorables.

La consistencia interna oscila entre moderada y alta para todas las escalas ($.70 < \alpha < .94$), excepto para la escala actitudes hacia los roles de género ($\alpha = .66$) (Kirby, 1998).

Inventario de Comportamientos:

Este inventario mide tres aspectos fundamentales (la habilidad en la ejecución del comportamiento, el confort experimentado durante la realización del mismo y la frecuencia de ese comportamiento) de diferentes tipos de comportamientos sexuales. Está dividido en cuatro partes. La primera parte mide la frecuencia con la que el participante emplea ciertas habilidades de realización del comportamiento en una escala Likert con cinco niveles de respuesta (1 = casi nunca, en torno al 5% o menos, a 5 = casi siempre, sobre el 95% de las veces o más), (e.g.: "*Si practicas el coito con tu novio/novia, ¿con qué frecuencia puedes hablar con él/ella sobre control de la natalidad?*"). Existe una opción para indicar que la pregunta no se puede aplicar a las circunstancias concretas del participante. La segunda parte mide el nivel de confort en la realización de los comportamientos y se puntúa en una escala Likert con cuatro niveles de respuesta (1 = te sientes cómodo/a a 4 = te sientes muy incómodo/a), e igualmente incluye una opción en caso de que la pregunta no se pueda aplicar a las circunstancias personales del participante (e.g.: "*¿Cómo de cómodo/a te sientes saliendo con un grupo de amistades del otro sexo?*"). Las partes tercera (e.g.: "*¿Has practicado el coito alguna vez? Sí/No*") y cuarta (e.g.: "*Durante el último mes, ¿cuántas veces has tenido una conversación o discusión sobre sexo con tus amistades?*") miden la frecuencia de realización de algunos comportamientos sexuales. La puntuación de cada escala se obtiene sumando las respuestas y dividiendo por el número de preguntas de cada parte.

La consistencia interna es entre moderada y alta ($.58 < \alpha < .75$) (Kirby, 1998).

Para la realización de los estudios de esta Tesis Doctoral estos cuestionarios fueron descartados porque el test de conocimientos es excesivamente largo y además casi todas las preguntas se centran en conocimientos sobre anticoncepción y ETS, sin incluir nada de

género, sexualidad en general, etc. La medida de actitudes es muy completa, pero tampoco incluye nada sobre perspectiva de género, ni actitudes hacia comportamientos sexuales que no fueran específicamente preventivos. Por último, la medida de comportamiento tenía la ventaja de incluir tanto la habilidad como el confort con el comportamiento, pero estos indicadores no podrían sustituir a las medidas de satisfacción con el comportamiento ni a las creencias de autoeficacia en relación a éstos, por lo que no se adaptaba a nuestras necesidades. Además, el tipo y la cantidad de comportamientos a los que hace referencia son demasiado limitados.

Test de Conocimientos sobre Comportamientos Saludables en relación a las ETS (*STD Health Behavior Knowledge Test*) de W. L. Yarber (1988).

Este test se ha desarrollado como una medida para evaluar el conocimiento de jóvenes adultos sobre comportamientos preventivos individuales. Consta de diez ítems organizados en dos partes que abarcan tres áreas conceptuales², la naturaleza de las ETS (e.g.: "*¿Qué enfermedad es uno de los efectos secundarios más comunes de las ETS? (a) enfermedades del sistema nervioso central, (b) problemas cardíacos, (c) enfermedad inflamatoria pélvica (infección de los órganos sexuales internos de la mujer)*, (d) enfermedades de piel y ojos*), la prevención de las ETS (e.g.: "*¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la posibilidad de contraer una ETS no es cierta? (1) Es fácil contraer una ETS de objetos*, (2) Las personas con diferentes parejas sexuales tienen mayores posibilidades de contraer una ETS que aquellas con una sola pareja, (3) El riesgo de contraer una ETS se incrementa con cada nueva pareja sexual que tiene una persona, (4) Es imposible contagiarse de una ETS de ropas infectadas, sábanas y objetos similares*") y el tratamiento de las ETS (e.g.: "*¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre contagio de las ETS no es cierta? (a) un médico privado puede tratar las ETS, (b) los hospitales pueden tratar las ETS, (c) encontrar tratamiento para las ETS es fácil, (d) la mayoría de las clínicas de planificación familiar no ofrecen ayuda sobre ETS**"). Las puntuaciones oscilan entre cero y diez, y mayores puntuaciones indican mayor conocimiento en relación a los comportamientos preventivos individuales (Yarber, 1998).

² Los asteriscos marcan la respuesta correcta.

Yarber (1998) indica que la fiabilidad test-retest (entre cinco y siete días) es de .56. La consistencia interna es baja ($\alpha = .54$). La validez aparente de los ítems se basa en que éstos fueron desarrollados para reflejar comportamientos preventivos basándose en tablas de especificaciones y en que expertos en educación para la salud juzgaron cada ítem.

Este test se descartó no sólo porque solamente se centraba en comportamientos sobre ETS, sino porque no está validado con población española y algunos ítems no se podían aplicar por incluir información sobre sistemas que aquí son diferentes al país en el que se desarrolló el cuestionario.

Test de Conocimientos y Actitudes Sexuales (*Sex Knowledge and Attitude Test-SKAT*) de W. R. Miller y H. I. Lief (1979).

Este test se desarrolló para recopilar información no sólo sobre actitudes y conocimientos sexuales, tal y como refleja su nombre, sino también sobre el grado de experiencia en diversos comportamientos sexuales. Su objetivo era tanto servir como una ayuda para la enseñanza en cursos sobre sexualidad humana, como para la investigación en diversas áreas de la sexualidad. Es importante tener en cuenta que el SKAT no está diseñado para evaluar o diagnosticar personas a nivel individual, sino para obtener información sobre grupos de personas (Miller y Lief, 1979, citado en Lief, 1998).

El test consta de 149 preguntas de respuesta múltiple, agrupadas en cuatro apartados: (1) La sección de *actitudes* cuenta con 35 ítems, 14 de ellos formulados de manera inversa, valorados en una escala Likert con cinco niveles de respuesta. Incluye preguntas relacionadas con las actitudes en relación a la actividad sexual dentro, fuera y con anterioridad al matrimonio, autoeroticismo y aborto. (2) La sección de *conocimientos* contiene 71 ítems dicotómicos tipo verdadero/falso, sobre aspectos de la sexualidad tanto físicos como psicológicos y sociales. (3) La sección de *datos sociodemográficos* tiene 12 ítems. (4) La última sección versa sobre la *frecuencia de actividades* sexuales y cuenta con 31 ítems para recabar información sobre encuentros heterosexuales, actividades autoeróticas y en pareja (Lief, 1998).

Los autores realizaron análisis factoriales (con rotación oblicua) con los 50 ítems de la primera forma de la subescala de actitudes y obtuvieron cuatro factores: *Relaciones heterosexuales*, *aceptación de mitos sexuales*, *aborto* y *autoeroticismo*. Estos resultados fueron replicados en otros estudios con diferentes muestras y los cuatro factores fueron confirmados. La consistencia interna es aceptable para las cuatro dimensiones, siendo la más baja ($\alpha = .71$) para *Mitos Sexuales* y la más elevada ($\alpha = .86$) para *Relaciones Heterosexuales*. La validez de constructo se midió de dos maneras: (a) calculando las correlaciones entre las escalas del SKAT e ítems seleccionados de éste y (b) comparando las respuestas pre- y post-intervención. Los estudios correlacionales demostraron la validez de constructo, ya que cada uno de los cuatro factores de actitudes se relaciona con otras respuestas del SKAT de forma coherente con la interpretación y el significado de las escalas. Demostrar la validez de constructo para la escala de conocimientos según las correlaciones es más complejo; no obstante Lief (1998) señala que resulta significativo que la correlación más alta en relación con la escala de conocimientos es aquella entre conocimientos y mitos sexuales. Por último, Lief (1998) también menciona que son numerosos los estudios que han encontrado que las puntuaciones obtenidas en los instrumentos pasados tras una intervención orientada a aumentar el conocimiento y las actitudes de una determinada muestra son mayores que las obtenidas pre-intervención.

A pesar de que este instrumento incluía varios aspectos interesantes como los aspectos sociales y psicológicos en la sección de comportamientos, o contemplar temas importantes como la orientación sexual o autoerotismo, y de incluir preguntas sobre frecuencia de actividades sexuales, no estaba validado para población española.

Inventario de Conocimiento sobre Anticoncepción (*Contraceptive Knowledge Inventory*) de R. L. DelCampo, M. J. Sporkowski y D. S. DelCampo (1976).

Este inventario fue desarrollado inicialmente para uso con universitarios/as, aunque según DelCampo y DelCampo (1998) puede utilizarse con otras poblaciones, desde estudiantes de instituto hasta adultos. Su objetivo es valorar el conocimiento en relación a métodos anticonceptivos químicos, mecánicos y naturales.

Consta de 25 ítems de respuesta múltiple con cinco alternativas de respuesta de las que sólo una es correcta y la última siempre es "no lo sé". Cuanto mayor es la puntuación obtenida, mayor es el nivel de conocimientos. Las preguntas están formuladas de manera sencilla, evitando emplear términos muy técnicos, aunque es necesario que la persona esté familiarizada con ciertos términos para poder responderlo (e.g.³, "El diafragma cubre: (a) las trompas de Falopio, (b) el cuello del útero*, (c) la vagina, (d) los ovarios, (e) no lo sé.", "La principal función de los anticonceptivos orales (la píldora) es: (a) matar el esperma, (b) suprimir la ovulación*, (c) impedir la implantación del cigoto, (d) regular la ovulación, (e) no lo sé", "Un método que, además de ser anticonceptivo, protege de las ETS, es: (a) el dispositivo intrauterino, (b) el preservativo masculino*, (c) la ducha vaginal, (d) la espuma anticonceptiva, (e) no lo sé").

La fiabilidad test-retest del instrumento se valoró con la versión inicial de 26 ítems calculando el coeficiente Rho de Spearman, obteniendo una correlación positiva ($\rho = .89$; $N = 21$) y con la versión final de 25 ítems utilizando la técnica de Kuder-Richardson ($KR-20 = .86$; $N = 176$). Los autores asumen la validez aparente del instrumento porque sólo evalúa conocimientos en cuanto a anticoncepción.

Este instrumento se ha utilizado con diferentes muestras (hombres y mujeres, estudiantes de diferentes edades y niveles académicos, personas de etnias distintas) y ha sido capaz de predecir cambios en el conocimiento sobre anticoncepción (DelCampo, 1973; DelCampo et al., 1976, citados en DelCampo y DelCampo, 1998).

Este instrumento se excluyó debido a su extensión y a que muchos ítems resultaban demasiado complicados, puesto que versaban sobre aspectos muy concretos sobre el uso de métodos anticonceptivos cuyo uso es poco frecuente en mujeres jóvenes (DIU, por ejemplo).

³ Los asteriscos marcan la respuesta correcta.

Escala de Conocimientos sobre Uso del Preservativo (*Condom Use Knowledge Scale-CUKS*) de C. E. Lindberg (1996).

Esta escala evalúa el conocimiento específico en relación con el uso correcto del preservativo masculino. Consta de 19 ítems de respuesta múltiple, con cuatro opciones de respuesta. Los ítems versan sobre temas esenciales en relación con el uso apropiado de los preservativos como forma de prevenir las ETS, como tipos de preservativo, cómo adquirirlos y almacenarlos correctamente, uso de lubricantes apropiados y técnicas adecuadas para colocarlos y retirarlos debidamente. La puntuación final se obtiene sumando el número de respuestas correctas. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el nivel de conocimientos.

El CUKS muestra un índice de validez de contenido de .95. La consistencia interna es aceptable ($\alpha = .71$) (Lindberg, 1996, citado en Lindberg, 2000).

Aunque esta escala resultaba insuficiente para valorar todos los conocimientos sexuales que deseábamos evaluar, cuenta con la ventaja de incluir aspectos fundamentales sobre el conocimiento del uso del preservativo.

Escala de Actitudes Sexuales (*Sexual Attitude Scale-SAS*) de W. W. Hudson y G. G. Murphy y P. S. Nurius (1983).

Es una escala breve diseñada para discriminar entre actitudes liberales o más conservadoras en relación a la expresión sexual. Contiene 25 ítems tipo Likert con cinco niveles de respuesta (1 = completamente en desacuerdo a 5 = completamente de acuerdo), todos, excepto dos, redactados de forma positiva (e.g.: "*Creo que hoy en día los adultos tienen demasiada libertad sexual*", "*Las personas no deberían masturbarse*", "*El sexo sólo debería tener fines reproductivos*"). Puntuaciones más altas indican mayor grado de conservadurismo y puntuaciones más bajas indican actitudes más liberales. Puede emplearse con cualquier muestra mayor de 12 años. La escala tiene una consistencia interna muy alta ($\alpha = .94$) pero los datos de la fiabilidad test-retest no están disponibles (Hudson y Murphy, 1998).

Esta escala no resultaba apta para cubrir las necesidades de los estudios porque resultaba incompleta, a pesar de incluir actitudes variadas.

Cuestionario de Actitudes hacia la Erótica (*Attitudes Toward Erotica Questionnaire-ATEQ*) de I. L. Lottes, M. S. Weinberg e I. Weller (1993).

Este cuestionario tiene un origen curioso. Un estudiante de una universidad americana fue arrestado por mostrar una película de contenido explícito con la intención de recaudar dinero para su residencia de estudiantes. Este hecho creó una gran controversia entre los estudiantes, el profesorado y la administración. Como resultado, dicha universidad creó un grupo de trabajo específico para investigar las actitudes en relación a la pornografía, que acabó desarrollando este cuestionario.

Debido a la gran variedad existente en cuanto al material pornográfico explícito, los autores no han desarrollado una medida para medir actitudes hacia la pornografía en general, sino que ésta debe adaptarse a cada material concreto, para evaluar las actitudes específicas hacia ese material. El cuestionario incluye tres subescalas: La escala "*Efectos Perjudiciales*" contiene nueve ítems que evalúan las actitudes sobre los efectos nocivos de la pornografía (e.g.: "*El material pornográfico incrementa la probabilidad de que se produzca violencia sexual*"). La escala "*Efectos Positivos*" contiene siete ítems (e.g.: "*Este tipo de material puede enseñar técnicas sexuales a la gente*"). La última escala "*Restricciones*" cuenta con cinco ítems (e.g.: "*Estos materiales deberían ser ilegales*"). Las opciones de respuesta, en una escala Likert con cinco niveles, oscilan desde uno (completamente en desacuerdo) a cinco (completamente de acuerdo). Las puntuaciones para la escala "Efectos Perjudiciales" oscilan entre nueve y 45, siendo las actitudes a favor de los efectos dañinos de la pornografía mayores cuanto mayor es la puntuación. Los valores de la escala "Efectos Positivos" oscilan entre siete y 35, puntuaciones más altas indican mayores efectos positivos atribuidos a la pornografía. Por último, en la escala de "Restricciones" cuatro ítems están redactados de manera inversa. Una vez invertidas las puntuaciones, el sumatorio oscila entre cinco y 25, y cuanto mayor es la puntuación, más actitudes existen a favor de la restricción de la pornografía (Lottes y Weinberg, 1998).

Los autores encontraron que los/as participantes que eran más religiosos, menos activos sexualmente y que usaban pornografía con menos frecuencia solían evaluar que la pornografía era más perjudicial y que tenía menos efectos positivos que aquellos/as participantes que eran menos religiosos, más activos sexualmente y que consumían pornografía con más frecuencia. Estas correlaciones significativas apoyan la validez de constructo. Por otra parte, los valores de consistencia interna de las tres escalas en los estudios realizados con materiales pornográficos audiovisuales norteamericanos son todos entre moderados y altos (Lottes y Weinberg, 1998).

Dado que este cuestionario está pensado para evaluar las actitudes hacia materiales pornográficos concretos, no convenía utilizarlo para los estudios proyectados. No obstante su contenido resulta interesante, ya que existen pocos instrumentos que midan actitudes hacia este tipo de materiales.

Escala de Doble Moral (*Double Standard Scale-DSS*) de S. L. Caron, C. M. Davis, W. A. Halteman y M. Stickle (1993).

Esta escala evalúa la aprobación de las normas tradicionales de doble moral sexual (e.g.: *"Se espera que una mujer tenga menos experiencia sexual que un hombre"*, *"Una mujer nunca debería aparentar estar preparada para tener un encuentro sexual"*, *"Es importante para un hombre tener múltiples experiencias sexuales para ganar experiencia"*). Consta de diez ítems valorados en una escala Likert con cinco niveles de respuesta (1 = completamente en desacuerdo a 5 = completamente de acuerdo). El rango de puntuaciones oscila de diez a 50, y una menor puntuación indica mayor aceptación de las normas tradicionales de género. Sólo el ítem número 8 (*"Es aceptable que una mujer lleve preservativos"*) está invertido. Caron, Davis, Halteman y Stickle (1993, citado en Kennett, Humphreys y Bramley, 2013) evaluaron la consistencia interna de la escala y obtuvieron una puntuación aceptable ($\alpha = .72$).

Aunque esta escala no se utilizó para recabar datos, el contenido se considera de interés y se tuvo en cuenta a la hora de desarrollar los instrumentos de medida que se explican en el siguiente capítulo.

Escala de Doble Estándar Sexual (*Sexual Double Standard Scale-SDS*) de C. L. Muehlenhard y D. M. Quackenbush (1996).

Esta escala se desarrolló para evaluar el grado de acuerdo con la doble moral tradicional. Cuenta con 26 ítems valorados en una escala tipo Likert con cuatro niveles de respuesta desde 0 = completo desacuerdo hasta 3 = completo acuerdo. Seis de los ítems comparan la actitud hacia el mismo comportamiento cuando el protagonista es un hombre o una mujer dentro de la misma pregunta (e.g.: "*Que una mujer practique sexo casual es tan aceptable para mí como que lo haga un hombre*", "*Es tan importante para un hombre llegar virgen al matrimonio como lo es para una mujer*"). Otros 20 ítems están emparejados: uno de ellos pregunta por la actitud hacia determinados comportamientos en un hombre, y otro pregunta por el mismo comportamiento si la protagonista es una mujer (e.g.: Ítem núm. 6: "*Admiro a una mujer que ha practicado el sexo con un montón de chicos*" e ítem núm. 10: "*Admiro a un hombre que ha practicado el sexo con un montón de chicas*"). Para obtener la puntuación, en primer lugar hay que invertir la puntuación de los ítems negativos individuales. En el caso de los ítems emparejados será necesario sustraer a las respuestas a los ítems negativos sobre mujeres activas sexualmente las respuestas de los ítems negativos sobre hombres activos sexualmente, por una parte, y restar a las puntuaciones de los ítems afirmativos sobre hombres activos sexualmente las puntuaciones de los ítems afirmativos sobre mujeres activas sexualmente. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de los seis ítems individuales y las diferencias de los diez pares de ítems. Los valores pueden oscilar desde 48 (máxima aceptación de la doble moral sexual que permite más libertad a los hombres que a las mujeres) hasta -30 (mínima aceptación de la doble moral). Una puntuación de cero indicaría que se tienen las mismas actitudes para ambos sexos, independientemente de su valor (más restrictivo o más liberal) (Muehlenhard y Quackenbush, 1998).

Las autoras refieren una consistencia interna moderada ($\alpha = .73$; $N = 463$) para la propia aceptación de la doble moral por mujeres, una consistencia alta ($\alpha = .82$; $N = 461$) para las predicciones de las mujeres sobre cómo habrían respondido sus parejas y una consistencia moderada ($\alpha = .76$; $N = 255$) para la aceptación de la doble moral tradicional por parte de los hombres. La puntuación más baja ($\alpha = .62$; $N = 255$) la obtuvo la predicción de los hombres sobre cómo habrían respondido sus parejas. En cuanto a la validez, Muehlenhard

y McCoy (1991, citado en Muehlenhard y Queackebush, 1998) encontraron que el SDS correlacionaba significativamente con la forma corta de la Escala de Actitudes hacia la Mujer (AWS, por sus siglas en inglés) de Spence, Helmreich y Stapp (1973).

Esta escala es incluso más completa que la escala anterior. No obstante, sólo mide uno de los aspectos que deseábamos analizar, de modo que su uso se veía supeditado a utilizar otros instrumentos que lo ampliasen, de forma que, en ausencia de otras medidas que la completaran, fue descartada.

Encuesta de Opinión Sexual (*Sexual Opinion Survey-SOS*) de W. A. Fisher, D. Byrne, L. A. White y K. Kelley, (1988).

Esta encuesta fue desarrollada para medir tanto los antecedentes como las consecuencias de la erotofobia-erotofilia. Según los autores, la erotofobia/erotofilia es una disposición aprendida a responder ante los estímulos sexuales en función de los resultados de la evaluación personal realizada en una dimensión de afecto positivo-negativo. Los resultados de esta evaluación afectiva están fundamentados en las experiencias previas de exposición a las restricciones sexuales y a los castigos durante la socialización. Por tanto, la disposición a la erotofobia o a la erotofilia influye en las respuestas de evitación o aproximación a la sexualidad en una gran variedad de situaciones (Fisher, Byrne, White y Kelley, 1988).

La encuesta consta de 21 ítems puntuados en una escala Likert con siete niveles de respuesta (1 = completamente en desacuerdo a 7 = completamente de acuerdo) que pretenden evaluar las respuestas afectivas-evaluativas en una variedad de temas sexuales, entre ellos, el comportamiento homosexual, heterosexual y autosexual, las fantasías sexuales y los estímulos visuales (e.g.: "*La masturbación puede ser una experiencia interesante*", "*Ver una película pornográfica podría resultarme excitante*", "*Pensar que podría tener tendencias homosexuales no me preocuparía en absoluto*"). Diez ítems están formulados de manera inversa (e.g.: "*Si la gente pensara que estoy interesado/a en el sexo oral, me sentiría avergonzado/a*", "*Si me enterara de que una amistad cercana a mi fuera homosexual, eso me molestaría*", "*Casi todo el material pornográfico es nauseabundo*").

Una vez invertidas las puntuaciones y realizado el sumatorio de las respuestas a los ítems, puntuaciones más altas indican mayor erotofilia (Fisher, 1998).

Los autores informan de una buena correlación entre los ítems y las respuestas afectivas tanto de hombres como de mujeres y de una adecuada consistencia interna en varias muestras ($\alpha = .86$ y $.82$ para dos muestras diferentes de mujeres). La evidencia de validez discriminativa la fundamentan en que el SOS no correlaciona con medidas de deseabilidad social (Fisher et al., 1988).

En principio, los autores no agruparon los 21 ítems en diferentes dimensiones, si bien comentan un estudio (Gilbert y Gamache, 1984 citado en Fisher et al., 1988) en el que los análisis factoriales revelaron la existencia de tres factores: exhibición/apertura a la sexualidad, variedad sexual y homoerotismo. Rise, Traeen y Karft (1994, citado en Fisher, 1998) obtuvieron en su estudio con adolescentes noruegos cuatro factores: erotofilia (respuestas positivas hacia la sexualidad), sexo no convencional (respuestas positivas a sexo poco convencional), erotofobia (respuestas negativas hacia la sexualidad) y orientación homosexual (respuestas positivas y negativas a la homosexualidad). Caron y Carter (1997) encontraron cuatro factores: actitudes positivas hacia la autosexualidad, actitudes positivas hacia la heterosexualidad, actitudes negativas hacia la pornografía y actitudes negativas hacia la homosexualidad. Tal y como admiten los autores, es necesario realizar más investigaciones para demostrar la estabilidad de esos factores y para clarificar la verdadera utilidad de las puntuaciones de subescalas basadas en esos supuestos factores (Fisher, 1998).

A pesar de la dificultad para establecer qué factores o dimensiones componen el SOS, las puntuaciones obtenidas en éste pueden predecir diferencias en relación a la exposición de las personas a situaciones sexuales, la respuesta a estímulos eróticos, la posibilidad de utilizar fantasías sexuales o el compromiso con el cuidado de la salud, entre otras variables (Fisher et al., 1988).

Este instrumento es bastante conocido y se emplea a menudo, especialmente en el contexto clínico. Dado que mide una variable que nosotros no contemplamos incluir en nuestros estudios, aunque es indudable que guarda una estrecha relación con ellas, no se incluyó como instrumento de medida. No obstante, el ítem *"Si me enterara de que una*

amistad cercana a mi fuera homosexual, eso me molestaría" sirvió de punto de partida para la elaboración de dos de las preguntas de la entrevista que será presentada en el apartado de metodología.

Inventario de Actitudes Negativas hacia la Masturbación (*Negative Attitudes Toward Masturbation Inventory*) de P. R. Abramson y D. L. Mosher (1975).

Para diseñar las preguntas de este inventario los autores utilizaron las respuestas obtenidas a una entrevista con preguntas abiertas sobre las consecuencias de la masturbación. El instrumento consta de 30 ítems (e.g.: "*Después de masturbarse una persona se siente degradada.*", "*La masturbación es un hábito compulsivo y adictivo que es imposible detener una vez se ha adquirido*", "*La masturbación en el adulto es un acto infantil e inmaduro*") algunos de los cuales están redactados de manera inversa para evitar tendencias de respuesta (e.g.: "*La masturbación puede aportar un respiro inofensivo de las tensiones sexuales*", "*Masturbarse excesivamente es físicamente imposible, lo que lo convierte en una preocupación innecesaria*", "*La masturbación es un asunto privado que ni daña ni concierne a nadie más*"). Los ítems se puntúan en una escala Likert con cinco niveles de respuesta (1 = completamente falso a 5 = extremadamente verdadero). Una vez invertidas las puntuaciones de los ítems positivos, se realiza un sumatorio. Las puntuaciones más altas indican menor número de actitudes negativas hacia la masturbación (Mosher, 1998).

Los autores calcularon la correlación entre la puntuación de cada ítem y la puntuación total en la escala sin contar dicho ítem. Todos los ítems salvo el primero correlacionaban significativamente y 23 de los 30 lo hacían con un nivel de significación $p < .001$. El coeficiente de fiabilidad entre las dos mitades, corregido con la fórmula Spearman-Brown, fue de .75. Los análisis factoriales revelan la existencia de tres factores: *actitudes positivas hacia la masturbación*, *falsas creencias sobre la naturaleza perjudicial de la masturbación* y *afectos negativos asociados con la masturbación*. También contrastaron las respuestas al inventario con la frecuencia real de masturbación, tanto en hombres como en mujeres, y encontraron correlaciones significativas, lo que los autores interpretan como una fuerte evidencia de la validez de su medida (Mosher, 1998).

Éste es otro ejemplo de cuestionario que resulta demasiado específico para poder ser empleado como instrumento de medida, ya que sólo versa sobre un único comportamiento y nosotros deseábamos, precisamente, evaluar un gran abanico de conductas sexuales.

Escala de Estereotipos sobre SIDA (*Stereotypes About AIDS Scale-SAAS*) de W. E. Snell Jr., P. D. Finney y L. J. Golwin (1991).

La escala de estereotipos sobre SIDA es una medida multidimensional. La selección de los estereotipos que la conforman se basó en una revisión de la literatura. La escala evalúa cuatro categorías de estereotipos, que conforman las cuatro secciones de la escala: (a) creencias estereotípicas globales sobre SIDA, (b) actitudes personales sobre SIDA, (c) cuestiones médicas sobre SIDA y (d) cuestiones sexuales sobre SIDA (Snell, Finney y Godwin, 1998).

La primera sección de la escala contiene 30 ítems que se agrupan a su vez en cuatro subescalas sobre la necesidad de educar sobre SIDA (e.g.: *"La gente necesita educación para aprender a evitar el contagio del virus del SIDA"*, *"Es necesario educar sobre SIDA en la escuela"*), la confidencialidad (e.g.: *"Las personas con SIDA no tienen realmente derecho a la confidencialidad sobre su enfermedad"*, *"Los empleadores/as tienen el derecho a saber si alguno de sus trabajadores/as tiene SIDA"*), la transmisión del VIH (e.g.: *"El SIDA se puede transmitir compartiendo cubiertos con un paciente con SIDA"*, *"Una persona puede contagiarse del SIDA de sus compañeros de trabajo"*) y la homosexualidad como causa del SIDA (e.g.: *"La homosexualidad causa el SIDA"*, *"El SIDA es el recurso de Dios para deshacerse de las personas homosexuales"*). La segunda sección consta de 35 ítems agrupados en cinco subescalas relacionadas con estereotipos sobre el deseo de evitar a las personas enfermas de SIDA (e.g.: *"No deseo hablar o interactuar con alguien que tenga SIDA"*, *"No se debería permitir que los/as niños/as con SIDA acudan a colegios públicos"*), el considerar que el SIDA tiene poca relevancia para uno/a mismo/a (e.g.: *"El SIDA no es mi problema, sino el de otros"*, *"Tengo menos posibilidades que otras personas de contagiarme del SIDA"*), la aproximación inflexible al SIDA (e.g.: *"No puedes enseñar a los/as niños/as pequeños/as sobre SIDA"*, *"El SIDA acabará por llevar el sistema sanitario estadounidense a la quiebra"*), la creencia de que el tema del SIDA se ha exagerado (e.g.: *"El SIDA no es un problema tan serio como sugieren los medios"*, *"La*

gente está exagerando el tema del SIDA a niveles desproporcionados") y la noción de que el SIDA es un castigo moral (e.g.: "La gente que muere de SIDA está siendo castigada por sus faltas pasadas", "El SIDA es un castigo de Dios a la inmoralidad"). La tercera escala tiene 30 ítems y forma a su vez cuatro escalas: el SIDA como amenaza para el personal sanitario (e.g.: "Los/as doctores/as pueden contagiarse del SIDA si tratan pacientes con esta enfermedad", "Los/as pacientes con SIDA contaminarán al personal médico y a otros pacientes del hospital"), la necesidad de proteger los bancos de sangre (estadounidenses) del SIDA (e.g.: "Es importante mantener a salvo los bancos de sangre debido al SIDA", "El SIDA se ha asociado a las transfusiones sanguíneas"), la cura del SIDA (e.g.: "Hay una vacuna que previene el contagio del SIDA", "La gente con SIDA puede curarse si buscan atención médica") y la necesidad de llevar a cabo pruebas de SIDA (e.g.: "Los hospitales deberían tener el derecho de hacer pruebas a todos/as los/as pacientes para detectar si tienen SIDA", "El test del SIDA no siempre puede identificar a una persona que se ha contagiado del SIDA recientemente"). La cuarta y última escala, con 20 ítems, es la más corta y sólo tiene dos subescalas, una sobre la relación entre SIDA y actividad sexual (e.g.: "El SIDA se transmite principalmente a través de las relaciones sexuales", "Cuanto más parejas sexuales tengas, mayor es la probabilidad de contagiarse del SIDA") y otra sobre estereotipos sobre la prevención del SIDA utilizando preservativos (e.g.: "El uso apropiado de los preservativos puede reducir el riesgo de contagiarse del SIDA", "Los preservativos son un escudo de seguridad contra el SIDA"). Todos los ítems de las cuatro secciones se puntúan utilizando una escala tipo Likert con cinco niveles de respuesta (+2 = de acuerdo, 0 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, -2 = en desacuerdo). Mayores puntuaciones positivas indican mayor acuerdo con los estereotipos y, a la inversa, mayores puntuaciones negativas indican menor acuerdo con dichos estereotipos (Snell, Finney y Godwin, 1998).

Según los autores, la consistencia interna de las escalas de la primera sección es moderada a alta ($.75 < \alpha < .85$), al igual que la de las secciones segunda ($.72 < \alpha < .87$) y cuarta ($\alpha = .86$ y $\alpha = .78$). La consistencia interna de la segunda sección es algo más baja ($.64 < \alpha < .83$).

Esta escala resultaba demasiado específica como para emplearla en el proceso de recogida de datos, puesto que no nos interesaba tanto medir estereotipos sobre una ETS

concreta. No obstante, se valoró la posibilidad de incluir en los autoinformes a utilizar en los estudios de esta Tesis Doctoral una pregunta sobre creencias sobre ETS para hacer aún más amplio el autoinforme, para lo cual podrían haberse adaptado algunos ítems. Finalmente, debido a la extensión de los autoinformes y a que nuestro principal objetivo no es el trabajo sobre ETS se decidió no añadir dicha pregunta.

3.3.2. Instrumentos de medida para comportamientos sexuales.

La mayoría de los cuestionarios que miden comportamientos sexuales se han centrado en aspectos muy concretos relacionados con el comportamiento sexual, como la asertividad en la comunicación de temas sexuales, en conductas problemáticas o disfuncionales concretas (como la agresividad), o en el funcionamiento sexual, general o en relación a una fase de la respuesta sexual humana específica (e.g., Inventario de Deseo Sexual de Spector, Carey y Steinberg, 1996). Debido a que los primeros estudios sobre la satisfacción sexual consideraban que el funcionamiento sexual era un indicador de los niveles de satisfacción, algunas de las medidas de funcionamiento sexual más importantes ya fueron descritas en el capítulo anterior. En este apartado pasamos a describir los instrumentos que valoran únicamente la frecuencia de comportamientos sexuales, o que incluyen la evaluación de otras variables incluidas en los estudios de la parte IV.

Escala Cowart-Pollack de Experiencia Sexual (*Cowart-Pollack Scale of Sexual Experience*) de D. Cowart-Steckler y R. H. Pollack (1979).

Consiste en dos listados de comportamientos heterosexuales (uno con 31 ítems para hombres y otro con 30 ítems para mujeres) con los que se pretende evaluar la experiencia sexual de una persona o grupo de personas. Se puede emplear tanto en el ámbito clínico, como en la investigación y con población escolar.

Las listas incluyen un amplio abanico de comportamientos sexuales, incluyendo contactos orales, diferentes posiciones durante el coito, observación de personas desnudas, exposición a materiales eróticos o a los conocidos como "porno duro o *hardcore*", etc. Para ordenar los ítems de la escala, los autores utilizaron la técnica de escalamiento de Guttman,

la cual asume que las personas que experimentan un determinado comportamiento sexual de forma poco frecuente han experimentado con anterioridad uno de los comportamientos más habituales. Al aplicar la técnica de Guttman a las experiencias sexuales pretendían comprobar si las relaciones heterosexuales progresaban a través de una secuencia de experiencias similar (Coward-Steckler y Pollack 1998).

Se presenta a los/as participantes la lista de comportamientos ordenados de manera aleatoria y simplemente se les pide que indiquen si lo han realizado o no. No se obtiene una puntuación total, sino que se comparan las puntuaciones con el estándar obtenido por los autores y se obtiene así un índice del nivel de experiencia sexual de la persona.

Según Coward-Steckler y Pollack (1998), el coeficiente de reproductibilidad de la escala es de .85 para la escala para hombres y .88 para la de mujeres.

Aunque el listado de comportamientos incluye algunos muy variados, es muy específico para algunos tipos de comportamientos (la masturbación, por ejemplo) y deja fuera otros muchos comportamientos (e.g., besar, acariciar, jugar a la seducción) que nos interesaba evaluar. Por este motivo, no se incluyó en el protocolo de evaluación.

Escala de Ensoñaciones Sexuales (*Sexual Daydreaming Scale-SDS*) de L. M. Giambra y J. L. Singer (1998).

Esta escala forma parte de un cuestionario mucho mayor, el Inventario de Procesos de Imaginación (*Imaginal Processes Inventory-IPI*), desarrollado para medir varios aspectos de las ensoñaciones y otros procesos mentales como la atención o la curiosidad. La Escala de Ensoñaciones Sexuales se diseñó para evaluar la probabilidad de que una persona tenga ensoñaciones de contenido erótico (Giambra y Singer, 1998).

La escala contiene 12 ítems valorados en una escala Likert con cinco niveles de respuesta (e.g.: "*Mis ensoñaciones sobre el amor son tan vívidas, que realmente siento como si estuvieran ocurriendo realmente*", "*Mientras estoy concentrado/a en mi trabajo, mi mente divaga hacia pensamientos sobre sexo*", "*Mis ensoñaciones tienden a excitarme sexualmente*"). No hay ítems inversos, de forma que para obtener la puntuación de la escala sólo es necesario realizar el sumatorio de todas las respuestas. Los valores pueden

oscilar entre cero y 48 (si utilizan una escala de 0 = definitivamente no es cierto para mí a 4 = muy cierto para mí) o de 12 a 60 (en los estudios en los que utilizan una escala de uno a cinco). Las puntuaciones más elevadas implican mayor probabilidad de que la persona tenga ensoñaciones de tipo sexual.

La consistencia interna obtenida en los estudios realizados por los propios autores es alta ($\alpha = .87$ y $.93$, en dos muestras diferentes). La fiabilidad test-retest con lapsos de tiempo desde un mes hasta tres años fue de $.58$ ($N = 45$), sin que se aprecien diferencias significativas entre la primera y la segunda pasación (Giambra y Singer, 1998).

Este instrumento era demasiado concreto y no consideramos que "ensoñaciones" pudiera considerarse el mismo constructo que "fantasías", por lo que no se adaptó ningún ítem.

Escala de Efectos del Consumo de Pornografía (*Pornography Consumption Effect Scale-PCES*), de G. M. Hald y N. M. Malamuth, subescala del Cuestionario de Consumo de Pornografía (*Pornography Consumption Questionnaire-PCQ*) de G. M. Hald (2006).

Ésta es una de las pocas medidas que evalúan el uso de materiales pornográficos. La escala consta de 139 ítems divididos en cuatro apartados. El primer apartado incluye sólo las instrucciones sobre cómo completar el cuestionario y una definición del término pornografía. La segunda parte comprende 12 ítems, diez sobre características socio-demográficas y dos específicamente diseñados para mujeres, sobre uso de métodos anticonceptivos y ciclo menstrual. La tercera parte consta de 65 ítems, siete ítems sobre los patrones de exposición a material pornográfico en los últimos 12 meses, un ítem sobre la edad a la que se produjo la primera exposición, 14 ítems sobre el tiempo y la frecuencia de exposición, diez ítems sobre desarrollo de los patrones de consumo, dos ítems sobre preferencias, 21 ítems sobre contexto personal e interpersonal de la exposición, seis ítems sobre dinero invertido en material pornográfico y cuatro ítems sobre comportamiento sexual relacionado con el consumo (Hald, 2006).

La cuarta y última parte incluye un total de 47 ítems que conforman la Escala de Efectos del Consumo de Pornografía (*Pornography Consumption Effect Scale-PCES*), que mide la

experiencia individual de los efectos positivos/negativos del consumo de pornografía en los comportamientos sexuales, las actitudes hacia el sexo, el conocimiento sexual, la vida en general y las actitudes y percepciones sobre el otro género. Esta última escala se valora según una escala tipo Likert con siete niveles de respuesta (1 = no, en absoluto a 7 = todo lo posible). Se puede obtener una puntuación total para los efectos positivos y otra para los efectos negativos. Los análisis de intercorrelaciones entre las diferentes dimensiones (efectos de la pornografía en los comportamientos sexuales, en las actitudes hacia el sexo, en los conocimientos sexuales, la vida en general y las actitudes y percepciones sobre el otro género) fueron elevadas ($r = .43-.97$; $p < .001$). Las dimensiones Efecto Positivo y Efecto Negativo no correlacionaron significativamente entre sí, lo que indica que son dos efectos separados y diferentes, resultado que fue confirmado por un análisis factorial. La consistencia interna es alta para las dos dimensiones ($\alpha = .91$ para la dimensión Efecto Positivo y $\alpha = .82$ para la dimensión Efecto Negativo) (Hald y Malamuth, 2008).

A pesar de que esta escala es muy completa porque incluye tanto actitudes y conocimientos como el propio comportamiento de utilizar material erótico y pornográfico, finalmente nosotros no hemos profundizado en la investigación en el uso de este tipo de material debido a que la extensión de los autoinformes podría llegar a ser poco operativizable.

3.3.3. Instrumentos de medida para autoeficacia en relación con la sexualidad.

Medida de la Autoeficacia para Realizar Comportamientos Sexuales Preventivos (*Self-Efficacy Instrument for Protective Sexual Behaviors*) de S. Kasen, R. D. Vaughan y H. J. Walter (1992).

Es una escala de 22 ítems diseñada para evaluar las creencias de autoeficacia en relación a tres tipos de comportamientos sexuales preventivos: rechazar practicar el coito en diferentes situaciones (nueve ítems) (e.g.: *"En una escala de uno a cinco, indica cómo de seguro/a estás de poder decir NO a practicar el coito para cada ítem: (1) Con alguien a quien conoces desde hace unos pocos días o menos; (4) con alguien con quien deseas volver a quedar, (7) con alguien que te está presionando para que practiques el coito, ..."*),

hacer preguntas a potenciales parejas sexuales sobre su historia sexual y consumo de sustancias previo (cinco ítems) (e.g.: "En una escala de uno a cinco, indica cómo de seguro/a estás de poder discutir los siguientes temas con tu pareja: (1) Preguntarle si alguna vez ha consumido drogas por vía intravenosa, (2) discutir sobre prevención del SIDA o ETS o embarazo con tu pareja, (5) preguntarle a tu pareja si alguna vez ha tenido una ETS,...) y obtener y utilizar el preservativo masculino en varias situaciones (ocho ítems) (e.g.: "En una escala de uno a cinco, indica cómo de seguro/a estás de poder realizar cada uno de los siguientes comportamientos: (1) Utilizar un preservativo correctamente, (4) utilizar un preservativo durante las relaciones sexuales después de consumir marihuana, (7) conseguir el dinero para comprar preservativos,...). Todos los ítems se valoran en una escala tipo Likert (1 = nada seguro/a a 5 = muy seguro/a). Se pueden obtener puntuaciones para cada subescala y una puntuación global, en la que mayores puntuaciones indican mayores niveles de autoeficacia (Cecil y Pinkerton 1998).

Cecil y Pinkerton (1998) analizaron la fiabilidad y la validez de esta medida. Obtuvieron una consistencia interna moderada para las tres subescalas: $\alpha = .85$ para la subescala *rechazar tener relaciones sexuales*, $\alpha = .80$ para la subescala *preguntar a potenciales parejas sexuales* y $\alpha = .81$ para la subescala *obtener y utilizar el preservativo masculino*. Analizaron la validez convergente examinando las inter-correlaciones entre las tres subescalas y las correlaciones bivariadas entre la escala de autoeficacia y una escala de cinco ítem creada *ad-hoc* para evaluar los comportamientos auto-protectivos. Todas las intercorrelaciones fueron significativas ($p < .001$), así como las correlaciones bivariadas ($p < .05$) (ver Cecil y Pinkerton, 1998, para detalles).

Esta medida se utilizó como base para desarrollar el autoinforme sobre autoeficacia sexual que expondremos en la sección de metodología. Adoptamos la estructura de tres preguntas, una sobre capacidad para negarse a tener relaciones sexuales, otra para evaluar la capacidad de hablar con la pareja y la tercera sobre la seguridad para poder realizar ciertos comportamientos. Sin embargo, en nuestro autoinforme ampliamos el tipo de comportamientos desde los estrictamente preventivos hasta aquellos cuya finalidad principal es la obtención de placer o satisfacción, y obviamos el tema del consumo de sustancias.

Medida de Autoeficacia en la Negociación y Uso del Preservativo Masculino (*Self-Efficacy Instrument for Condom Negotiation and Condom Use*) de K. Pratte, N. Whitesell, M. McFarlane y S. Bull (2010).

Estas autoras diseñaron un instrumento para la evaluación de varias variables relacionadas con el uso del preservativo (*expectativas de resultado, normas y autoeficacia*), basándose en un análisis de la literatura especializada y en sus trabajos previos. La medida de autoeficacia está dividida en dos subescalas, una para la *negociación del preservativo* y otra para el *uso* de éste. Eligieron ítems incluidos en otros instrumentos de autoeficacia y evaluaron la validez de constructo y la fiabilidad de su escala en diferentes muestras (Pratte, Whitesell, McFarlane y Bull, 2010).

La subescala para negociación incluye ítems referidos a los niveles de confianza para utilizar diferentes estrategias en la negociación del preservativo, como hacer constar que éste protege contra ETS y embarazos no deseados (e.g.: "*¿Cómo de seguro/a estás de poder... (2) discutir el uso del preservativo con tu pareja?, (3) sugerir utilizar un preservativo para evitar el embarazo?, (4) sugerir utilizar un preservativo para prevenir ETS?*"). La subescala sobre uso incluye preguntas sobre la confianza en saber cómo se colocan, utilizarlos sin que se rompan y usarlos de manera consistente (e.g.: "*¿Cómo de seguro/a estás de poder... (1) colocar correctamente un preservativo?, (2) usar un preservativo sin romperlo?, (3) utilizar un preservativo todas y cada una de las veces que tienes relaciones sexuales con parejas esporádicas?*"). Cada subescala contiene cinco ítems valorados en una escala en formato Likert con cinco niveles de respuesta (en ambas escalas cinco equivale al mayor nivel de autoeficacia).

Pratte et al. (2010) evaluaron la consistencia interna de cada subescala obteniendo un $\alpha = .89$ para la subescala negociación del preservativo y un $\alpha = .78$ para la subescala de uso. Para explorar la validez de constructo realizaron tanto un análisis factorial exploratorio, como un análisis factorial confirmatorio y los análisis demostraron que las subescalas identificadas representaban diferentes factores. Las autoras concluyen que la robustez de la estructura de éstos y la consistencia sugieren que esta medida puede resultar útil para la medida de la autoeficacia (y el resto de variables de las demás subescalas) en relación al uso del preservativo.

Debido a que esta medida incluía no sólo el uso del preservativo sino también su negociación, adaptamos un par de ítems de ésta en la medida de autoinforme sobre autoeficacia que presentaremos más adelante.

Escala de Autoeficacia de Uso del Preservativo (*Condom Use Self-Efficacy Scale-CUSES*) de L. J. Brafford y K. H Beck (1991).

Esta escala consta de 28 ítems que describen las creencias individuales sobre la capacidad para conseguir preservativos (e.g.: *"Estoy seguro/a de que puedo comprar preservativos sin sentirme avergonzado/a"*, *"Confío en que recordaré llevar un preservativo conmigo por si lo necesito"*), colocarlos y retirarlos correctamente (e.g.: *"Confío en mi habilidad para quitar y desechar un preservativo después de un encuentro sexual"*, *"Confío en mi habilidad para colocarme un preservativo o colocárselo a mi pareja"*) y negociar su uso con una nueva pareja sexual (e.g.: *"Confío en mi habilidad para convencer a una pareja para que acepte utilizar un preservativo cuando practicamos el coito"*, *"Confío en mi habilidad para discutir el uso del preservativo con cualquier pareja que pueda tener"*). Los ítems se valoran según una escala tipo Likert con cinco niveles de respuesta (0 = muy en desacuerdo a 4 = muy de acuerdo). Algunos ítems están redactados de manera inversa para evitar tendencias de respuesta y deseabilidad social.

Brafford y Beck (1991) obtuvieron una adecuada consistencia interna ($\alpha = .91$) y una fiabilidad test-retest adecuada ($r = .81$). También obtuvieron correlaciones significativas con la Escala de Actitudes hacia el Uso del Preservativo ($r = .51$) y la Escala de Autoeficacia hacia la Contracepción para mujeres ($r = .55$).

Esta escala parece ser un instrumento más completo para evaluar exclusivamente la autoeficacia en el uso del preservativo, ya que incorpora aspectos muy específicos. No obstante, preferimos tomar como referencia la escala de Pratte, Whitesell, McFarlane y Bull mencionada anteriormente porque ésta abordaba la negociación del preservativo de manera más extensa.

Escala de Autoeficacia hacia la Anticoncepción (*Contraceptive Self-Efficacy Scale-CSE*) de R. A. Levinson (1986).

Esta escala de 18 ítems evalúa las barreras motivacionales al uso de anticonceptivos en mujeres adolescentes activas sexualmente en 18 situaciones diferentes (e.g., "*Si mi novio y yo nos estamos excitando sexualmente y yo no quiero practicar el coito, puedo parar fácilmente las cosas de forma que no lo practiquemos*", "*No podría continuar utilizando un método anticonceptivo si creyera que mis padres pueden enterarse*", "*Hay situaciones en las que debería hablar con mi novio sobre utilizar métodos anticonceptivos, pero parece que no puedo hacerlo en esa situación*"). Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert con cinco niveles de respuesta (1 = nada cierto para mí a 5 = completamente cierto para mí). Para evitar tendencias de respuesta algunos ítems están redactados de manera inversa. Una vez invertidas las puntuaciones, las puntuaciones más altas indican creencias de autoeficacia más fuertes. Según la autora (Levinson, 1998), la consistencia interna de esta medida es moderada ($\alpha = .73$).

Aunque esta escala más general sobre autoeficacia en relación con la anticoncepción incluye otros aspectos no valorados en las escalas anteriores, no aportaba información que no hubieramos contemplado ya, de modo que no se utilizó para desarrollar la medida de autoinforme sobre autoeficacia sexual utilizada en nuestros estudios.

Escalas de Creencias sobre Comportamientos de Riesgo y Autoeficacia (*Sexual Risk Behavior Beliefs and Self-Efficacy Scales-SRBBS*) de K. Basen-Engquist, L. C. Masse, K. Coyle, D. Kirby, G. S. Parcel, S. Banspach et al. (1998).

Estas escalas se desarrollaron para medir variables psicosociales relacionadas con comportamientos preventivos y de riesgo. Miden actitudes, normas, autoeficacia y barreras al uso del preservativo porque utilizan explícitamente constructos que forman parte del modelo de creencias de salud, la teoría de la acción razonada y la teoría del aprendizaje social. El SRBBS consta de 22 ítems puntuados en una escala tipo Likert con tres o cuatro niveles de respuesta, agrupados en ocho subescalas: Actitudes hacia el coito (e.g.: "*Creo que la gente de mi edad debería esperar a ser algo mayor para practicar el sexo*"), normas sobre el coito (e.g.: "*La mayoría de mis amistades cree que la gente de mi edad debería*

esperar a ser algo mayor para practicar el sexo"), autoeficacia para negarse a tener relaciones sexuales (e.g.: *"Imagina que conoces a alguien en una fiesta. Él o ella desean tener relaciones sexuales contigo. A pesar de que te sientes muy atraído/a hacia él/ella, aún no te sientes preparado/a para hacerlo. ¿Cómo de seguro/a estás de poner negarte a practicar sexo?"*), actitudes ante el uso del preservativo (e.g.: *"Creo que los preservativos deberían utilizarse siempre si una persona de mi edad practica sexo"*), normas sobre el uso del preservativo (e.g.: *"La mayoría de mis amistades cree que siempre hay que utilizar el preservativo cuando la gente de mi edad practica el sexo"*), autoeficacia en la comunicación sobre preservativos (e.g.: *"¿Cómo de seguro/a estás de que podrías decirle a tu pareja que deseas empezar a usar preservativos?"*), autoeficacia para usar y conseguir preservativos (e.g.: *"¿Cómo de segura estás de que podrías utilizar un preservativo correctamente o explicarle a tu pareja cómo usar un preservativo adecuadamente?"*) y barreras para el uso del preservativo (e.g.: *"Me sentiría incómodo/a llevando preservativos conmigo"*) (Basen-Engquist et al., 1998).

Se obtiene una puntuación para cada subescala, calculando la media de los ítems en cada subescala para obtener el índice de cada una. Las puntuaciones más altas reflejan actitudes positivas hacia el uso del preservativo y mayor autoeficacia percibida en su uso. En el caso de la escala de barreras para el uso, puntuaciones más bajas indican una percepción incrementada de barreras para el uso. Según Basen-Engquist et al. (1998), esta escala fue validada en una muestra amplia y étnicamente heterogénea, obteniendo una consistencia interna aceptable ($\alpha = .61-.87$).

No consideramos el uso de estas escalas puesto que incluían variables que no incluíamos en nuestro diseño. Por otra parte, los ítems relacionados con autoeficacia que podían resultar útiles ya aparecían reflejados en otras escalas valoradas y no añadían más información de la que ya disponíamos.

Una vez revisados los instrumentos de medida que habíamos encontrado para las variables que incluimos en el diseño de la investigación pudimos constatar que, sorprendentemente, ninguna de ellas se adecuaba de forma perfecta a nuestras necesidades. En algunos casos podríamos haber utilizado dos medidas para recabar datos sobre la misma variable, pero consideramos que, dado que pretendíamos valorar múltiples

variables, la extensión final del protocolo de evaluación sería excesiva, y eso dificultaría demasiado la recogida de datos. Además, ni siquiera combinando más de un instrumento para cada variable lograríamos incluir todos los aspectos que deseábamos evaluar, mientras que sí obtendríamos otra información que resultaría redundante. Esto nos llevó a la conclusión de que era más apropiado desarrollar nuestras propias medidas de recogida de datos, tal y como exponemos más adelante.

PARTE II

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

CAPÍTULO 4:
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS
E HIPÓTESIS

En esta Tesis Doctoral nos proponemos estudiar la experiencia sexual humana desde un enfoque positivo, persiguiendo obtener información sobre los determinantes de la satisfacción sexual en mujeres jóvenes teniendo en cuenta la posible influencia tanto de variables social-cognitivas individuales como de variables interpersonales como el tipo de comportamientos sexuales o la frecuencia de éstos. El interés en analizar la satisfacción sexual se debe a que entendemos que esta variable puede ser un buen indicador de los niveles de salud sexual. Asimismo, resulta importante evaluar tanto la satisfacción sexual individual como en pareja, en sus niveles actuales y deseados. Al analizar cuáles pueden ser los facilitadores o predictores de la satisfacción sexual pretendemos obtener información relevante para el diseño de otras investigaciones en el área, así como de programas de intervención ajustados a este colectivo, orientados no sólo a la prevención, sino también a la promoción de la salud sexual, incluyendo la satisfacción sexual en todas sus dimensiones.

Nuestra investigación respecto a la satisfacción sexual en mujeres jóvenes se concreta en los siguientes objetivos:

Objetivo General 1:

Explorar los conocimientos, actitudes, creencias y valores (variables sociocognitivas) en relación a la sexualidad en general y la sexualidad femenina en particular, las creencias de autoeficacia, la frecuencia y tipo de comportamientos y actividades sexuales y los niveles de satisfacción sexual de mujeres jóvenes, tanto a nivel individual como en pareja, y en sus dimensiones de satisfacción tanto real como deseada, en una muestra nacional de mujeres desde la adolescencia tardía a la adultez temprana.

Objetivos Específicos:

1. Establecer qué conocimientos tienen las mujeres jóvenes sobre sexualidad en general y sexualidad femenina en particular, tanto en relación a la prevención de problemas sexuales como en cuanto a la promoción de la salud sexual.

2. Analizar las actitudes, creencias y valores más comunes relacionados con la sexualidad de las mujeres jóvenes.
3. Analizar los niveles de autoeficacia percibida en relación tanto a comportamientos preventivos como a comportamientos promotores de la salud y la satisfacción sexual.
4. Detectar qué comportamientos y actividades sexuales son los más comúnmente realizados por las mujeres jóvenes y cuáles son los menos habituales, y describir y analizar las características de los comportamientos sexuales en los que las mujeres jóvenes se involucran con mayor frecuencia.
5. Describir los niveles de satisfacción sexual real y deseada, tanto a nivel individual como en pareja.

Objetivo General 2:

Analizar y describir el tipo de relaciones directas e indirectas entre todas estas variables, con especial interés en la relación y posible incidencia de éstas en el comportamiento y la satisfacción sexual, así como en la propia relación entre estas dos variables.

Objetivos Específicos:

1. Establecer si los conocimientos, las actitudes, las creencias y los valores en relación con la sexualidad influyen en el tipo y frecuencia de comportamientos y actividades sexuales, así como la naturaleza de la influencia de estas variables socio-cognitivas sobre los comportamientos y actividades sexuales.
2. Detectar si los conocimientos, actitudes, creencias y valores en relación con la sexualidad afectan a los niveles de satisfacción sexual en cada una de sus dimensiones y analizar la naturaleza de dicha relación.
3. Analizar la posible relación entre comportamientos sexuales y satisfacción sexual, en cada una de sus dimensiones, y establecer la naturaleza de dicha relación.

4. Analizar si alguna de las variables sociocognitivas y de forma expresa las creencias de autoeficacia afectan a la relación entre comportamiento y satisfacción sexual y establecer la naturaleza de dicha relación.

Objetivo General 3:

Detectar si existen diferentes patrones o configuraciones intraindividuales de las variables sociocognitivas, incluyendo las creencias de autoeficacia, que puedan afectar de manera diferente a los comportamientos y actividades sexuales y la satisfacción sexual.

Objetivos Específicos:

1. Identificar perfiles intraindividuales que compartan patrones similares en relación a niveles de conocimientos, tipos de actitudes y creencias sobre sexualidad y creencias de autoeficacia sexual.
2. Analizar si dichos patrones diferentes afectan al tipo y frecuencia de comportamientos sexuales exhibidos y/o los niveles de satisfacción sexual, en cada una de sus dimensiones, explorando posibles diferencias entre perfiles en relación con estas variables de resultado.

Aunque los estudios previstos son de tipo descriptivo y exploratorio, con diseño correlacional, también planteamos las siguientes hipótesis:

- ❖ **Hipótesis 1:** Las participantes mostrarán niveles moderados de conocimientos referidos a la sexualidad, así como creencias, actitudes y valores moderadamente flexibles y positivos; sus niveles de autoeficacia en relación con la sexualidad serán moderadamente elevados, mientras que su satisfacción sexual será también moderadamente elevada, aunque esperamos diferencias en función de la dimensión específica de satisfacción (real, deseada, individual, en pareja).

- ❖ **Hipótesis 2:** Un mayor nivel de conocimientos y actitudes, creencias y valores más abiertos, flexibles y saludables predicen una mayor frecuencia y variedad de comportamientos sexuales.
- ❖ **Hipótesis 3:** Mayores creencias de autoeficacia predicen un mejor desempeño sexual.
- ❖ **Hipótesis 4:** Mayor variedad y frecuencia de comportamientos sexuales predicen una mayor satisfacción sexual.
- ❖ **Hipótesis 5:** Las variables sociocognitivas predicen tanto el nivel de comportamientos como los niveles de satisfacción sexual.
- ❖ **Hipótesis 6:** La relación entre comportamientos y satisfacción sexual es compleja y está influenciada por la acción mediadora de las variables sociocognitivas, en especial la autoeficacia.
- ❖ **Hipótesis 7:** Mayor nivel de conocimientos y actitudes y creencias más flexibles, abiertas y saludables se asocian con mayores niveles de autoeficacia en relación a la sexualidad.
- ❖ **Hipótesis 8:** Aparecerán diferentes perfiles intraindividuales con patrones propios en relación a niveles de conocimientos, tipos de actitudes y creencias sobre sexualidad y creencias de autoeficacia sexual, y dichos patrones serán diferentes también con respecto al tipo y frecuencia de comportamientos sexuales y los niveles de satisfacción sexual.

Los estudios uno y dos están diseñados para cumplir los dos primeros objetivos de esta investigación en dos muestras diferentes. El primer estudio se plantea como un análisis preliminar y emplea un diseño de investigación mixto en el que se utilizará la entrevista descrita en el capítulo cinco como método de recogida de datos sobre las experiencias sexuales de mujeres jóvenes en relación con la sexualidad (metodología cualitativa) y se analizarán las posibles relaciones directas e indirectas, en concreto efectos de mediación, entre las variables estudiadas y la satisfacción sexual (metodología cuantitativa). Se

pretende de este modo explorar los conocimientos, actitudes, creencias y valores, la frecuencia y tipo de comportamientos y actividades sexuales y los niveles de satisfacción sexual de mujeres jóvenes, individual y en pareja, tanto real como deseada, y analizar las relaciones directas e indirectas de entre éstas. Con este estudio pretendemos obtener información que nos permita confirmar o refutar la primera hipótesis.

El segundo estudio también explora las diferentes variables, pero se centra más específicamente en describir las variables satisfacción sexual y autoeficacia percibida así como las posibles relaciones entre comportamiento sexual y satisfacción sexual y la influencia de la autoeficacia y la importancia concedida a tener una sexualidad activa y satisfactoria en esta relación. El estudio permitirá recabar información para refutar o confirmar las hipótesis dos a seis.

Por último, el tercer estudio se centra en determinar si existen o no diferentes configuraciones de las variables sociocognitivas (conocimientos, actitudes, creencias y creencias de autoeficacia) y si dichas configuraciones afectan de manera diferente al comportamiento y/o la satisfacción sexual (tercer objetivo). Se trata, por tanto, de identificar grupos o perfiles diferentes de mujeres que compartan un patrón similar de esquemas cognitivo-motivacionales. Este estudio está especialmente diseñado para obtener información importante para la valoración de las hipótesis siete y ocho, aunque también podremos obtener información para contrastar las demás hipótesis.

PARTE III
METODOLOGÍA

CAPÍTULO 5:
DESARROLLO DE LOS
INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS

Una vez revisados todos los instrumentos de medida de los que pudimos disponer, decidimos descartarlos por ser demasiado concretos o, al contrario, muy generales, por no medir todos los aspectos de las variables que queríamos incluir o por incluir aspectos de éstas u otros constructos que no deseábamos incorporar. Por otra parte, aunque algunos de los instrumentos están validados en muestras españolas, todos ellos han sido diseñados en otros países (Estados Unidos y Canadá principalmente) y consideramos oportuno diseñar una medida que estuviera específicamente diseñada para población española y no simplemente traducida y validada al español. Finalmente, dado que el estudio de la sexualidad femenina y la satisfacción sexual, como hemos comentado anteriormente, aún está muy sesgado hacia la prevención, y que las medidas de satisfacción muchas veces se utilizan como forma de determinar si los tratamientos para los problemas sexuales son efectivos, preferimos elaborar un instrumento de medida cuyo objetivo principal fuera evaluar las variables de interés con la finalidad última de la promoción de la salud sexual y de utilizar la satisfacción sexual como un indicador de estos niveles de salud.

Utilizamos la revisión de los instrumentos presentados en el capítulo anterior para guiar el diseño y desarrollo de los dos instrumentos de medida que finalmente empleamos en los estudios de la parte IV. En este capítulo explicamos el procedimiento seguido para su obtención y describimos con detalle los instrumentos empleados en la recogida de datos.

5.1. Entrevista.

Una vez revisada la literatura y los instrumentos de medida ya existentes y tras comprobar que ninguno de ellos se adaptaba completamente a nuestras necesidades, tomamos la decisión de crear una medida de autoinforme lo más adaptada posible a la población sobre la que deseábamos recabar los datos: mujeres jóvenes.

El primer paso fue desarrollar una entrevista conteniendo todas las variables excepto las creencias de autoeficacia, variable que se añadió en una fase posterior. Se optó por desarrollar una entrevista semiestructurada de respuesta abierta que permitiera, dada la complejidad de los temas a desarrollar, ser flexible en la formulación de las preguntas durante el desarrollo de la misma y recabar el máximo de información de las entrevistadas, dejando libertad para que respondieran en el sentido que considerasen más adecuado y

permitiendo la expresión de sus opiniones y emociones. Se incluyeron también algunas preguntas cerradas, algunas para introducir algún tema en concreto (e.g.: "*¿Debería permitirse que las personas homosexuales adopten hijos/as?*") y obtener una primera respuesta en la que las entrevistadas tuvieran que posicionarse respecto a una determinada actitud, para a continuación realizar una pregunta abierta (e.g.: "*¿Por qué?*") y obtener información cualitativa que pudiera ampliar la respuesta inicial. En otras preguntas cerradas se solicitaba que valorasen en una escala la deseabilidad, importancia, frecuencia o satisfacción de un ítem determinado (e.g.: "*En una escala de cero a cinco, donde 0 = nunca y 5 = muy a menudo, ¿con qué frecuencia realizas las siguientes conductas? (masturbación, heteromasturbación, sexo oral...)*"). Finalmente, otras preguntas cerradas simplemente preguntaban si ciertos comportamientos se realizaban o no (e.g.: "*¿Utilizas las fantasías sexuales?*") o la opinión sobre otros temas (e.g.: "*¿Crees que alcanzar el orgasmo simultáneamente es mejor?, ¿es algo deseable?*").

La primera versión de la entrevista, diseñada por los autores del trabajo publicado que se presentará más adelante como Estudio 1, fue revisada y corregida por profesionales del área (investigadores y expertos en sexualidad humana). Tras realizar algunas modificaciones, la segunda versión se utilizó para realizar una prueba piloto con cinco mujeres. Tras realizar las entrevistas y analizar el procedimiento y los resultados obtenidos, se mejoró la redacción y se reorganizaron algunos contenidos para crear la entrevista definitiva.

La entrevista final, compuesta por 109 preguntas agrupadas en cinco apartados, se utilizó como instrumento de medida en el primer estudio que expondremos en la parte IV. Tanto la entrevista como las medidas de autoinforme (que describiremos más adelante) contienen un apartado (agentes impactantes) cuyos datos no hemos incluido en ninguno de los estudios empíricos que componen esta Tesis Doctoral.

A las 109 preguntas sobre las variables del estudio se añadieron algunas preguntas para recabar datos sociodemográficos (i.e., edad, estado civil, etnia, lugar de nacimiento y residencia, nivel educativo, estado civil y nivel educativo de los progenitores y religión) y una pregunta de control, en la que se preguntaba si había tenido experiencias sexuales y si éstas habían sido con parejas estables o esporádicas. En el anexo II figura una ficha con el consentimiento informado que debía ser firmado antes de proceder a la entrevista.

La principal ventaja de utilizar este sistema de evaluación es que la flexibilidad de la entrevista y la posibilidad de ir formulando preguntas que permiten ir de lo más general a lo más concreto permite recabar mucha más información y confirmar tanto que la entrevistada ha comprendido bien la pregunta como que la entrevistadora ha comprendido realmente el punto de vista de la entrevistada. Por ejemplo, en el caso de la pregunta "*Dime qué opinas tú sobre el uso de la píldora del día después*", se pudo comprobar por las respuestas de las entrevistadas que muchas de ellas confundían la píldora anticonceptiva de emergencia con la píldora abortiva RU-486. De modo que cuando en un principio manifestaban estar en contra de su uso, realmente no podía decirse que no estuvieran a favor de la anticoncepción de emergencia, sino que se posicionaban en contra de un método abortivo, tal y como se podía observar en muchos casos cuando se les explicaba la diferencia.

Del mismo modo, cuando se les preguntaba por su opinión sobre la masturbación, se podía observar por sus respuestas cómo, a pesar de que a priori mostrasen una opinión positiva hacia ésta, muchas de ellas todavía consideran que este comportamiento puede llegar a realizarse de manera compulsiva si no se tiene cuidado. Creen que tiene algún tipo de característica especial que puede hacerlo potencialmente peligroso o adictivo. Esta información no se podría haber obtenido con una medida de autoinforme convencional. Otro tanto sucede en el caso de la cuestión sobre si existe una edad adecuada para iniciarse en los comportamientos sexuales. Prácticamente todas las mujeres han pensado directamente en el coito, y pocas de ellas han considerado la existencia de otros comportamientos sexuales que se realizan desde la infancia.

Este tipo de estrategia de recogida de datos también permite constatar que algunas actitudes o creencias aún eran flexibles y moldeables, dado que la entrevistada no parecía disponer de toda la información (algo natural debido la juventud de éstas) en la que fundamentar una opinión y que ésta estaba en desarrollo. Por ejemplo, en el caso de las diferentes preguntas relacionadas con la homosexualidad, solían encontrarse ciertas contradicciones. Así, algunas participantes consideraban que la homosexualidad era algo con lo que se nace, determinado genéticamente, aunque a continuación se manifestaban en contra de que las personas homosexuales adoptaran hijos/as porque consideraban que vivir

en este entorno iba a provocar que los/as hijos/as fueran también homosexuales simplemente por observar el comportamiento de los padres o madres.

Naturalmente, este tipo de evaluación también cuenta con sus desventajas. En primer lugar, el contenido de la entrevista dificultaba el conseguir tanto la participación voluntaria como la recogida de datos en las personas que ya habían accedido. En muchas ocasiones, las entrevistadas mostraban signos de vergüenza o directamente manifestaban sentirse cohibidas y sus respuestas eran breves, siendo muy habitual que dejaran frases sin completar dejando que sus silencios expresaran lo que ellas no podían verbalizar. Establecer la confianza suficiente e insistir en la confidencialidad de los datos y en que no debían preocuparse por la corrección de sus respuestas fue fundamental para conseguir que algunas de ellas fueran capaces de expresarse con libertad.

Por otra parte, el tiempo requerido para cada entrevista oscilaba entre 60 y 90 minutos por participante, lo que también dificultaba la captación de voluntarias e incluso disponer de espacios adecuados (aulas, despachos, etc.) con las condiciones de privacidad necesarias para realizar la entrevista.

En cuanto al contenido de la entrevista, algunas preguntas resultaron ser más complicadas de lo esperado, por ejemplo la diferenciación entre sexo y género, y resultaban muy complejas o técnicas, de modo que era necesario reformularlas para poder obtener una respuesta. En otras ocasiones desconocían los términos y era necesario explicar qué significaban para poder continuar con el proceso.

Las entrevistas se transcribieron *verbatim* para realizar el análisis de los datos. Dado que el primer estudio emplea una metodología mixta, se elaboraron una serie de criterios de codificación para poder asignar puntuaciones a las respuestas de la entrevista y poder obtener así una puntuación con la que realizar los análisis de tipo cuantitativo. Al igual que con la entrevista, los criterios desarrollados fueron revisados y corregidos por profesionales del área (investigadores y expertos en sexualidad humana). Las respuestas dadas por cada participante a cada pregunta de la entrevista fueron comparadas con los siguientes criterios, en función de los cuales se asignó una puntuación numérica.

5.1.1. Entrevista para la evaluación de conocimientos, creencias, actitudes y valores en relación con la sexualidad, comportamientos sexuales y satisfacción sexual.

A continuación presentamos la totalidad de la entrevista, a la que hemos añadido algunas respuestas a modo de ejemplo.

La entrevista que presentamos a continuación tiene por finalidad recabar datos sobre varios temas importantes relacionados con la sexualidad y la salud sexual. El objetivo que pretendemos es saber qué piensan y qué saben las mujeres jóvenes sobre estos temas para averiguar cuáles son las posibles necesidades que existen en este colectivo y para saber qué diferencias culturales existen (si es que existen) entre mujeres pertenecientes a diferentes etnias. La finalidad última es crear en el futuro un programa de promoción de la salud sexual en mujeres jóvenes que tenga en cuenta sus experiencias, necesidades y sus diferencias.

A continuación te haremos una serie de preguntas sobre diferentes temas que están relacionados con la sexualidad (anticoncepción, género, etc.), te preguntaremos sobre lo que sabes, lo que te gustaría saber, tu opinión, etc. Todo lo que nos digas será utilizado para los fines que ya hemos comentado y, por supuesto, de manera confidencial. No consideramos que existan respuestas correctas o incorrectas, solamente queremos saber tu opinión sincera sobre diversos temas relacionados con la sexualidad y tu propia experiencia. Te pedimos que seas lo más sincera posible. Si alguna pregunta te incomoda o te molesta y no deseas contestarla háznoslo saber.

GRUPO A: Variables Sociocognitivas.

A1. Conocimientos y Creencias sobre sexualidad.

☞ ¿Podrías definir con tus palabras los siguientes términos: (1) sexualidad; (2) sexo, (3) género?

Entrevista nº 45: (Sexualidad) "Cuando tienes una pareja estable, tener una vida sexual normal,... acostarte con tu novio, sexo con amor." (Sexo) "Dos personas ahí... acostándose. Puede ser con desconocidos." (Género) "Lo conozco de

lengua [Se refiere a la asignatura de lengua y literatura], género masculino o femenino."

Entrevista nº 50: (Sexualidad) *"Un rasgo que tiene alguien... "tiene mucha sexualidad"..."* (Sexo) *"La opción sexual, entre dos personas del mismo sexo, de diferente..."* (Género) *"Puede ser masculino, femenino y neutro. Porque hay un hombre en los Estados Unidos que le han dado el género neutro [Lo ha visto en televisión], habrá de los tres [tipos]."*

Entrevista nº 44: (Sexualidad) *"Algo que se hace, que se practica, algo físico, un contacto con otra persona, una forma de expresarse y de sentir cosas."* (Sexo) *"Diferencia entre hombre y mujer... física y mental. También puede ser una práctica."* (Género) *"Nombre que se le "da por dar": masculino o femenino. El masculino es el hombre con unas características y femenino a la mujer."*

☞ ¿Puedes decirme qué diferencias existen entre éstos: (1) sexualidad-sexo; (2) sexo-género?

Entrevista nº 37: (Sexualidad y sexo) *"Sexo es algo más concreto y la sexualidad es más amplio, el primero está comprendido en la segunda."* (Sexo y género) *"El género es masculino o femenino y el sexo ¿masculino y femenino también? Son sinónimos."*

Entrevista nº 13: (Sexualidad y sexo) *"Sexualidad puede ser que... por ejemplo al hombre le puede gustar el mismo sexo o diferente, y sexo es pues que te gusta... pues eso el sexo, ... ¡no! el sexo puede ser, pues el tipo, si eres hombre o si eres mujer. La sexualidad sería lo que te gusta, si eres bisexual, homosexual..."* (Sexo y género) *"Igual. Es lo mismo."*

☞ ¿Podrías explicarme qué es un método anticonceptivo?, ¿Cuáles conoces?

☞ ¿Dónde se pueden conseguir los métodos anticonceptivos?

☞ ¿En qué momento del ciclo menstrual se puede producir un embarazo?

Entrevista nº 03: *"En todo, me parece que hay un día o dos que es menos probable pero sí se puede ¿no?... hay una especie de calendario. Pero un día... hay un momento, un día o dos que dices "no en ese preciso instante es el día que no me puedo quedar embarazada", pero no sé cómo se llama, creo que tiene nombre de un tipo alemán, o un apellido."*

Entrevista nº 09: *"No lo tengo claro, lo que yo pensaba es que más o menos por*

la mitad, que cuando estás por la mitad es cuando más fértil estás, pero hace unos días una amiga me dijo que podría ser en cualquier momento, incluso cuando tienes la regla, pero que todavía no lo he constatado, que yo pensaba que era por la mitad."

- ☞ ¿Qué es el aborto?
- ☞ ¿Podrías explicarme con tus palabras qué es una infección o enfermedad de transmisión sexual (ITS)? Menciona las que se te ocurran.
- ☞ ¿Sabes qué métodos anticonceptivos previenen las ITS?
- ☞ ¿Puedes decirme qué sitios conoces en los que se pueda obtener información sobre las ITS?
- ☞ ¿Podrías decirme qué tipo de conductas sexuales conoces?
- ☞ ¿Podrías explicarme en qué consiste cada una de ellas?
- ☞ La respuesta sexual humana tiene varios componentes o fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. ¿Podrías indicarme en qué fase o fases crees tú que se produce una mayor satisfacción sexual?, ¿Con qué fase relacionas tú la satisfacción sexual?
- ☞ ¿Podrías definir qué es la homosexualidad?, ¿Y la bisexualidad?, ¿Y la heterosexualidad?
- ☞ Dime cuál es, según tu opinión, el origen o la causa de la homo/bi/heterosexualidad.
- ☞ En las situaciones cotidianas relacionadas con la sexualidad (desde quedar con un/a chico/a que te gusta, hasta otras más íntimas como mantener relaciones sexuales de cualquier tipo con él/ella), ¿quién crees que debe llevar la iniciativa o dar el primer paso?
- ☞ ¿Crees que los chicos siempre están dispuestos a tener relaciones?, ¿Y las chicas?
Entrevista nº 7: " Siempre están dispuestos pero porque quieren ser los más hombres, y ya desde que son jóvenes se van comparando. Tienen más deseo que las mujeres pero sólo para demostrar que son más hombres. Las mujeres somos más de esperar al más importante. Los hombres son los que siempre están dispuestos."
- ☞ ¿Crees que el alcanzar el orgasmo simultáneamente es mejor?, ¿Es algo deseable?
- ☞ ¿Crees que la primera relación coital de una mujer es dolorosa?, ¿Por qué?

- ☞ ¿Podrías decirme de qué formas puede evitarse un embarazo no deseado?
- ☞ ¿Podrías decirme cuál crees que es el método anticonceptivo más eficaz?, ¿Por qué?
- ☞ Dime qué opinas tú sobre el uso de la píldora del día después.
- ☞ ¿La única forma en la que una chica se puede quedar embarazada es cuando el varón eyacula dentro de la vagina?
- ☞ La mujer que tiene relaciones sexuales coitales por primera vez, ¿puede quedarse embarazada?, ¿Por qué?
- ☞ El uso del preservativo masculino (condón), ¿disminuye la sensibilidad durante el coito?
- ☞ Cuando una mujer tiene el periodo (la regla), ¿puede quedarse embarazada?
- ☞ ¿Crees que la masturbación es una práctica beneficiosa o perjudicial?, ¿En qué casos?

Entrevista nº 21: *"Pues, depende, si la persona lo hace a lo mejor, a ver si me explico, si a lo mejor la persona psicológicamente lo necesita a lo mejor, demasiado y está... pues eso puede ser muy perjudicial. Pero si es de vez en cuando y... eso es beneficioso. Siempre que se haga de manera natural, pero cuando ya es una obsesión pues ya no."*

- ☞ ¿Opinas que los chicos se masturban más/menos/igual que las chicas?
- ☞ ¿Consideras que los chicos necesitan mantener relaciones sexuales con más frecuencia que las chicas, o no?, ¿Por qué?
- ☞ Utilizar fantasías durante las relaciones sexuales, ¿crees que equivale a ser infiel?

Entrevista nº 30: *"No, ¡hombre! depende de con quién estés soñando, ¿no? Tener la fantasía de estar...no es lo mismo tener una fantasía, ¡yo que sé!, vamos a poner con un famoso, que no es tampoco... o una fantasía a lo mejor con tu ex, o estar con otra pareja, eso ya es, no es ser infiel pero por algo estás pensando en él...fantasía."*

- ☞ ¿Existe un momento apropiado o una edad apropiada para empezar a realizar conductas sexuales?, ¿Cuál?
- ☞ Las personas homosexuales/bisexuales, ¿tienen mayor/menor/igual número de contactos/relaciones sexuales que los heterosexuales?

Entrevista nº 32: *"Yo pienso que igual, lo que pasa es que cada uno tiene sus*

gustos y ya está, que no por ser homosexual o bisexual va a tener más relaciones."

A2. Actitudes y Valores sexuales.

- ☞ ¿De qué manera experimenta un hombre su sexualidad?, ¿Y una mujer?
- ☞ ¿Crees que las mujeres deben tomarse las mismas libertades (para decidir, actuar, tomar la iniciativa, etc.) que los hombres en materia sexual?
- ☞ ¿Qué opinas sobre los encuentros esporádicos (los que tienen una duración breve y sin compromiso)?, ¿Por qué?

Entrevista nº 22: *"Yo creo que en una determinada época, para experimentar viene bien, pero llega un momento, porque yo personalmente pienso que todo es mental, porque llega un momento a lo mejor más que nada en la adolescencia, que uno quiere más experimentar, pero cuando uno se va haciendo más mayor, mentalmente la mente empieza a cambiar y a lo mejor como que su mente se estabiliza más y a lo mejor quiere otras cosas de otra persona, no solamente sexo, pero puede ser a cualquier edad."*

- ☞ ¿El amor es necesario para poder practicar el coito o se puede hacer sólo por diversión?, ¿Y para el resto de conductas sexuales que conoces/realizas?, ¿Crees que para los chicos es igual?
- ☞ Valora de cero a diez en qué medida consideras es deseable (o no) que una mujer sea creativa y proponga cambios en sus relaciones sexuales de pareja. (0 = nada deseable/no debe ser creativa y 10 = muy deseable/debería ser más creativa).
- ☞ ¿Qué opinas sobre los métodos anticonceptivos?, ¿Son cómodos, incómodos, complicados o fáciles de usar, es fácil integrarlos en la relación, etc.?
- ☞ ¿Qué harías tú para facilitar el acceso de las personas a los métodos anticonceptivos?
- ☞ ¿Puedes decirme qué opinas sobre el aborto, estás a favor o en contra?, ¿Por qué?
- ☞ ¿Qué opinas de la masturbación?
- ☞ ¿Existe algún momento o situación particularmente apropiada para realizarla?
Entrevista nº 2: *"¿Más normal, no? Cuando uno no tiene pareja, y cuando es joven también, que no tiene a nadie."*
- ☞ ¿Crees que es normal que las chicas se masturben?

- ☞ ¿Cuál es tu opinión sobre el sexo anal?, ¿Y sobre el sexo oral?
- ☞ ¿Hay alguna(s) conducta(s) sexual(es) que tú no realizarías?, ¿Y alguna que te gustaría experimentar?, ¿Por qué?
- ☞ ¿Qué opinas sobre la homo/bisexualidad/heterosexualidad?

Entrevista nº 5: *"Pues que si ellos son así, si nosotros somos, no veo que haya nada malo en que sean homosexuales ni nada de eso. Lo que sí, los bisexuales sí. No entiendo cómo te puede gustar una mujer y un hombre. Que te puedan gustar dos sexos. Eso no lo entiendo. (Entrevistadora: ¿Te parece aceptable, te parece...?) ¡Hombre!, yo lo respeto pero no lo entiendo."*

Entrevista nº 15: *"¡Hombre!, me parece bien porque cada uno es libre de decidir si quieres estar con un chico o con una chica. Hay que respetarlo porque son personas como nosotros pero ellos han decidido tener otra rel... otro tipo de relación. (Entrevistadora: ¿La homosexualidad te parece algo normal?) Muy normal no es, pero hay que respetarlos, son personas como nosotros."*

- ☞ ¿Debería permitirse que los homosexuales adopten hijos/as?, ¿Por qué?

Entrevista nº 5: *"No, eso ya no. (Entrevistadora: ¿Y por qué?) Porque yo creo que un hijo... tiene que ser una madre y un padre, no dos padres. (Entrevistadora: ¿Y en el caso de que sean dos mujeres?) Tampoco."*

Entrevista nº 15: *"Pues... por una parte pienso que no, por otra que sí, por la parte que no porque... si tú adoptas a un niño pequeño él va a salir igual que los padres, entonces en el ambiente familiar en que está, está viendo que son dos chicos que se dan besos y tal entonces él va a tender a ser también homosexual; en cambio si una pareja normal adopta un niño, un bebé, pues va a ver que es un chico y una chica, entonces imagínate que ahora a todos los homosexuales que hay... les adoptamos niños llegará un momento en el que el mundo no se reproduzca porque si el niño ve que son dos padres pues el niño irá también a buscarse a un hombre, entonces llegará un momento en el que la población se va a quedar estancada, entonces yo pienso que, ¡hombre!, da pena porque son dos personas como nosotros, no darles un niño pero... ese es el problema que yo le veo."*

- ☞ ¿Qué harías si una persona de tu entorno te dijera que es homosexual o bisexual?, ¿Qué pensarías?

- ☞ ¿Crees tus compañeros/as de clase o los/as amigos/as con los que sales opinarían lo mismo que tú en lo que se refiere a estas preguntas que te he hecho?
- ☞ ¿Consideras que tu familia me contestaría más o menos lo mismo que tú si les hiciera las mismas preguntas?
- ☞ Indica una escala de cero a diez (Donde 0 = nada importante y 10 = muy importante) la importancia que tienen para ti los siguientes valores relacionados con la sexualidad: responsabilidad, compromiso, respeto, libertad, dignidad, sinceridad, fidelidad.
- ☞ ¿Qué límites establecerías tú a la libertad sexual de una persona?
Entrevista nº 41: *"Que se cuide para no quedarse embarazada. No ir detrás de otro hombre si tienes una pareja."*
Entrevista nº 48: *"Que no hagas lo que no quieras, que no te obliguen."*
- ☞ En promedio, ¿Cuántas parejas sexuales crees que debería tener una persona a tu edad?

GRUPO B: Agentes Impactantes (personas, medios de información/comunicación).

- ☞ Todos nos formamos una serie de ideas, de actitudes y creencias con respecto de la sexualidad en base a lo que oímos, lo que nos cuentan o lo que nos inculcan otras personas. ¿Qué personas son las que más crees que han influido en tus actitudes y valores sobre sexualidad?, ¿Cuánto ha influido cada una de estas personas?
- ☞ ¿Has recibido algún curso o taller sobre el tema? Si es así, ¿quién lo impartió?
- ☞ Cuando necesitas información sobre algún tema relacionado con sexualidad, ¿a dónde acudes? (Personas, internet, organizaciones, casas de la juventud, puntos de información juvenil, revistas...), ¿Con qué frecuencia usas cada uno de estos recursos? (0 = nunca a 5 = muy a menudo, mucho).

GRUPO C: Conducta sexual.

- ☞ ¿Llevas una vida sexual activa?
- ☞ ¿Con qué frecuencia (0 = muy poco a 5 = mucho) realizas las siguientes conductas: masturbación, heteromasturbación, sexo oral, ...?

- ☞ Si has tenido algún tipo de relación sexual coital, ¿a qué edad fue?
- ☞ ¿Cuántos compañeros/as sexuales has tenido hasta ahora?
- ☞ ¿Utilizas las fantasías sexuales?, ¿En qué momentos?
Entrevista n° 38: *"Sí, durante la masturbación."*
- ☞ En caso de tener actualmente pareja sexual, ¿tomas tú la iniciativa o tu pareja?
- ☞ ¿Utilizas algún método anticonceptivo cuando tienes relaciones sexuales coitales?,
¿Cuál?
- ☞ En caso de no usar ninguno, ¿podrías indicarme el motivo?
- ☞ En caso de tener pareja, ¿hablas con ella en relación con lo que te gusta/gustaría hacer y lo que no?

GRUPO D: Satisfacción sexual.

- ☞ ¿De qué factores crees que depende la obtención de satisfacción sexual (tus propias actitudes, la ejecución (tuya o de tu pareja), etc.)?
Entrevista n° 48: *"Llevarme bien con la pareja, tener confianza, respeto, que haya fidelidad, que haya amor, tener una pareja estable."*
- ☞ ¿Qué grado de satisfacción sexual obtienes actualmente de tus relaciones sexuales?
(De cero a diez, donde: 0 = relaciones nada satisfactorias; 10 = relaciones muy satisfactorias). Con pareja (0 a 10)/Individualmente (0 a 10).
- ☞ ¿Qué grado de satisfacción sexual te gustaría obtener de tus relaciones sexuales?
(De cero a diez, donde: 0 = relaciones nada satisfactorias; 10 = relaciones muy satisfactorias). Con pareja (0 a 10)/Individualmente (0 a 10).
- ☞ ¿Qué tipo de conductas sexuales son las que más te gustan?
Entrevista n° 51: *"Penetración vaginal, sexo oral y sexo anal."*
Entrevista n° 29: *"Coito vaginal, besos, caricias y abrazos. La heteromasturbación no tanto."*

5.1.2. Criterios de codificación de las preguntas sobre conocimientos.

En este apartado se presentan todas las preguntas de la entrevista sobre conocimientos sexuales. A continuación se redacta la respuesta correcta. Por último, se explica el criterio que se debe seguir para puntuarla. Se otorga mayor puntuación cuanto mayores y más acertados son los conocimientos que demuestra la participante.

¿Podrías definir con tus palabras los siguientes términos? (1) Sexualidad: Aunque inicialmente su uso comenzó como un eufemismo para referirse al “sexo” (en su acepción como sinónimo de “hacer el amor”), en realidad hace referencia a la idea de que hay algo más aparte de las diferentes técnicas o conductas sexuales, como: las emociones y sentimientos (amor, afecto, etc.), las relaciones sociales e interpersonales (incluyendo habilidades relacionadas como la comunicación, la seducción, etc.), la salud (sexual y reproductiva), el género (y sus diferencias), la satisfacción, la identidad y la orientación sexual, etc. Es, por tanto, un concepto más global que el término “sexo”, se refiere a una capacidad humana que engloba al “sexo” y al resto de variables mencionadas.

0: *NS/NC.*

1: *No existiría el concepto “sexualidad”, entiende la sexualidad como sinónimo de sexo (no existirían diferencias ni cualitativas ni cuantitativas, define sexualidad como “sexo” -entendiendo éste como conducta sexual concreta-, considerándolos términos intercambiables entre sí), por ejemplo: “sexualidad es lo mismo que sexo”, “sexualidad es... sexo”. Sucede lo mismo si considera que “sexualidad” es sinónimo de otros términos como “orientación sexual”, por ejemplo: “sexualidad es que te guste un hombre si eres hombre o una mujer si eres mujer.”*

2: *Existe un concepto precario de “sexualidad” como una entidad global que incluye al sexo: La sexualidad es el sexo (entendido como práctica sexual concreta) y otra serie de técnicas sexuales (sexo oral, masturbación, etc.). También si define el sexo como una actividad no sólo para procrear sino que se realiza también para obtener placer.*

3: *Concepto de sexualidad más completo: Le añade la posibilidad de que también se dé el componente emocional o afectivo y/o relacional/social, erótico: la sexualidad podría ser sexo “con amor”, o sexo “con alguien especial” o simplemente: “relaciones entre personas”.*

4: Define sexualidad con los componentes citados anteriormente (como un concepto global que incluye al sexo como conducta, otras conductas sexuales, el componente afectivo/emocional/relacional/social), pero además, incluye alusiones a la identidad sexual, la orientación sexual. Es decir, incluye en la definición del criterio anterior que todos estos conceptos conciernen a personas de cualquier orientación sexual: “practicar sexo con tu chico... o bueno un chico con un chico, o una chica con una chica...” Nota importante: No se aplica este criterio en el caso de que entienda que sexualidad es lo mismo que orientación sexual, si confunde ambos términos o los considera iguales, en este caso sería el criterio 1.

5: Concepto de sexualidad que incluye además, alusiones a la salud o la satisfacción; definirla como una capacidad humana, entender que engloba conceptos como la libertad de elección (elegir realizar conductas sexuales con fines reproductivos o con el fin de obtener placer; manifestar o no una determinada conducta sexual), que está influida y mediada por la sociedad, la cultura de la época, etc.

(2) Sexo: Originariamente, sólo hacía referencia a la diferencia anatómica/biológica entre machos y hembras - hombres y mujeres. A finales del s. XIX el término empezó a aplicarse a todos los temas relacionados con la anatomía y funciones genitales. A partir de mediados del s. XX también empezó a utilizarse para referirse a la atracción sexual y el comportamiento sexual, es decir, que no sólo se refiere a una categoría (macho/hembra) sino también a un fenómeno o un proceso. Actualmente es sinónimo de “copular”, “practicar el coito” y menos específicamente “hacer el amor”, que incluye varias actividades, todas ellas relacionadas con “estar dos (o más) personas con la finalidad de realizar alguna conducta sexual”.

0: NS/NC.

1: Descripción muy vaga, con poco significado: “eso”, “hacer eso”, “hacerlo”, etc. Si la participante ha definido en la pregunta anterior sexualidad como sexo (conducta sexual) y ahora añade: “sexo es... lo mismo que sexualidad”, también se le aplicaría este criterio.

2: Definir sexo como sinónimo de “coito” o de una única práctica sexual.

3: Definición que implica que “sexo” es cualquier actividad sexual que realizan dos o más personas.

4: Hace referencia a los dos significados habituales de sexo: (1) como diferencia entre hombres y mujeres pero mezclado con el concepto género (dice: “masculino/femenino”, en vez de hombre/mujer), y (2) como cualquier actividad sexual.

5: Hace referencia a los dos significados habituales de sexo: (1) como diferencia biológica/anatómica entre mujeres y hombres (en este caso no mezcla los géneros - masculino y femenino- en su definición) y (2) como cualquier actividad sexual.

(3) Género: En un principio, el término empezó a usarse como un sustituto de la palabra “sexo” (referido a su primer significado: diferencia biológica entre machos y hembras - hombres y mujeres). Sin embargo, en el ámbito de la educación sexual, “género” hace referencia a una construcción social, que surge de la idea de que lo “femenino” y lo “masculino” no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales. La existencia socio-histórica de los géneros (sistema sexo-género) es el modo esencial en que la realidad social se organiza, se divide simbólicamente y se vive empíricamente. En otras palabras, género hace referencia a los rasgos psicológicos y conductas que se asocian socialmente a uno u otro sexo.

Gram. “Clase a la que pertenece un nombre sustantivo o un pronombre por el hecho de concertar con él una forma y, generalmente solo una, de la flexión del adjetivo y del pronombre. En las lenguas indoeuropeas estas formas son tres en determinados adjetivos y pronombres: masculina, femenina y neutra”.

0: NS/NC.

1: Definición “gramatical”: hace referencia al concepto de género que han aprendido en las clases de lengua/idiomas, aunque no lo definan técnicamente.

2: Género como sinónimo de sexo (Hombre/Mujer) (e.g.: “Lo que aparece en los formularios: marque H/M”, “pues sexo H/M”..., que se pueden intercambiar de forma indistinta).

3: Idea de que el género y el sexo tienen algún tipo de relación, pero no le queda muy clara cuál es ésta exactamente.

4: Su definición da a entender que asocia que el género es una construcción social, que nos asigna comportamientos, ideas, creencias, etc. diferentes a hombres y a mujeres (en función del sexo).

5: Su definición da a entender que asocia que el género es una construcción social, que nos asigna comportamientos, ideas, creencias, etc. diferentes a hombres y a mujeres (en función del sexo) y, además, lo diferencia del significado puramente gramatical.

¿Puedes decirme qué diferencias existen entre éstos? (1) Sexualidad-sexo: La sexualidad es un concepto más amplio que el sexo, de hecho, el sexo quedaría comprendido dentro del ámbito de la sexualidad, aparte de otro conjunto de términos como la orientación sexual, las emociones y los afectos, la salud, etc. Sexo sería, por lo tanto, una parte de la sexualidad, un tipo más o menos concreto de práctica sexual para algunas personas y, sobre todo, sexo sería la diferencia biológica entre hombres y mujeres.

0: NS/NC.

1: No hay diferencias, son sinónimos.

2: No son exactamente lo mismo, pero no puede decir en qué se diferencian exactamente, no se aventuran a dar una explicación (e.g.: “no, no son lo mismo... no sé...”).

3: Mantienen que hay una diferencia, pero no aciertan exactamente con ella: asignan una de las definiciones de “sexo” a “sexo” y la otra definición de “sexo” a “sexualidad”. Confunden los términos.

4: El sexo forma parte de la sexualidad, pero no indica claramente en qué se diferencian.

5: El sexo es una parte de la sexualidad, bien entendido éste como diferencia biológica H/M, como una actividad sexual entre otras. Queda claro que la entrevistada diferencia claramente que la sexualidad es un concepto amplio y global que incluye al sexo y otras muchas variables.

(2) Sexo-género: El sexo hace referencia a las diferencias biológicas que nos dividen en machos (hombres) y hembras (mujeres). El género es la construcción social/cultural realizada partiendo de las diferencias biológicas, que asigna a cada sexo una serie de características que tienden a diferenciarnos: las diferencias psicológicas (e.g., considerar que las mujeres son más cariñosas que los hombres o que los hombres son más “brutos”), o asignar determinadas conductas como típicas de un sexo u otro.

0: NS/NC.

1: *No hay diferencias, sexo y género son lo mismo, sinónimos.*

2: *Manifiestan claramente que hay alguna diferencia, pero no establecen cuál.*

3: *Se centran en la definición de “sexo” como sinónimo de “práctica sexual”, por lo que establecen que sexo y género no tienen nada que ver uno con el otro, se refieren a cosas totalmente distintas.*

4: *Se centran en la definición de “género” en el sentido gramatical del término (masculino/femenino), y lo diferencian de “sexo” (entendido no como práctica sexual sino como diferencias H/M), por lo que establecen que sexo y género no tienen nada que ver uno con el otro, se refieren a cosas totalmente distintas pero no entran en valorar que el sexo está definido por algo biológico y que el género es cultural, no lo relacionan.*

5: *Establecen que hay una diferencia y ésta es correcta: el sexo categoriza a las personas en hombres y mujeres según criterios biológicos y el género lo hace según criterios sociales que dependen de la cultura (manifiestan que son términos diferentes, porqué son términos diferentes, y comprenden qué es lo que los relaciona).*

¿Podrías explicarme qué es un método anticonceptivo? Son métodos y técnicas concretas para evitar embarazos no deseados. Algunos de ellos (métodos de barrera), también previenen el contagio de las infecciones de transmisión sexual. (Nota importante: aunque el término “anticoncepción” técnicamente se refiere a “evitar la concepción o fecundación”, su uso se ha extendido a la denominación de todos aquellos procedimientos que existen para evitar no solo la fecundación, sino también la implantación y el crecimiento del cigoto). Algunos métodos anticonceptivos los usan las mujeres (la mayoría) y algunos los usan los hombres (preservativo masculino).

0: *NS/NC.*

1: *Confundir los anticonceptivos con métodos para prevenir ITS (obvian que su función principal es evitar embarazos), (e.g.: “son métodos para no contagiarte de enfermedades”).*

2: *Mezcla anticoncepción con prevención de ETS (e.g.: “es un método que evita embarazos e infecciones”) como si todos los anticonceptivos previnieran las ETS.*

3: *Definición correcta aunque imprecisa o incompleta (e.g.: “lo que se ponen los hombres para evitar embarazos”) no hacen referencia a las ETS.*

4: Método o técnica que evita los embarazos (la concepción/fecundación, implantación o desarrollo, daría igual que entraran o no en esta diferenciación). Algunos (sin especificar cuáles) también previenen ETS.

5: Es un método o técnica que evita los embarazos (la concepción/fecundación, implantación o desarrollo, daría igual que entraran o no en esta diferenciación). Algunos de ellos (preservativos masculino y femenino) además de evitar embarazos, protegen de las ITS.

¿Cuáles conoces?

Físicos	Hormonales	Quirúrgicos	Naturales/Conductuales (no recomendables pero existentes).
Preservativo masculino (condón)*.	Píldora Anticonceptiva Diaria* (diferentes tipos).		Ogino o método del calendario y abstinencia periódica.
Preservativo femenino (Femy).	Aro vaginal*.		Billings o método del moco cervical y abstinencia periódica.
Diafragma.	Parches transdérmicos.	Vasectomía.	Método de la temperatura basal y abstinencia periódica.
Capuchón cervical.	Implante subdérmico* (aplicado a la parte inferior del brazo).	Ligadura de Trompas.	Método sintotérmico: uso conjunto del método Billings y el método de la temperatura basal y la abstinencia periódica.
Dispositivo Intra-Uterino*, DIU (o el SIU -Mirena - que incluye componente hormonal).	Inyecciones.		Abstinencia total del coito.
Espermicidas (diferentes tipos de aplicación: esponja, óvulos, crema, gel...)	PAE* (sólo emergencia).		

0: NS/NC.

1: Sólo preservativo masculino y/o píldora.

2: Aunque no conoce muchos nombres, describe con cierta eficacia algunos métodos comunes (marcados con un asterisco*) que no son tan conocidos (e.g.: se refiere al implante subdérmico, como “una varilla que se coloca en el brazo”).

3: Además de mostrar un cierto conocimiento de algunos métodos anticonceptivos, también hace referencias acertadas sobre su fiabilidad o su capacidad para prevenir ITS (e.g.: “eso del calendario, pero no es muy fiable”).

4: Además de cumplir el criterio anterior (3), menciona una gran cantidad de métodos anticonceptivos (dos ó cuatro más que en el criterio tres).

5: Muestra un conocimiento extenso de los tipos de métodos anticonceptivos, comenta una gran variedad y hace referencias a sus características principales (fiabilidad, prevención de ITS, etc.), hace referencia al sistema de clasificación (e.g.: habla de “métodos de barrera, como el condón”).

¿Dónde se pueden conseguir los métodos anticonceptivos? Todos (salvo los quirúrgicos) se pueden conseguir en las farmacias. Algunos de ellos requieren ser recetados previamente por un/a especialista (los métodos hormonales, el diafragma, el capuchón,...) y otros (como el DIU o el SIU) deberán ser colocados por un especialista. Los preservativos masculinos (y, a veces, también el femenino) se pueden comprar en una gran variedad de sitios además de en las farmacias, como máquinas expendedoras (exterior de las farmacias, aseos de los bares, etc.), centros comerciales y supermercados, sex-shops, etc. También los dan de forma gratuita en cursos y talleres ofertados en IES y colegios (los/as monitores /as los dan), asociaciones como Cruz Roja Juventud y las asociaciones juveniles, casas de la juventud, etc. Otros, a veces, se pueden conseguir en centros de planificación familiar.

0: NS/NC.

1: Farmacia, y ningún otro sitio.

2: Hace referencia a algún otro sitio común en el que un adolescente puede conseguir los preservativos, además de la farmacia: máquinas expendedoras, supermercados, hiper, tiendas, la gasolinera... básicamente son sitios muy accesibles que no hay que buscar, sitios en los que ponen los condones en el expositor.

3: Conoce algún sitio en el que se pueden conseguir métodos (fundamentalmente el preservativo masculino) no necesariamente habitual. No se trata de tiendas que tienen

estos artículos a la venta a la vista de todos, son lugares a los que hay que ir expresamente a pedirlos, pero que son visitados con cierta frecuencia por la gente joven como la casa de la juventud, los puntos de información juveniles, asociaciones.

4: Cuantitativo: Menciona tres o cuatro sitios distintos, aparte de la farmacia, de entre las categorías anteriores.

5: Cuantitativo: Cinco (o más) lugares aparte de la farmacia, de las categorías anteriores.

¿En qué momento del ciclo menstrual se puede producir un embarazo? Durante la ovulación (el día de la ovulación, un par de días antes y un par de días después de ésta debido a la longevidad del óvulo y los espermatozoides). En la mayoría de las mujeres (las que tienen ciclos de 28-30 días) la ovulación tiene lugar aproximadamente a la “mitad” del ciclo menstrual. En realidad la ovulación se produce unos 14 días antes de que se produzca la regla (los 14 días últimos son lo que se llama fase luteínica o postovulatoria que suele durar los mismos días en todas las mujeres).

0: NS/NC.

1: Da una respuesta errónea, intuitiva (e.g.: “justo después de la regla, unos días antes, cualquier día...”).

2: Establece que el embarazo es posible aproximadamente a la mitad del ciclo.

3: Dice que el embarazo es posible durante la ovulación, pero no sabe cuándo se produce ésta.

4: Establece que el embarazo es posible cuando se produce la ovulación y que ésta se sucede aproximadamente a la mitad del ciclo.

5: El embarazo es posible durante la ovulación y que ésta se produce aproximadamente unos 14 días antes de la menstruación.

¿Qué es el aborto? Es la interrupción de un embarazo. El aborto puede ser espontáneo (suceder forma natural o a consecuencia de un accidente) o voluntario (inducido, a petición de la mujer embarazada o aconsejable debido a circunstancias médicas o psicológicas).

Nota: no haremos caso a la opinión en esta codificación, eso será analizado más adelante.

0: NS/NC.

1: Respuesta vaga o confusa (e.g.: “que pierdas al niño”).

2: *Es la interrupción de un embarazo.*

3: *Es la interrupción de un embarazo, e indica sólo uno de los motivos posibles, voluntario o natural.*

4: *El aborto es la interrupción voluntaria o accidental/espontánea de un embarazo.*

5: *El aborto es la interrupción voluntaria o accidental/espontánea de un embarazo.*

Indica varios posibles motivos: realizarla voluntariamente porque se trate de un embarazo no deseado; realizarla “voluntariamente” (como resultado de una decisión) porque se prevean problemas médicos/psicológicos para madre/feto; o realizarse con motivo de un accidente o de forma espontánea/natural.

¿Podrías explicarme con tus palabras qué es una infección o enfermedad de transmisión sexual (ITS)? Son aquellas infecciones o enfermedades que se transmiten a través del contacto sexual sin protección (tanto si ésta es la única forma posible de contagio como si existen otras vías posibles). Antiguamente se las denominaba enfermedades venéreas. Actualmente se las conoce tanto por el nombre de enfermedades de transmisión sexual como por infecciones de transmisión sexual, indistintamente: ETS/ITS.

0: *NS/NC.*

1: *No lo define, pero pone ejemplos (e.g.: “el SIDA...”).*

2: *Definición vaga y confusa (e.g.: “que te contagien de tus partes...”).*

3: *Enfermedades/infecciones que se transmiten con flujos, por el semen, etc.*

4: *Enfermedades/infecciones que se transmiten a través del contacto sexual/relaciones sexuales (no incluye el concepto de la protección.)*

5: *Son enfermedades/infecciones (no tiene porqué mencionar ambos términos) que se transmiten a través del contacto sexual/relaciones sexuales sin protección.*

Menciona las que se te ocurran.

Insectos:	<u>Ladillas</u> : Aunque no producen exactamente una enfermedad ni una infección, su contagio es más que probable por contacto sexual, así que se podrían incluir.
Protozoos:	<u>Tricomoniasis</u> .
Bacterias:	<u>Sífilis*</u> ; <u>Gonorrea*</u> ; <u>Clamidia*</u> .
Virus:	<u>Herpes Simple (VHS) del tipo 1 y del tipo 2</u> : aunque es más común la ETS causada por VHS-2, también es posible contagiar una ETS-VHS-1 a través del sexo oral sin protección. <u>Papiloma Humano (VPH)</u> : De los aproximadamente 100 tipos de VPH, unos 30 se transmiten sexualmente. Pueden provocar (o no) <i>verrugas genitales*</i> . <u>Hepatitis</u> : De los tipos: B fundamentalmente, y A. <u>Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) - SIDA</u> .
Otras:	La “ <u>vaginosis</u> ” bacteriana (no está claro, depende del manual). Algunos tipos de <u>uretritis</u> y <u>cistitis</u> . No siempre están causadas por infecciones transmitidas sexualmente, pero a menudo sucede que sí.

0: NS/NC.

1: Incluye enfermedades/infecciones que no son en realidad ITS/ETS.

2: Sólo incluye el SIDA-VIH.

3: Incluye algunos de los más conocidos (marcados con un asterisco *).

4: Cuantitativo: Menciona de cuatro a seis métodos.

5: Cuantitativo: Incluye de siete a nueve métodos.

¿Sabes qué métodos anticonceptivos previenen las ITS? Sólo el preservativo masculino (condón) y el preservativo femenino (femy). Aparte de estos dos, ninguno de los anteriormente citados previene las ITS.

0: NS/NC.

1: Indica alguno de los que sí previenen (condón/femy) y alguno de los que no previenen creyendo que sí lo hacen (pildora, aro, etc.).

2: El preservativo masculino, lo considera el único.

3: El preservativo masculino, y no sabe si hay alguno más.

4: El preservativo masculino y femenino, y sabe con cierta seguridad que no hay otros métodos que prevengan ITS.

5: *El preservativo masculino y el femenino y sabe con total seguridad que no hay otros métodos que prevengan ITS.*

¿Puedes decirme qué sitios conoces en los que se pueda obtener información sobre las ITS? Médico de cabecera/familia, especialistas como el ginecólogo/a, monitores/as que imparten talleres sobre sexualidad, puntos y centros de información juvenil, casas de la juventud, algunas asociaciones juveniles, páginas web de internet, libros especializados que se pueden obtener en bibliotecas, cuadernillos y folletos informativos emitidos por organismos como la Junta de Andalucía, el Instituto de la Mujer, Ministerios, etc., el propio Instituto Andaluz de la Mujer y asociaciones de mujeres, etc.

0: *NS/NC.*

1: *Menciona sitios o formas que no ha tenido que buscar, por ejemplo, le pregunta a un familiar o acude a las amistades, dentro de su entorno habitual.*

2: *Aprovecha algún monitor que vaya al IES, casa de la juventud, etc. para consultar, son recursos que no pertenecen a su entorno, pero no sabría localizarlos en caso de necesidad.*

3: *Acude a bibliotecas, webs, busca información concreta.*

4: *Conoce organizaciones u organismos a los que puede acudir: Instituto de la Mujer, Instituto de la Juventud...*

5: *Médico de cabecera, ginecólogo/a, etc.*

¿Podrías decirme qué tipo de conductas sexuales conoces?, ¿Podrías explicarme en qué consiste cada una de ellas? Incluirían cualquier tipo de prácticas sexuales, tanto conductas motoras, como cognitivas. Pueden involucrar a una o más personas. En otras palabras, entenderemos conducta sexual como cualquier comportamiento que está acompañado o es seguido por un incremento del nivel de excitación, deseo o satisfacción sexual, tanto si éste es físico, fisiológico o psicológico. Algunos ejemplos son:

- ❖ Uso de fantasías sexuales (de contenido erótico o sexual, implícito o explícito): imaginaciones, historias, recuerdos, anécdotas que la persona rememora por placer.
- ❖ Juego de roles: Jugar a interpretar otros papeles durante las prácticas sexuales (disfrazarse, actuar de otra manera interpretando un personaje o una forma de actuar distinta a la habitual/común).

- ❖ Besos: de cualquier tipo.
- ❖ Abrazos, caricias, masajes (de cualquier tipo), seducción con la mirada, comportamiento insinuante, uso de perfumes y aromas artificiales, lametazos, etc.
- ❖ Uso del lenguaje verbal o no verbal para transmitir deseo sexual o para despertarlo en otra persona: movimientos, palabras cariñosas, susurros, etc.
- ❖ Petting: “Tocamientos” del cuerpo (desnudo) del compañero/a, normalmente excluyendo los pechos y genitales.
- ❖ “Heavy petting”: Tocar el cuerpo (desnudo) del compañero/a incluyendo genitales y pechos.
- ❖ Sexo oral: aplicar la boca (labios/lengua) a los genitales/ano de otra persona. Felación en el caso de genitales masculinos, cunnilingus en el caso de genitales femeninos y anilingus (beso negro) en el caso del ano. 69: realizar sexo oral mutuamente (en pareja).
- ❖ Sexo anal: penetración anal (pene u objetos tipo dildos, etc.), coito anal.
- ❖ Sexo vaginal: penetración vaginal (pene u objetos tipo dildos, etc.), coito vaginal.
- ❖ Coito: relación sexual en la que se incluye la penetración (pene) en la vagina o en el ano.
- ❖ Diferentes posturas de penetración: superior femenina, superior masculina, de lado, por detrás, etc.
- ❖ Tríos: Relaciones sexuales en las que participan tres personas.
- ❖ Orgías: Relaciones sexuales en las que participan más de tres personas hasta cualquier número.
- ❖ Masturbación: excitación producida por la estimulación de los propios genitales (de cualquier modo) y zonas erógenas, también conocido como autoerotismo, “pajas”, “dedos”, “hacerse un dedo”, etc.
- ❖ Heteromasturbación: excitación provocada a otra persona por la estimulación (de cualquier forma) de sus genitales y zonas erógenas.
- ❖ BDSM (Bondage, Discipline, Dominance and Submission, Sadism and Masochism): Incluye un amplio espectro de técnicas y disciplinas que incluyen experimentar dolor tanto provocado (sadismo) como recibido (masoquismo), para provocar tensión sexual, placer, etc. Incluye expresiones típicas como: “pegar”,

“que te peguen”, “hacer/recibir daño”, “que te aten/atar”, “sadismo”, “masoquismo”, “sadomasoquismo”, etc.

- ❖ Voyeurismo: Obtener excitación sexual observando prácticas sexuales de otras personas o comportamientos eróticos de otros (no necesariamente como parafilia).
- ❖ Necrofilia: Prácticas sexuales que incluyen cadáveres.
- ❖ Zoofilia: Prácticas sexuales con animales.
- ❖ Fetichismo: Entendido como el uso de ciertos objetos para producir excitación sexual (no necesariamente como parafilia).
- ❖ Paidofilia: Deseo de realizar, o llevar a cabo prácticas sexuales con niños/as.
- ❖ Exhibicionismo: obtener placer sexual enseñando los genitales o posiciones típicamente sexuales a personas desconocidas/desprevenidas.
- ❖ “Swingers”: Intercambiar las parejas sexuales.

Crterios para enumeración de conductas sexuales:

0: NS/NC.

1: Sólo se le ocurren nombres sobre prácticas poco comunes o “famosas” o incluso patológicas (e.g.: necrofilia, zoofilia, etc.).

2: La mayoría de las conductas sexuales que se le ocurren son “más comunes”, saludables (e.g.: sexo oral, masturbación, etc.).

3: Además de conductas sexuales saludables más comunes, se le ocurre incluir como técnicas sexuales una amplia variedad de comportamientos que indican un concepto más global de la sexualidad, como la seducción, los abrazos, el uso del lenguaje (verbal/no verbal) como medio de expresión sexual, etc...

4: Cuantitativo: La cantidad de conductas que menciona oscila entre seis y diez.

5: Cuantitativo: Más de diez.

Crterios para definición de conductas sexuales:

0: NS/NC.

1: Define algunas conductas de forma incorrecta, se equivoca.

2: Sabe los nombres, pero no puede definir las conductas a las que se refieren éstos.

3: Definiciones vagas, confusas o poco concretas.

4: Sabe definir más o menos concretamente la mayoría de las conductas que ha propuesto.

5: Maneja muy bien las definiciones, usa terminología muy exacta, etc.

¿Podrías definir qué es la homosexualidad? Tipo de orientación sexual en el que la persona se siente atraída por personas de su mismo sexo, hombres por hombres (gays) y mujeres por mujeres (lesbianas).

0: NS/NC.

1: Lo define erróneamente.

5: Lo define correctamente.

¿Y la heterosexualidad? Tipo de orientación sexual en el que la persona se siente atraída por personas de sexo diferente al suyo: hombres por mujeres y mujeres por hombres.

0: NS/NC.

1: Lo define erróneamente.

5: Lo define correctamente.

¿Y la bisexualidad? Tipo de orientación sexual en el que la persona se siente atraída tanto por personas del mismo sexo como por personas de sexo diferente: hombres por hombres y mujeres, y mujeres por hombres y mujeres. También valdrían definiciones más “románticas”, e.g., “*se enamora de la persona y no del sexo*”, siempre que se sobreentienda que sabe que se trata de la atracción por personas de ambos sexos.

0: NS/NC.

1: Lo define erróneamente.

5: Lo define correctamente.

Dime cuál es, según tu opinión, el origen o la causa de la homo/bi/heterosexualidad.

No se conoce a ciencia cierta. Puede tener tanto un origen biológico, como sociocultural, aunque lo más probable es que sea consecuencia de ambas influencias: lo sociocultural mediaría lo biológico. En la naturaleza existen casos de conductas animales típicamente homosexuales y bisexuales (caso de los bonobos, por ejemplo) lo cual puede dar pie a la posibilidad de que exista una tendencia biológica a estas orientaciones sexuales. Sin embargo, en la historia hay muchos ejemplos de cómo la permisividad social hacia estas

conductas ha cambiado en varias ocasiones a lo largo de los tiempos: algunas sociedades antiguas, como la griega, veían con buenos ojos y hasta promulgaban las relaciones homosexuales; en nuestros tiempos hay cada vez mayor permisividad con los diferentes tipos de orientación, mientras que a comienzos del siglo XX no estaba socialmente bien visto que la gente manifestara una tendencia sexual diferente a la heterosexual (aunque se da por hecho que existían). Por otra parte, también los conocimientos acerca de la sexualidad humana pueden mediar en las creencias al respecto: algunas tribus africanas no occidentalizadas consideran que las relaciones homosexuales para la obtención de placer son totalmente “correctas”, y sin embargo, no permiten las relaciones heterosexuales salvo en contadas ocasiones y con la finalidad última de la reproducción (ya que consideran que engendrar hijos es un sacrificio que reduce la expectativa de vida del padre).

En resumen, el origen de la homo/hetero/bisexualidad no está claro y no hay una respuesta enteramente correcta, aunque podríamos entender que existen influencias biológicas mediatizadas por tendencias culturales.

0: NS/NC.

1: *Emplea en su explicación términos peyorativos como “maricón”, “bollera”, etc. (e.g.: “Yo es que eso de los maricones no lo entiendo”).*

2: *En su explicación muestra que considera que la condición de homosexual o bisexual no es normal o natural, que es una orientación rara o incluso una enfermedad (e.g.: “pues si ha nacido así qué se le va a hacer”, “mejor así que cojo”).*

3: *Es una característica con la que se nace y ya está, igual que tener los ojos azules o marrones; o es algo que se elige (e.g.: “a lo mejor tiene malas experiencias, y prueba, y le gusta y cambia”).*

4: *Es algo con lo que se nace, pero manifestarlo o no depende de uno/a mismo/a (pueden serlo y parecerlo, o no).*

5: *Es consecuencia de una interacción de factores biológicos, sociales y psicológicos.*

5.1.3. Criterios de codificación de las preguntas sobre creencias.

Presentamos cada una de las preguntas de la sección creencias de la entrevista. A continuación se expone cuál es la creencia más habitual o popular, la respuesta más habitual a este tipo de pregunta. Por último, se explica el criterio que se debe seguir para puntuarla. Se otorga mayor puntuación si la persona manifiesta tener una creencia más saludable, más acorde con los conocimientos que se disponen sobre el tema, más flexible, menos sesgada o menos extrema.

En las situaciones cotidianas relacionadas con la sexualidad (desde quedar con un/a chico/a que te gusta, hasta otras más íntimas como mantener relaciones sexuales de cualquier tipo con él/ella), ¿quién crees que debe llevar la iniciativa o dar el primer paso? La creencia más habitual (en el caso de relaciones heterosexuales), es que es el chico el que suele tomar la iniciativa.

5: Ella/los dos, no hay que esperar siempre a que él empiece. (No muestra acuerdo con la creencia popular).

1: Él. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

¿Crees que los chicos siempre están dispuestos a tener relaciones? Sí.

5: No, no siempre, pueden no tener ganas en algún momento y eso es normal. (No está de acuerdo con la creencia popular).

1: Sí. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

¿Y las chicas? No, no tanto como los chicos.

5: Sí, las chicas ahora están más dispuestas que antes. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: No. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

¿Crees que el alcanzar el orgasmo simultáneamente es mejor? Sí.

5: *No, una relación puede ser placentera si cada uno llega a su ritmo. (Está en desacuerdo con la creencia popular).*

1: *Sí. (Está de acuerdo con la creencia popular).*

0: *NS/NC.*

¿Es algo deseable? (es decir, que habría que intentarlo). Sí.

5: *No, no hay que intentarlo. (Está en desacuerdo con la creencia popular).*

1: *Sí, habría que intentarlo. (Está de acuerdo con la creencia popular).*

0: *NS/NC.*

¿Crees que la primera relación coital de una mujer es dolorosa? Sí.

5: *No tiene que serlo necesariamente aunque en alguna circunstancia puede ocurrir que sí. (Está en desacuerdo con la creencia popular).*

1: *Sí. (Está de acuerdo con la creencia popular).*

0: *NS/NC.*

¿Por qué? Porque se rompe el himen, porque se pierde la virginidad, porque la vagina está “cerrada” al ser la primera vez...

5: *Se muestra en desacuerdo con la creencia, se debe a una falta de relajación o de excitación suficiente.*

1: *Está de acuerdo con la creencia: rotura del himen, etc.*

0: *NS/NC.*

¿Podrías decirme de qué formas puede evitarse un embarazo no deseado?

5: *Usando métodos anticonceptivos.*

1: *Abstinencia.*

0: *NS/NC.*

¿Podrías decirme cuál crees que es el método anticonceptivo más eficaz?

5: *Menciona alguno de los métodos de barrera o de los hormonales, o los dos.*

1: Cualquier otro método.

0: NS/NC.

Dime qué opinas tú sobre el uso de la píldora del día después. Existen varios tipos de creencias en relación a este método anticonceptivo de emergencia:

(a) Es perjudicial.

5: No es perjudicial, no tiene más efectos secundarios que cualquier otro medicamento. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: Es perjudicial. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

(b) Tiene mucha cantidad de hormonas.

5: No tiene una cantidad de hormonas mayor que cualquier otro método. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: Tiene gran cantidad de hormonas. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

(c) La gente abusa de ella.

5: No hay un abuso de este método. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: La gente abusa de ella. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

(d) No es efectiva.

5: Es eficaz. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: No es efectiva. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

(e) Tiene efectos secundarios negativos que afectan a la fertilidad.

5: No tiene efectos secundarios de importancia: fertilidad, etc. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: Tiene efectos secundarios negativos: fertilidad, etc. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

(f) Su existencia hace que la gente sea irresponsable con la anticoncepción, que se descuiden.

5: No afecta a la conducta de las personas en cuanto al uso de métodos anticonceptivos. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: Hace que la gente descuide la anticoncepción, que dejen de preocuparse. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

(g) Sentimientos hacia ella.

5: Le gusta, le parece bien, correcto, que es una buena idea, que es una salvación, la usaría si fuera necesario...

1: No le gusta nada, preferiría no tener que usarla nunca, no la usaría por ningún motivo, ni siquiera una vez...

0: NS/NC.

(h) Es necesario controlar su distribución.

5: Está muy bien que se venda libremente, no hay porqué ejercer un control en su difusión, el control debe ejercerlo la persona, no la autoridad sanitaria. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: Debería controlarse/restringirse de alguna manera, que la vuelvan a dar en los centros sanitarios, que haya un control informático en las farmacias, que no se la den a menores, que lo sepan los padres... (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

(i) Es un método anticonceptivo más, no tiene nada diferente.

5: Es un método de emergencia, es mejor usar otros métodos anticonceptivos diarios, no debe sustituir a los métodos anticonceptivos habituales. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: Se puede usar como cualquier otro método anticonceptivo, diariamente. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

(j) Creencias sobre el conocimiento sobre la PAE.

5: Hace falta más información sobre ella.

1: No es necesaria la información, ya se sabe todo sobre la PAE.

0: NS/NC.

¿La única forma en la que una chica se puede quedar embarazada es cuando el varón eyacula dentro de la vagina? Sí.

5: No, no es imprescindible la eyaculación, “antes de llover chispea”. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: Sí. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

La mujer que tiene relaciones sexuales coitales por primera vez, ¿puede quedarse embarazada? No.

5: Sí. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: No. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

El uso del preservativo masculino (condón), ¿disminuye la sensibilidad durante el coito? Sí.

5: No. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: Sí. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

Cuando una mujer tiene el periodo (la regla), ¿puede quedarse embarazada? No.

5: Sí/ Es posible pero no probable, etc. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: No. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

¿Crees que la masturbación es una práctica beneficiosa o perjudicial? Es perjudicial, la gente puede obsesionarse con ella, etc.

5: *Beneficiosa/ni buena ni mala. (Está en desacuerdo con la creencia popular).*

1: *Perjudicial. (Está de acuerdo con la creencia popular).*

0: NS/NC.

¿En qué casos? Las creencias más comunes son, bien que la masturbación es mala si la gente se obsesiona con ella, o que siempre es beneficiosa.

5: *Sólo cuando se hace “obsesivamente”.*

1: *Cuando se hace mucho, cuando se hace teniendo pareja.*

0: NS/NC.

¿Opinas que los chicos se masturban más/menos/igual que las chicas? Lo hacen más.

5: *Igual/menos. (Está en desacuerdo con la creencia popular).*

1: *Más. (Está de acuerdo con la creencia popular).*

0: NS/NC.

¿Consideras que los chicos necesitan mantener relaciones sexuales con más frecuencia que las chicas, o no? Sí.

5: *No. (Está en desacuerdo con la creencia popular).*

1: *Sí. (Está de acuerdo con la creencia popular).*

0: NS/NC.

¿Por qué? Por el hecho de ser hombres, porque biológicamente lo necesitan más.

5: *Debido a influencias socioculturales, por educación o condicionamiento. (Está en desacuerdo con la creencia popular).*

1: *Está en su naturaleza (es algo biológico). (Está de acuerdo con la creencia popular).*

0: NS/NC.

Utilizar fantasías durante las relaciones sexuales, ¿crees que equivale a ser infiel? Sí

5: *No (Está en desacuerdo con la creencia popular).*

1: *Sí. (Está de acuerdo con la creencia popular).*

0: *NS/NC.*

¿Existe un momento apropiado o una edad apropiada para empezar a realizar conductas sexuales? Sí.

5: *No, realizamos conductas sexuales desde que nacemos hasta que morimos, aunque el tipo y frecuencia de éstas puede cambiar con la edad. (Está en desacuerdo con la creencia popular).*

1: *Sí, hay un momento a partir del cual empezamos a tener conductas sexuales. (Está de acuerdo con la creencia popular).*

0: *NS/NC.*

¿Cuál?

(a) Cuando una está preparada (madura biológica o psicológicamente, cuando tiene curiosidad).

5: *No (No hay una edad determinada, no hay un momento concreto). (Está en desacuerdo con la creencia popular).*

1: *Sí. (Está de acuerdo con la creencia popular).*

0: *NS/NC.*

(b) Ese momento es anterior para algunas conductas y posterior para otras.

5: *Sí, algunas conductas se empiezan antes en el tiempo que otras, por ejemplo, para el coito hay que esperar a alcanzar cierta madurez biológica. (Está de acuerdo con la creencia popular).*

1: *No (todas las conductas se empiezan a realizar a partir del mismo momento). (Está en desacuerdo con la creencia popular).*

0: *NS/NC.*

Las personas homosexuales/bisexuales ¿Tienen mayor/menor/igual número de contactos/relaciones sexuales que los heterosexuales? Creencias habituales:

(a) Los bisexuales tienen más que los heterosexuales o los homosexuales.

5: Los bisexuales tienen menor número o igual número, no importa la orientación, los bisexuales no son necesariamente “más promiscuos” por el hecho de ser bisexuales. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: Los bisexuales tienen mayor número de relaciones. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

(b) Los homosexuales más que los heterosexuales.

5: Los homosexuales igual o menos que los heterosexuales, su condición de homosexual no los hace más promiscuos. (Está en desacuerdo con la creencia popular).

1: Los homosexuales más que los heterosexuales. (Está de acuerdo con la creencia popular).

0: NS/NC.

5.1.4. Criterios de codificación de las preguntas sobre actitudes.

Se presentan, a continuación de cada pregunta, las contestaciones que reflejarían una actitud más flexible, más saludable, menos sesgada, menos tradicional o menos sexista. A continuación se explican los criterios para asignar cada puntuación a las respuestas de las entrevistas. Se otorgan puntuaciones más altas a las respuestas que reflejan actitudes más saludables, diferentes a clichés y estereotipos, aquellas que más se asemejan a la respuesta-criterio.

¿De qué manera experimenta un hombre su sexualidad? La respuesta más abierta o flexible sería la que diera a entender que la persona considera que el sexo no debería ser un factor determinante a la hora de experimentar la sexualidad (a nivel psicológico o social),

es decir, que hombres y mujeres deberíamos, a priori, no disfrutar ni padecer ningún tipo de diferencia a la hora de vivir la sexualidad.

Esto no es incompatible con el hecho de que la persona perciba diferencias a la hora de vivir la sexualidad. Tampoco lo es con el hecho de que la experiencia pueda ser diferente a nivel biológico.

5: Las respuestas que indiquen que la persona considera que los hombres y las mujeres somos iguales o deberíamos ser iguales a la hora de experimentar, psicológica o socialmente, la sexualidad (por ejemplo, en relación a la libertad, a la expresión afectiva,...). Se mantendría esta puntuación aunque la persona manifieste que hay diferencias a nivel biológico, siempre y cuando exprese que dichas diferencias se deben al hecho de que somos seres sexuados, con diferencias físicas entre uno y otro sexo. Igualmente, se puntuaría con cinco si la persona percibe que los hombres viven su sexualidad de manera diferente por cuestiones sociales o culturales, pero expresa que dichas diferencias no le parecen justas, apropiadas, correctas, etc. Contestaciones que muestren que la persona percibe que el hombre vive la sexualidad de forma diferente a la mujer, no sólo en términos biológicos sino en términos psicológicos o sociales, pero no manifiesta que dichas diferencias le parezcan inapropiadas.

1: Se puntúa con uno independientemente del valor de la diferencia, tanto si considera que el hombre sale beneficiado como si percibe que se le perjudica. Lo importante es que considere que hay una diferencia y que esta diferencia se considere algo normal, deseable, natural, lógica, etc.

0: NS/NC.

¿Y una mujer? Se siguen los mismos criterios que para la pregunta anterior, de hecho esta pregunta sirve para recabar más información sobre la actitud subyacente, para ver si al darle la vuelta a la cuestión surgen otras ideas. Nuevamente, la respuesta más abierta o flexible sería la que diera a entender que la persona considera que el sexo no debería ser un factor determinante a la hora de experimentar la sexualidad (a nivel psicológico o social), es decir, que hombres y mujeres deberíamos, a priori, no disfrutar ni padecer ningún tipo de diferencia a la hora de vivir la sexualidad. Esto no es incompatible con el hecho de que la persona perciba diferencias a la hora de vivir la sexualidad. Tampoco lo es con el hecho de que la experiencia pueda ser diferente a nivel biológico.

5: Las respuestas que indiquen que la persona considera que las mujeres y los hombres somos iguales o deberíamos ser iguales a la hora de experimentar, psicológica o socialmente, la sexualidad (por ejemplo, en relación a la libertad, a la expresión afectiva,...). Se mantendría esta puntuación aunque la persona manifieste que hay diferencias a nivel biológico, siempre y cuando exprese que dichas diferencias se deben al hecho de que somos seres sexuados, con diferencias físicas entre uno y otro sexo. También se puntuaría con cinco si la persona percibe que las mujeres viven su sexualidad de manera diferente por cuestiones sociales o culturales, pero expresa que dichas diferencias no le parecen justas, apropiadas, correctas, etc.

1: Respuestas que muestran que la persona percibe que la mujer vive la sexualidad de forma diferente al hombre, no sólo en términos biológicos sino en términos psicológicos o sociales, pero no manifiesta que dichas diferencias le parezcan inapropiadas. Se puntúa con uno independientemente del valor de la diferencia, tanto si considera que la mujer sale beneficiada como si percibe que se le perjudica. Lo importante es que considere que hay una diferencia y que esta diferencia se considere algo normal, deseable, natural, lógica, etc.

0: NS/NC.

¿Crees que las mujeres deben tomarse las mismas libertades (para decidir, actuar, tomar la iniciativa, etc.) que los hombres en materia sexual? Las respuestas "menos sesgadas", las "más adaptadas", serían aquellas que pongan de manifiesto que la libertad sexual no depende ni del sexo ni del género de la persona. Es decir, que en principio, hombres y mujeres parten con el mismo derecho a la sexualidad y a la forma de manifestarla.

5: Aquellas respuestas que indiquen que la persona entrevistada considera que los hombres y las mujeres deberían compartir el mismo derecho a la libertad en materia sexual (y/o los mismos límites a ésta). Expresiones que indiquen que no tienen por qué existir diferencias a la hora de vivir o expresar la sexualidad sólo en función del sexo o del género que se tenga. Valoramos la opinión que tiene la gente, no si describe la realidad tal y como la percibe. Por ejemplo, si contesta que los hombres tienen más libertad, no necesariamente hay que puntuar con un uno, porque la respuesta no indica que la persona considere que esto sea correcto, sólo nos está diciendo cómo percibe

ella la situación. Si nos manifiesta que esta situación es "normal", "deseable", "lógica", entonces sí se puntuaría con un uno. Una persona puede considerar que en la actualidad los hombres tienen más libertad, pero no considerar que esto sea deseable o lógico, en este caso se puntuaría con un cinco.

1: Contestaciones que denotan que la persona considera que la libertad depende del sexo o del género. Bien que consideren que el hombre debe tener más libertad (o que es normal/correcto que tenga más libertad), mientras que la mujer debe ser más pasiva, debe estar "guardada", a la espera, sin darse mucho a notar, etc., o respuestas a la inversa: que consideren que la mujer debe tener más libertades que el hombre.

0: NS/NC.

¿Qué opinas sobre los encuentros esporádicos (los que tienen una duración breve y sin compromiso)?, ¿Por qué? En este caso, la "actitud más flexible o abierta" sería la de considerar que las relaciones pueden tener cualquier duración, que el tiempo no es un criterio tan importante o necesario para que una relación sea "buena" o "correcta".

5: Expresiones que denotan que la persona tiene una opinión favorable hacia este tipo de encuentros, independientemente de si manifiesta que los practica y/o le gustan o no. La participante considera que lo importante de los encuentros no es la duración de éstos sino otros factores (responsabilidad, madurez, sinceridad...), son otra opción de relación, ni mejor ni peor que otras opciones. No los considera inapropiados, sino que considera que cada persona tiene derecho a elegir qué tipo de encuentros desea y que los esporádicos son una de las alternativas que se pueden elegir.

1: Contestaciones que denotan que a la persona no le parece bien que las relaciones tengan una duración breve, que los encuentros deben ser prolongados, durar más allá de unos días, unas semanas o unos meses. También se puntúa con uno si establece preferencia por este tipo de encuentros en función del sexo, siempre y cuando considere que estas diferencias están justificadas, por ejemplo, que el hombre lo hace "porque es así", "porque tiene que experimentar", que este tipo de encuentros están bien para el hombre pero no para la mujer, etc.

0: NS/NC.

¿El amor es necesario para poder practicar el coito o se puede hacer solo por diversión? El coito es un comportamiento sexual que tiene dos funciones, la reproductiva y la de obtener placer. El amor es una emoción que puede estar presente como facilitador, como desencadenante, como "conditio sine qua non" en algunos casos, pero para ciertas personas, podría no ser necesario, por diversos motivos. Esta sería la actitud más "abierta o flexible".

5: Si la persona está de acuerdo con la idea expresada anteriormente: si considera que el amor no es necesario para practicar el coito, que este comportamiento no requiere una implicación emocional especial, como sentir amor por la otra persona. No es necesario que la persona manifieste que puede practicar el coito sin amor o que le gusta o que lo prefiere, puede expresar que para ella es importante que haya amor para practicar el coito, pero considerar la posibilidad de que el coito sin amor sea una opción para las demás personas sin que ello le suponga ningún inconveniente o problema.

1: Si la persona considera que el coito es una conducta sexual que requiere necesariamente que las personas involucradas mantengan algún tipo de relación afectiva. También se puntúa así si considera que las relaciones coitales sin amor son negativas, inapropiadas, incorrectas, etc.

0: NS/NC.

¿Y para el resto de conductas sexuales que conoces/realizas? Con esta pregunta se pretende establecer: (1) si la gente cree que el amor es o no importante para el resto de conductas sexuales y (2) si el coito se considera diferente (en relación a la implicación emocional que supone) de las demás conductas sexuales. A este respecto, la actitud menos tradicional sería la que establece que el coito es una conducta sexual más, y que no requiere una implicación emocional diferente que otras conductas como, por ejemplo, el sexo oral. Para establecer las puntuaciones, excepcionalmente, tendremos en cuenta la respuesta y la puntuación que dimos en la pregunta anterior.

5: Si la respuesta indica que el amor es innecesario tanto para el coito como para las demás conductas sexuales (sexo oral, etc.). Son respuestas que indican que el amor no es importante para la persona independientemente del comportamiento sexual al que nos refiramos. Nos contestaría, por tanto, que el amor no es importante para las demás

conductas sexuales. (En la pregunta anterior, también habríamos puntuado con un cinco, nos habría dicho que el amor no es importante para practicar el coito).

1: Si sucede cualquiera de estas dos cosas: (1) Las respuestas indican que, para la persona, tanto el coito como el resto de conductas requieren una implicación emocional (tiene que haber amor, la respuesta a la pregunta anterior habrá recibido una puntuación de uno). (2) La persona considera que hay una diferencia entre el coito y las demás conductas sexuales en lo que se refiere a implicación emocional, es decir, o nos dice que el amor es importante para el coito pero no para las demás conductas, o nos dice que el amor es importante para las demás conductas, pero no para el coito.

0: NS/NC.

¿Crees que para los chicos es igual? Con esta pregunta se intenta determinar si las mismas actitudes son válidas para los chicos y las chicas, o si hay una actitud específica para cada sexo. Si la persona manifiesta que la situación es diferente para chicos y chicas (que considere que el amor debe ser más importante para uno que para otro), esto no implica, necesariamente, la existencia de una actitud diferente, sino que está describiendo la realidad que percibe. Tratamos de averiguar la actitud subyacente, si considera que los chicos deberían tener una actitud hacia la relación coito-amor diferente a las chicas.

5: Si la respuesta indica que chicos y chicas deberían darle la misma importancia a la implicación emocional durante los comportamientos sexuales.

1: Si la respuesta indica que es "normal", "deseable", "comprensible" que uno de los dos sexos se implique emocionalmente más que el otro.

0: NS/NC.

Valora de cero a diez en qué medida consideras es deseable (o no) que una mujer sea creativa y proponga cambios en sus relaciones sexuales de pareja. (0 = nada deseable/no debe ser creativa y 10 = muy deseable/debería ser más creativa). Se pone la misma puntuación que aparezca en la transcripción.

¿Qué opinas sobre los métodos anticonceptivos?, ¿Son cómodos, incómodos, complicados o fáciles de usar, es fácil integrarlos en la relación, etc.? Utilizar correctamente métodos anticonceptivos es una conducta saludable. Las actitudes positivas hacia el uso de estos métodos son las que se consideran actitudes saludables.

5: Respuestas que indiquen que la persona considera que los métodos anticonceptivos son útiles, necesarios, apropiados, que deben usarse para evitar embarazos y enfermedades de transmisión sexual, que merece la pena aprender a usarlos correctamente/a negociar su uso, que aunque supongan un gasto merece la pena para protegerse, etc.

1: Respuestas que indiquen que la persona tiene una actitud negativa hacia el uso de los métodos anticonceptivos, si los considera poco prácticos, que no sirven, que fallan demasiado como para que merezca la pena usarlos, etc.

0: NS/NC.

¿Qué harías tú para facilitar el acceso de las personas a los métodos anticonceptivos?

5: Las respuestas que indiquen que la persona considera que los métodos anticonceptivos son importantes y que es importante realizar intervenciones para que las personas tengan acceso a ellos y puedan utilizarlos correctamente (información, cómo negociar su uso, etc.)

1: Las respuestas que indiquen que la persona considera que se le da demasiada importancia a las intervenciones centradas en los métodos anticonceptivos, que no es importante hacer hincapié en su uso, insistir en ello, etc.

0: NS/NC.

¿Puedes decirme qué opinas sobre el aborto, estás a favor o en contra?, ¿Por qué?

5: Las respuestas que indiquen que la persona está a favor del aborto, si muestra una opinión positiva hacia el respeto al derecho de las personas a planificar el momento de la maternidad (paternidad), el derecho a elegir si quieren o no tener hijos/as.

1: Las respuestas que muestran rechazo hacia el aborto, independientemente de los motivos (e.g., defender los derechos del no-nato, como "castigo" a una chica que no ha actuado prudentemente, etc.)

0: NS/NC/o está indecisa, muestra tantos argumentos a favor como en contra y no muestra una preferencia clara.

¿Qué opinas de la masturbación? La masturbación es una de las conductas sexuales a las que se les ha dedicado más atención. Se la consideró una práctica obscena, pecaminosa, incluso síntoma de una enfermedad mental. En la actualidad se considera una conducta que puede realizarse con fines terapéuticos en el tratamiento de algunas disfunciones. En ocasiones, se le da más importancia que a cualquier otro comportamiento sexual, considerándose que su práctica no sólo es deseable, sino necesaria, al menos en algunas fases de la vida. La opinión sobre esta conducta ha oscilado de uno al otro extremo, generando dudas sobre la "normalidad" o "salubridad" de las personas en función de si la practican o no. No obstante, es un comportamiento sexual más, dentro del amplio abanico de conductas que se pueden realizar y pertenece al ámbito personal decidir si se practica o no, en función de sus propios gustos. En otras palabras, nadie es normal o anormal en función de la frecuencia con la que practica la masturbación.

5: Si la persona opina que la masturbación es, ni más ni menos, una práctica sexual más, y que depende de la persona decidir si la practica o no y cuándo lo hace.

1: Respuestas que muestren opiniones extremas respecto a la masturbación: tanto si la consideran algo muy negativo, como si la consideran algo demasiado positivo. Si consideran que practicarla o no practicarla es un signo de que la persona no es "demasiado normal", si creen que hay una época apropiada para realizarla, pero que realizarla en otras fases de la vida (por ejemplo, cuando se tiene pareja) es poco deseable, etc.

0: NS/NC.

¿Existe algún momento o situación particularmente apropiada para realizarla?

5: Las respuestas que indiquen que es una conducta sexual más y que cada cual la realiza, o no, en el momento en que lo considere oportuno (siempre que se contemplen los límites sociales más elementales, como no exponerse en público ante personas que no han consentido en participar).

1: Las respuestas que indiquen que la masturbación sólo es apropiada en determinados momentos (la adolescencia, para practicar y "desahogarse", cuando no se tiene pareja, como parte de un tratamiento, etc.), y que no lo es en otras situaciones.

0: NS/NC.

¿Crees que es normal que las chicas se masturben?

5: Las respuestas que establecen que el sexo no es una condición que necesariamente tenga que influir en la práctica de la masturbación. Al igual que en otras preguntas, pueden opinar que las chicas la realizan con menos frecuencia, o que no lo manifiestan, pero eso es lo que perciben, no lo que opinan.

1: Las respuestas que indiquen que esta conducta no es normal en las chicas. Respuestas que indiquen que la práctica de esta conducta está ligada al sexo (por ejemplo, que se considere que es normal que los chicos lo hagan porque "son así", que las chicas "no lo necesitan", etc.)

0: NS/NC/o no se aprecia una tendencia clara.

¿Cuál es tu opinión sobre el sexo anal? Nuevamente, se trata de una conducta más, y depende de cada persona decidir si la quiere practicar o no, si le gusta o no, etc. Practicarla no es más saludable/normal/deseable que no practicarla.

5: Respuestas que reflejan una actitud positiva hacia este tipo de práctica, tanto si la persona quiere/desea practicarla/probarla o no.

1: Respuestas que reflejen una actitud negativa, que manifiesten que lo consideran una desviación, un comportamiento patológico, o sólo un comportamiento apropiado para ciertas personas (homosexuales, personas de otra cultura como las mujeres musulmanas, etc.)

0: NS/NC.

¿Y sobre el sexo oral? Se siguen los mismos criterios que para la pregunta anterior: se trata de una conducta más, y depende de cada persona decidir si la quiere practicar o no, si le gusta o no, etc. Practicarla no es más saludable/normal/deseable que no practicarla.

5: Respuestas que reflejan una actitud positiva hacia este tipo de práctica, tanto si la persona quiere/desea practicarla/probarla o no.

1: Respuestas que reflejen una actitud negativa, que manifiesten que lo consideran una desviación, un comportamiento patológico, o sólo un comportamiento apropiado para ciertas personas.

0: NS/NC.

¿Hay alguna(s) conducta(s) sexual(es) que tú no realizarías? No nos interesa tanto el comportamiento en sí mismo, sino los motivos que nos da para no realizarlo. Estos motivos pueden mostrarnos la actitud que subyace a ese comportamiento y podemos establecer si son actitudes más saludables, si están basadas en información o en creencias sin contrastar, si son más o menos flexibles, etc.

5: Aquellas respuestas que demuestren que la persona tiene información, que no está demasiado influida por clichés o sesgos, que elige qué comportamientos no realiza basándose en un criterio propio, según sus gustos y no en función de creencias disfuncionales, irracionales o poco saludables.

1: Aquellas respuestas que demuestren que la persona basa su comportamiento en estereotipos, clichés, en creencias no contrastadas (e.g.: "no practico el sexo anal porque eso es cosa de homosexuales").

0: NS/NC.

¿Y alguna que te gustaría experimentar?, ¿Por qué? Seguimos el mismo criterio que para la pregunta anterior: No nos interesa tanto el comportamiento en sí mismo, sino los motivos que nos da para realizarlo. Estos motivos pueden mostrarnos la actitud que subyace a ese comportamiento y podemos establecer si son actitudes más saludables, si están basadas en información o en creencias sin contrastar, si son más o menos flexibles, etc.

5: Aquellas respuestas que demuestren que la persona tiene información, que no está demasiado influida por clichés o sesgos, que elige qué comportamientos desearía realizar basándose en un criterio propio, según sus gustos y no en función de creencias disfuncionales, irracionales o poco saludables o una moda pasajera.

1: Aquellas respuestas que demuestren que la persona basa su comportamiento en estereotipos, clichés, en creencias no contrastadas.

0: NS/NC.

¿Qué opinas sobre la homo/bisexualidad/heterosexualidad?

5: Aquellas respuestas que consideren que cualquier opción sexual es respetable, que las tres opciones son normales, que todos los grupos tienen los mismos derechos sin reservas.

1: Aquellas respuestas que consideren, aunque sea sutilmente, que la heterosexualidad es una opción preferible, más normal, más deseable, cómoda, etc. Aunque promulguen el respeto por las otras opciones.

0: NS/NC.

¿Debería permitirse que los homosexuales adopten hijos/as?, ¿Por qué?

5: Aquellas respuestas que indiquen que la persona considera que las personas homosexuales están tan capacitadas o incapacitadas para la maternidad/paternidad como las heterosexuales. Que indiquen que la orientación sexual no es un factor relevante a tener en cuenta a la hora de adoptar o criar a un/a hijo/a.

1: Aquellas respuestas que consideren que esta situación no es deseable, que suponga que puede haber conflictos o consecuencias negativas para los hijos/as, que piense que todavía no es el momento, etc.

0: NS/NC.

¿Qué harías si una persona de tu entorno te dijera que es homosexual o bisexual?

5: Las respuestas que indiquen que su comportamiento no cambiaría. Ni para evitar ni para reforzar. Serían personas que realmente consideran que tener una orientación sexual diferente no implica que haya que tratar a la otra persona de manera distinta.

1: Las respuestas que muestren que hay una actitud diferente para heterosexuales y para el resto de opciones. Tanto si muestra conductas negativas (repulsa, evitación, miedo, etc.), como si son positivas (querer ayudarlos, tratarlos mejor sólo por el hecho de ser de otra orientación, etc.).

0: NS/NC.

¿Qué pensarías?

5: Respuestas que indiquen que hay normalidad o naturalidad en su actitud, que no consideran que haya diferencias notables en personas de distinta orientación sexual.

1: Las respuestas que muestren que la persona considera que las personas de otra orientación son diferentes (tanto las negativas, como las positivas, por ejemplo, "pensaría, ¡qué bien, siempre he querido tener un amigo gay porque saben combinar muy bien la ropa!").

Con 0: NS/NC.

¿Crees tus compañeros/as de clase o los/as amigos/as con los que sales opinarían lo mismo que tú en lo que se refiere a estas preguntas que te he hecho?

5: Si la persona considera que las opiniones de su grupo se parecerían a las suyas.

1: Si la persona considera que las opiniones de su grupo no se parecerían a las suyas.

0: NS/NC.

¿Consideras que tu familia me contestaría más o menos lo mismo que tú si les hiciera las mismas preguntas?

5: Si la persona considera que las respuestas de su familia se parecerían a las suyas.

1: Si la persona considera que las respuestas de su familia no se parecerían a las suyas.

0: NS/NC.

5.1.5. Criterios de codificación de las preguntas sobre valores.

Indica una escala de cero a diez (Donde 0 = nada importante y 10 = muy importante) la importancia que tienen para ti los siguientes valores relacionados con la sexualidad: Responsabilidad, compromiso, respeto, libertad, dignidad, sinceridad, fidelidad.

Se le asigna la puntuación que aparezca en la transcripción.

¿Qué límites establecerías tú a la libertad sexual de una persona?

5: Las respuestas que planteen que los límites son los legalmente establecidos y los que cada persona se marque en el ejercicio de su libertad individual.

1: Las respuestas que planteen derechos basándose en creencias sesgadas o poco racionales, que muestren un pensamiento estereotipado o poco flexible.

0: NS/NC.

En promedio, ¿Cuántas parejas sexuales crees que debería tener una persona a tu edad?

5: Las respuestas que indiquen que el número de parejas no es importante, sino que la persona tenga libertad para elegir. Se valora también que se haga hincapié en la responsabilidad, en la no coerción, en el cuidado de la salud, etc.

1: Las respuestas que indiquen que la persona considera que hay una cantidad apropiada para cada edad, que las personas que tienen por encima o por debajo de esa cantidad están actuando incorrectamente, basándose en estereotipos o clichés negativos sobre la sexualidad y la libertad sexual.

0: NS/NC.

5.1.6. Criterios de codificación de las preguntas sobre comportamientos.

¿Llevas una vida sexual activa?

5: Sí, (sí, más o menos, a menudo, valoraciones acerca de lo frecuente que puede ser la vida sexual en realidad no importan, sino que considere que tiene algo de vida sexual, individual o en pareja.)

1: No.

0: NS/NC.

¿Con qué frecuencia (0 = muy poco a 5 = mucho) realizas las siguientes conductas: masturbación, heteromasturbación, sexo oral, ...?

Se le asigna la puntuación que aparezca en la transcripción.

Si has tenido algún tipo de relación sexual coital, ¿a qué edad fue? No requiere codificación.

¿Cuántos compañeros/as sexuales has tenido hasta ahora? No requiere codificación.

¿Utilizas las fantasías sexuales?

5: Sí, las usa, aunque sea a veces.

1: No, no las usa.

0: NS/NC.

¿En qué momentos?

5: Sola y en pareja (e.g.: viendo películas, series, soñando a solas, mientras está con la pareja...).

1: Solo mientras está sola, viendo series, pelis...

0: NS/NC, cuando en la pregunta n.º 56 ha contestado que no (1), la frecuencia es cero.

En caso de tener actualmente pareja sexual, ¿tomas tú la iniciativa o tu pareja? No requiere codificación.

¿Utilizas algún método anticonceptivo cuando tienes relaciones sexuales coitales?

5: Sí. (Lo usa siempre que quiere evitar un embarazo).

1: No, no usa. (aunque tiene posibilidad de quedarse embarazada y no lo desea).

0: NS/NC.

En caso de no usar ninguno, ¿podrías indicarme el motivo? No requiere codificación.

En caso de tener pareja, ¿hablas con ella en relación con lo que te gusta/gustaría hacer y lo que no? No requiere codificación.

La sección de la entrevista dedicada a la satisfacción sexual no requiere criterios de codificación puesto que las preguntas sobre ésta ya solicitan una puntuación. Las demás preguntas abiertas se valoraron como datos descriptivos de la muestra, con lo que tampoco era necesario codificar las respuestas.

5.2. Medidas de autoinforme sobre sexualidad.

Una vez realizada la transcripción de todas las entrevistas se analizaron todas las respuestas a cada pregunta. Se agruparon las respuestas similares por categorías y se ordenaron por frecuencia.

Se seleccionaron aquellas respuestas que aparecían más frecuentemente y que parecían más representativas de la muestra. Con estas respuestas se redactaron tanto los ítems como las diferentes alternativas de respuesta a los mismos de las medidas de autoinforme destinadas a evaluar cada una de las variables de los estudios que se expondrán en la parte IV.

En la elaboración de los ítems se intentaron cumplir las siguientes premisas:

- ❖ Obtener ítems claros, concisos, no ambiguos y tan concretos como fuera posible.
- ❖ Expresar una sola idea en cada ítem.
- ❖ Redactarlos tanto de forma positiva como de forma negativa, para evitar las tendencias de respuesta.
- ❖ Evitar coloquialismos, expresiones y jergas y usar un lenguaje no sujeto a modas, aunque dada la variedad del lenguaje usado en el ámbito de la sexualidad, y siguiendo el ejemplo de los diferentes instrumentos ya existentes, en algunas ocasiones se ha considerado que resultaba más claro incluir algún ejemplo en forma coloquial (entrecomillados).
- ❖ Adecuar la estructura gramatical a las personas que deben responder al instrumento.
- ❖ Evitar las redacciones negativas para no dificultar la comprensión.

En la primera versión de los instrumentos de medida se consideró que la redundancia no era un defecto, puesto que aún debían ser revisados por investigadores y expertos en sexualidad humana y deseábamos poder evaluar toda la información posible. Por esta misma razón, también se respetaron algunas de las expresiones idiosincráticas y algunos de ellos se expresaron de forma muy parecida a cómo las entrevistadas habían contestado. En la página siguiente se presenta un fragmento de un ítem de la escala de actitudes, a modo de ejemplo.

A continuación te presentamos una serie de afirmaciones referidas a tres tipos de conductas sexuales. ¿Puedes indicar en qué grado estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas?

- ❖ La masturbación es un pobre sustituto del coito.
- ❖ Es una forma de experimentar con tu cuerpo de forma individual.
- ❖ La masturbación es típica de la adolescencia.
- ❖ La masturbación femenina es algo normal.
- ❖ La masturbación es más apropiada entre gente sin pareja.
- ❖ Es una práctica común y normal, una conducta sexual más, para autoconocerte o para satisfacer el deseo sexual sin más.
- ❖ Es más correcto que practiques la masturbación cuando no tienes pareja o no la tienes disponible.
- ❖ Es una necesidad, el cuerpo te lo pide de vez en cuando.
- ❖ La masturbación sólo se realiza cuando no se puede tener sexo en pareja.
- ❖ Se puede realizar tanto si tienes pareja como si no.
- ❖ Es anormal que las mujeres se masturben.
- ❖ La masturbación no es típica de una edad, lo realizamos durante toda la vida (tanto siendo jóvenes como mayores).
- ❖ Es más normal entre la gente joven que entre la gente mayor.
- ❖ Aunque tengas pareja, si te apetece hacerlo no está mal que te masturbes.
- ❖ Los hombres se masturban más que las mujeres.
- ❖ Si tienes pareja no necesitas masturbarte.
- ❖ Masturbarse está mal.
- ❖ Sirve para satisfacerte cuando tienes apetito sexual.
- ❖ La masturbación es una guarrada.
- ❖ La masturbación está bien cuando no tienes pareja o cuando tu pareja no tiene ganas.
- ❖ Cuando te acostumbras a practicar el coito habitualmente, cuando no puedes hacerlo, te masturbas.
- ❖ Masturbarse es algo habitual, y da igual que tengas o no pareja.
- ❖ Las mujeres tienen menos necesidad de masturbarse que los hombres.
- ❖ Es una forma de aprender lo que te gusta y cómo conseguirlo.
- ❖ Es más típico de la juventud porque estás explorando tu sexualidad.
- ❖ La masturbación puede ser un preliminar antes del coito.
- ❖ La masturbación es una práctica sexual más.
- ❖ Es más normal masturbarse cuando no tienes una pareja que te satisfaga tu deseo.
- ❖ Los hombres y las mujeres se masturban con la misma frecuencia.
- ❖ A mí me da vergüenza decir que me masturbo.

- ❖ La masturbación se puede practicar en cualquier momento, estés con pareja o sin ella.
- ❖ La masturbación es cosa de hombres mayores porque ya no pueden realizar otras prácticas sexuales.
- ❖ Es una práctica natural en el ser humano, independientemente de su sexo.
- ❖ A las mujeres les da más reparo practicar la masturbación que a los hombres.
- ❖ Es una forma de autoconocerte para saber lo que te gusta.
- ❖ Habría que animar a la gente a que lo hiciera porque si no lo hacen no pueden desarrollar totalmente su sexualidad.
- ❖ Muchas mujeres tienen una opinión positiva sobre la masturbación.
- ❖ La masturbación es cosa de hombres y las mujeres no deben practicarla.
- ❖ La masturbación puede darle vitalidad a la experiencia sexual.
- ❖ No me parece una práctica sexual atractiva, no me gusta/gustaría practicarla.
- ❖ Los hombres necesitan practicar la masturbación más que las mujeres.
- ❖ La masturbación femenina está peor vista que la masculina.
- ❖ Es una manera más de descargar tensión sexual, otra conducta sexual más.
- ❖ Cuando tienes pareja no hace falta masturbarse.
- ❖ Es una forma de expresarse que no es ni buena ni mala.
- ❖ Realizar la masturbación en solitario es malo.

Una primera revisión llevó a la eliminación de algunos ítems porque se consideró que eran redundantes. También se realizaron cambios en la redacción para cumplir las premisas propuestas. El resultado fue una segunda versión más breve que se pasó a una muestra inicial de voluntarias. A continuación se presenta la segunda versión del ítem del ejemplo anterior:

A continuación te presentamos una serie de afirmaciones referidas a tres tipos de conductas sexuales. ¿Puedes indicar en qué grado estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas?

- ❖ La masturbación femenina es algo normal.
- ❖ Es una práctica normal, una conducta sexual más, para autoconocerte o para satisfacer el deseo sexual sin más.
- ❖ Es más correcto que practiques la masturbación cuando no tienes pareja o no la tienes disponible.
- ❖ La masturbación sólo se realiza cuando no se puede practicar el coito u otras técnicas sexuales en pareja.
- ❖ La masturbación no es típica de una edad, lo realizamos durante toda la vida (tanto siendo jóvenes como mayores).

- ❖ Masturbarse está mal.
- ❖ Es una práctica natural en el ser humano, independientemente de su sexo.
- ❖ Habría que animar a la gente a que lo hiciera porque si no lo hacen no pueden desarrollar totalmente su sexualidad.
- ❖ No me parece una práctica sexual atractiva, no me gusta/gustaría practicarla.
- ❖ Los hombres necesitan practicar la masturbación más que las mujeres.
- ❖ Es una forma de expresarse que no es ni buena ni mala.

Esta segunda versión fue corregida y refinada una última vez, tras la cual se eliminaron otros ítems que no se consideraron informativos y se hicieron ligeras modificaciones en la redacción. Esta última versión se subió a la plataforma Limesurvey® y fue la que se utilizó para recoger los datos de los estudios empíricos segundo y tercero de esta Tesis Doctoral. La versión final del ítem de la escala de actitudes que usamos de ejemplo fue:

¿Podrías indicarnos tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a automasturbación?

	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
La masturbación femenina es algo frecuente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es una práctica normal, una conducta sexual más, para autoconocerte o para satisfacer el deseo sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es más correcto que practiques la masturbación cuando no tienes pareja o no la tienes disponible.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La masturbación sólo se realiza cuando no se puede practicar el coito u otras técnicas sexuales en pareja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La masturbación no es típica de una edad, la realizamos durante toda la vida (tanto siendo jóvenes como mayores).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masturbarse está mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es una práctica natural en el ser humano, independientemente de su sexo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Habría que animar a la gente a que lo hiciera porque si no lo hacen no pueden desarrollar totalmente su sexualidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No me parece una práctica sexual atractiva, no me gusta/gustaría practicarla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los hombres necesitan practicar la masturbación más que las mujeres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dado que la variable autoeficacia sexual se añadió con posterioridad al desarrollo de la entrevista y por lo tanto no se incluyeron en ésta preguntas para evaluarla, los ítems de la medida de autoinforme no pudieron redactarse directamente en base a las respuestas de las entrevistadas. Este autoinforme se desarrolló basándose en los instrumentos de medida revisados y tratando de incorporar en el instrumento creencias de autoeficacia no sólo en relación a la capacidad o seguridad con la que se pueden realizar comportamientos preventivos (como utilizar el preservativo masculino), sino también la confianza con la que creen que se pueden realizar comportamientos sexuales que no tienen carácter preventivo sino que sólo tienen la finalidad de obtener placer (e.g., utilizar las fantasías sexuales) o de mejorar la experiencia sexual o servir de coadyuvante de un comportamiento preventivo (e.g., erotizar el preservativo).

Algunos de los ítems se adaptaron de las medida de Kasen, Vaughan y Walter (1992) y de Pratte, Whiteshell y McFarlane (2010) mencionadas en el capítulo tres.

El instrumento final alojado en la plataforma Limesurvey® está formado por:

- ❖ **Introducción y consentimiento informado** (ver anexo III).
- ❖ Tres **preguntas de control** iniciales, destinadas a delimitar la muestra, en las que se pregunta el sexo, la edad, si han tenido alguna pareja sexual en su vida y cuál es el primer comportamiento sexual que recuerdan haber practicado.
- ❖ 15 preguntas sobre **datos sociodemográficos** (nivel educativo, nacionalidad, si tienen o no pareja en la actualidad, religiosidad y grado de religiosidad, orientación sexual, etc.).
- ❖ **Test sobre conocimientos sexuales** con 20 ítems tipo verdadero/falso.
- ❖ **Autoinforme sobre actitudes sexuales** con siete preguntas en las que se pide que indiquen su grado de acuerdo, en una escala tipo Likert con cuatro niveles de respuesta, en relación a una serie de afirmaciones. La primera pregunta (actitudes sobre sexualidad femenina y masculina) incluye 15 ítems, la segunda pregunta (actitudes sobre métodos anticonceptivos) consta de 20 ítems. La tercera (actitudes respecto a la automasturbación) y la cuarta (actitudes respecto al coito, al sexo oral y al sexo anal) constan de diez y 21 ítems respectivamente. La quinta pregunta (actitudes sobre diferentes orientaciones sexuales) tiene 15 ítems. Las dos últimas

preguntas solicitan que se indique el grado en que consideran que sus amistades y sus familias estarían de acuerdo con sus actitudes o tendrían actitudes diferentes.

- ❖ **Autoinforme sobre creencias sexuales**, con tres preguntas en las que se pregunta el grado de acuerdo (alternativas en formato Likert con cuatro niveles de respuesta) con una serie de afirmaciones. La primera pregunta (creencias sobre el rol sexual de la mujer) consta de cinco ítems. La segunda (creencias sobre anticoncepción) y la última pregunta (creencias sobre comportamientos sexuales) cuentan con diez ítems cada una.
- ❖ **Autoinforme sobre valores sexuales**. Tiene una pregunta en la que se solicita a la participante que valore la importancia que tienen para ella 20 valores relacionados con la sexualidad y otra pregunta en la que se pide el grado de acuerdo con 15 afirmaciones sobre posibles límites a la libertad sexual de la persona.
- ❖ **Autoinforme sobre agentes impactantes**. La primera pregunta contiene un listado de personas y medios que pueden influir en los conocimientos, actitudes, valores, etc. de las personas. Se solicita a las participantes que valoren en una escala tipo Likert con cuatro niveles de respuesta el grado de influencia que ha tenido sobre ellas ese posible agente impactante y también si lo ha utilizado o no como fuente de información. A continuación se les solicita que indiquen si ha recibido algún curso o taller sobre temas relacionados con la sexualidad y quién lo impartió.
- ❖ **Autoinforme sobre comportamientos sexuales**. Incluye siete preguntas. La primera pregunta incluye una lista exhaustiva de comportamientos sexuales (desde dar y/o recibir besos hasta la realización de prácticas potencialmente arriesgadas como practicar el sexo con desconocidos, participar en salas oscuras, ruletas sexuales, etc.) y se les solicitan dos respuestas: que valore la frecuencia real con la que realizan dichos comportamientos (0 = no lo he realizado nunca, 3 = lo realizo mucho) y si desearían o no incrementar dicha frecuencia. En la segunda pregunta se pide que indique quién lleva la iniciativa en su relación (1 = siempre mi pareja, 2 = mi pareja más que yo, 3 = mi pareja y yo por igual, 4 = yo más que mi pareja y 5 = siempre yo). En esta pregunta no se valora la idoneidad o deseabilidad de que sea la participante y no su pareja (o viceversa) quien muestre más iniciativa, sino la frecuencia con la que es la participante quien la toma, por este motivo aquella opción que refleja mayor iniciativa es a la que se le otorga mayor puntuación. La tercera

pregunta valora la frecuencia de comunicación en la pareja (0 = nunca a 4 = siempre) y la cuarta la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos (0 = nunca a 5 = siempre). La quinta pregunta presenta 20 motivos por los cuales no se utilizan métodos anticonceptivos y se les pide que valoren la frecuencia con la que no han utilizado métodos anticonceptivos por ese motivo concreto. La sexta pregunta valora la frecuencia con la que se utilizan las fantasías sexuales y la séptima presenta 12 situaciones donde la gente suele emplearlas y se les solicita que valoren la frecuencia con la que ella usa las fantasías en dichas circunstancias (0 = nunca a 3 = mucho).

- ❖ **Autoinforme sobre satisfacción sexual:** incluye seis preguntas específicas sobre satisfacción sexual. La primera de ellas contiene 25 factores que, según las mujeres entrevistadas, afectan a los niveles de satisfacción sexual. Las participantes deben determinar en una escala Likert con cuatro niveles de respuesta en qué medida les afecta a ellas cada factor. Los siguientes cuatro ítems preguntan sobre el nivel de satisfacción actual en pareja e individual y por el nivel de satisfacción deseado en pareja e individual, respectivamente. La última pregunta sobre satisfacción sexual muestra la misma lista de 25 comportamientos sexuales del autoinforme anterior para que la participante valore cómo de satisfactorios le resultan a ella (0 = no lo practico a 4 = muy satisfactorio). Además de estas preguntas se incluyeron cuatro preguntas sobre ciertos aspectos de funcionamiento sexual que suelen asociarse de forma robusta con la satisfacción y sobre los que las personas suelen mostrar mucho interés y preocupación (frecuencia de orgasmos con diferentes prácticas sexuales, frecuencia orgásmica con prácticas individuales como la masturbación, importancia subjetiva de alcanzar el orgasmo para que las relaciones sean valoradas como satisfactorias e importancia del orgasmo para que los comportamientos individuales sean satisfactorios). Dos preguntas más recogían información sobre niveles de deseo y excitación. La última pregunta solicita que la persona evalúe la importancia que tiene para ella tener una sexualidad activa y satisfactoria en la vida (formato Likert de 0 = nada importate a 3 = muy importante).
- ❖ **Autoinforme sobre expectativas de autoeficacia.** Incluye tres preguntas. En la primera deben indicar en qué medida se sienten capaces o incapaces de mantener una relación sexual en diez supuestos diferentes (0 = muy incapaz a 4 = muy capaz). En la segunda deben indicar cuál es su capacidad percibida para hablar con su pareja

sobre diez temas relacionados con la sexualidad y la última indaga sobre la seguridad con la que creen poder realizar 30 comportamientos relacionados con la sexualidad individual y en pareja.

Aproximadamente la mitad de los ítems de cada autoinforme se han invertido. Una vez invertidas las puntuaciones, se realiza el sumatorio total para obtener las puntuaciones parciales y globales de interés. Mayores puntuaciones indican mayor nivel de conocimientos, actitudes favorables, valores y creencias más saludables, flexibles, abiertas o menos sesgadas, mayores niveles de autoeficacia sexual, mayor frecuencia y variedad de comportamientos sexuales y mayores niveles de satisfacción.

Una de las ventajas de esta serie de autoinformes es que permiten recoger una gran variedad de datos que no están presentes en otras medidas, como la influencia de cada tipo de comportamiento sexual en los niveles de satisfacción, la medida diferenciada entre niveles de satisfacción real y deseada o de satisfacción específica con las relaciones sexuales en pareja y con las conductas individuales. También recoge datos sobre frecuencia real y deseada de una gran variedad de comportamientos sexuales y situaciones diferentes en las que éstos pueden utilizarse. Igualmente, aunque se valoran tanto los comportamientos preventivos como los conocimientos, actitudes, creencias, valores y autoeficacia relacionados con ellos, se ha puesto especial cuidado y énfasis en incluir comportamientos destinados no a prevenir ninguna consecuencia indeseada sino aquellos cuya única finalidad es la de variar y mejorar la experiencia sexual o aumentar el placer (erotización del preservativo, uso de fantasías, juguetes sexuales, juegos de rol, juegos de seducción, literatura o material audiovisual erótico, etc.). Además, también se han incorporado actitudes, creencias y comportamientos específicos relacionados con los roles de género y la identidad sexual.

Las preguntas sobre funcionamiento sexual incluidas en el autoinforme de satisfacción pretenden recoger datos para analizar la importancia o el impacto que pueden tener para algunas mujeres ciertos aspectos del funcionamiento sexual como la frecuencia y la consistencia orgásmica, así como disponer de datos que se puedan contrastar con creencias y actitudes relacionadas analizadas en los demás autoinformes.

La principal desventaja es el tiempo que se tarda en rellenar todos los autoinformes (entre 45 y 60 minutos). A pesar de disponer de una plataforma online que permite a las participantes completar la medida en condiciones óptimas de disponibilidad e intimidad, son muchas las personas que han guardado las respuestas para continuar más tarde y que finalmente no han completado todos los autoinformes. No obstante, a pesar de la extensión del instrumento, para poder valorar todos los aspectos de la sexualidad que deseábamos evaluar nos habríamos visto obligados a utilizar más de una de las medidas ya existentes para cada variable, de modo que la batería final de instrumentos que habríamos tenido que utilizar hubiera sido igualmente ardua de completar por las participantes, y no habría estado adaptada específicamente a la población de la que pretendíamos recabar los datos.

CAPÍTULO 6:
PARTICIPANTES, PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS
ESTADÍSTICOS

En la **primera fase** de esta Tesis Doctoral se elaboró la entrevista semi-estructurada de respuesta abierta que se ha descrito en el capítulo anterior, para recoger datos sobre las variables seleccionadas, de forma que se pudiera recabar información amplia y útil sobre la sexualidad en mujeres jóvenes.

En la **segunda fase** se constituyó, por muestreo no probabilístico, utilizando muestras dirigidas, una primera muestra, incluyendo a mujeres que se ofrecieron voluntarias entre varias asociaciones e institutos de educación secundaria. Participaron 48 mujeres jóvenes, todas ellas españolas y solteras, de 14 a 20 años de edad ($M = 18.31$; $DT = 1.86$), procedentes de diferentes provincias del país. El 54.2% habían nacido en Granada capital, un 16.6% procedía de diferentes pueblos de la provincia, un 16.7% de otras provincias andaluzas y el restante 12.5% de otras provincias españolas. Salvo dos participantes (8.3%) que indicaron ser "mestizas" por ser uno de sus progenitores de etnia gitana, todas eran caucásicas.

El 72.9% manifestaba haber tenido experiencias sexuales coitales en el momento de realizar la entrevista. Un 41.7% había mantenido relaciones sexuales sólo con parejas estables, frente a un 6.3% que las había practicado sólo con parejas esporádicas; un 25% señaló ambos tipos de pareja. La edad de inicio del coito fue como promedio en torno a los 16 años y las participantes informaron de una media de casi cinco parejas.

Otras características de las participantes pueden consultarse en la Tabla 1 del Estudio 1.

A continuación, los datos obtenidos con la aplicación de la entrevista en la muestra anteriormente descrita se analizaron en un *primer estudio* en el cual se empleó intencionadamente un paradigma mixto de investigación, utilizando metodologías cualitativas para la recogida de datos y cuantitativas para los análisis estadísticos, tal y como se ha explicado en la sección anterior. En este diseño mixto, la metodología cualitativa guió los análisis cuantitativos posteriores (Dures, Rumsey, Morris y Gleeson, 2011; Johnson, Ongwuegbuzie y Turner, 2007).

La duración de la entrevista osciló entre 60 y 90 minutos. Todas las participantes debían firmar previamente un consentimiento informado (ver anexo II) (o sus padres/madres o tutoras/es legales en caso de ser menores de edad). Tras éste, se procedió a realizar la entrevista individualmente en un aula o despacho donde se pudiera garantizar la privacidad

necesaria. Previamente, se les informó sobre la confidencialidad de la información que ofrecieran y de su uso exclusivamente con fines científicos. Se les hizo una pequeña introducción sobre el tipo de preguntas que iban a responder, insistiéndoles en que respondieran con el lenguaje y las expresiones que utilizaran habitualmente. También se les comentó que podían decidir tanto terminar la evaluación cuando quisieran como dejar sin responder alguna pregunta si no deseaban hacerlo. Ninguna participante abandonó la entrevista y sólo una eligió no contestar a una de las preguntas (por vergüenza y "no encontrar las palabras adecuadas").

Se solicitó permiso para grabar la entrevista (sólo voz), garantizando la confidencialidad de ésta. Nueve de las participantes rehusaron, por lo que dichas entrevistas no se grabaron y su registro se realizó manualmente. Las grabaciones se transcribieron *verbatim*.

Durante la **tercera** fase de esta investigación, las entrevistas fueron codificadas por la autora de esta Tesis Doctoral siguiendo los criterios de codificación ya presentados en el capítulo anterior para obtener datos cuantitativos.

Con el fin de establecer la fiabilidad del instrumento, se facilitó a un grupo de cuatro jueces con experiencia clínica tanto las respuestas a la entrevista cómo los criterios de ajuste de ésta. Las respuestas y los criterios fueron sometidos a la opinión de dichos jueces. Se entrenó a éstos en el procedimiento de puntuación de las respuestas según los criterios. Finalmente, cada juez puntuó de manera individual las 48 entrevistas. Con estos datos se calculó el Coeficiente de Correlación Intraclase (ver Estudio 1 para más detalles).

A continuación se realizaron análisis preliminares y exploratorios de los datos para detectar (y en su caso corregir) posibles errores en la introducción de los datos, datos perdidos, ausentes o extremos, así como decidir las pruebas estadísticas a utilizar en el Estudio 1.

Entre otros, se realizaron análisis de relaciones indirectas, concretamente de efectos de mediación. Este análisis permite establecer el grado en el que una variable predictora influye en una variable de resultado a través de una(s) variable(s) mediadora(s) en un modelo causal (Hayes, 2009). Se considera que existe mediación cuando la variable predictora afecta a la dependiente de manera indirecta a través de, al menos, una variable

interviniente (Baron y Kenny, 1986; MacKinnon, Fairchild y Fritz, 2007; Preacher y Hayes, 2004, 2008). Para examinar posibles efectos indirectos se realizaron análisis de mediación tanto simple como múltiple paralela utilizando la macro "PROCESS" para SPSS v.22 (Hayes, 2012, 2013), con método de remuestreo no paramétrico y *bootstrapping* (Hayes, 2009; MacKinnon, Lockwood y Williams, 2004; Preacher y Hayes, 2004, 2008). Se examinaron mediaciones, además de simples, múltiples porque: (a) Realizar análisis de mediación simple individualmente para cada variable mediadora potencial incrementa la probabilidad de errores Tipo I en caso de que exista más de un mediador; (b) el modelo de mediaciones múltiples permite utilizar *bootstrapping* y (c) también comprobar directamente la significación de todos los efectos indirectos (Preacher y Hayes, 2008).

Dichos análisis se realizaron con las puntuaciones directas y transformadas a tipificadas, con el fin de convertirlas a una escala similar (Marquardt, 1980). La estandarización de variables ha sido recomendada en el caso de los análisis de mediación (Cheung, 2009), pues permite obtener efectos indirectos estandarizados de 0 a ± 1 fácilmente interpretables y comparables entre sí, que además pueden ser interpretados como una estimación del tamaño del efecto, lo que permite su comparación entre estudios. El tamaño del efecto (efecto indirecto estandarizado) proporciona una indicación, independiente de la escala de medida de las variables, de la dirección y la magnitud o fuerza de la asociación entre las variables, y en el caso de los análisis de mediación permite obtener la ecuación efecto total (estandarizado) = efecto directo (estandarizado) + efecto indirecto (estandarizado) ($c = c' + ab$). Por el contrario, puesto que la magnitud del tamaño del efecto depende directamente de la escala de las variables, los efectos (no estandarizados) estimados a partir de variables directas sólo permiten un cálculo de su significación estadística (ver estudio 1 para más detalles y resultados).

Durante la **cuarta fase**, en base a los hallazgos obtenidos en la anterior fase, se elaboró la batería de autoinformes descrita en el capítulo cinco para la recogida de datos cuantitativos en relación a las variables del estudio.

En la **quinta fase** de esta Tesis Doctoral, el protocolo de evaluación se subió a la plataforma online Limesurvey®. Éste fue difundido tanto a través de medios online, como redes sociales de profesionales en Psicología y Sexología, páginas web especializadas, foros sociales y campañas de mailing institucional, como a través de medios tradicionales

(e.g., solicitud de participación a estudiantes de diferentes Universidades españolas y a asistentes a cursos de formación de diversas especialidades de Psicología).

La primera página del protocolo online (ver anexo III) incluye una sección con toda la información sobre el estudio, los derechos de los/as participantes, la confidencialidad de los datos y su uso exclusivo para fines científicos. También se informa sobre el contenido de los autoinformes, así como el tipo de preguntas y cómo contestar a ellas. Una vez hubieran leído y entendido la información, las participantes podían dar su consentimiento y acceder a las medidas. Las participantes tardaron entre 45 y 60 minutos en completar todos los autoinformes y no obtuvieron ningún tipo de compensación ni retroalimentación sobre sus resultados.

Se obtuvo, por muestreo no probabilístico usando muestras dirigidas, una muestra inicial ($N = 476$) de participantes potenciales. Esta muestra incluyó a todas las mujeres que, voluntariamente, accedieron y completaron on line el protocolo de evaluación que se describió en el capítulo anterior. De esta muestra inicial se eliminaron siete casos por criterios metodológicos (tres casos de prueba y cuatro casos repetidos). Otras 136 participantes no completaron todas las preguntas relativas a las variables de los estudios, por lo que estos casos también fueron eliminados. Otros 59 casos se eliminaron porque no cumplían los criterios de inclusión en los estudios: 29 hombres, diez mujeres mayores de 40 años, 19 extranjeras que habían residido en España menos de diez años y el caso de una española que había crecido fuera de España.

Por lo tanto, la segunda muestra estuvo formada por 265 mujeres de entre 18 y 40 años ($M = 23.27$; $DT = 3.69$) de toda España. Todas ellas eran caucásicas. De éstas, 259 eran españolas y seis procedían de diferentes países europeos y latinoamericanos, aunque todas ellas habían residido en España durante diez años o más. Un 83% se consideraban heterosexuales, un 9.8% bisexuales, un 3.4% homosexuales y el 3.8% restante manifestaban no haber definido aún su orientación sexual. Además, el 97% de las participantes había tenido pareja en el pasado, un 34% no habían tenido pareja en el momento del estudio, mientras que el restante 66% lo habían tenido (tiempo promedio de relación = 45.4 meses; $DT = 38.52$), aunque sólo el 17% vivían con él/ella. Del resto de participantes que no convivían con la pareja, el 50.6% vivían con su familia, el 27.5% con amistades, el .8% en residencias de estudiantes y el restante 4.2% vivían ellas solas. La

Tabla 1 de los estudios segundo y tercero muestran otras características de las participantes, como sus experiencias sexuales, sus creencias religiosas o el nivel educativo.

En la **sexta fase** se analizaron los datos recogidos en la fase anterior. En primer lugar, se realizaron los análisis preliminares y exploratorios de los datos para detectar posibles errores en la introducción de los datos, datos perdidos, ausentes o extremos y decidir las pruebas estadísticas a utilizar en los Estudios 2 y 3.

Con estos datos se realizaron, entre otros, análisis de mediación, como los realizados en la tercera fase. Además, para obtener diferentes perfiles basados en las variables cognitivo-motivacionales elegidas se realizaron análisis de conglomerados multivariados no jerárquicos de k-medias utilizando la distancia Euclídea como medida de similitud (Jain, Murty y Flynn, 1999). Empleamos estos análisis para maximizar la homogeneidad intragrupo y la separación entre las diferentes configuraciones o conglomerados (baja homogeneidad entre-grupo). Previamente se transformaron las puntuaciones directas a puntuaciones tipificadas (Z). Seguimos los criterios publicados por Clatworthy et al. (2005) para el uso y la divulgación de los análisis de conglomerados en el área de Psicología de la Salud. Para determinar el número apropiado de conglomerados, calculamos el índice pseudoF (PSF) (Calinsky y Harabasz, 1974), que está considerado el estadístico más eficaz para determinar la bondad de ajuste de la solución de conglomerados (Milligan y Cooper, 1985). El número de conglomerados con un mayor PSF se considera la solución óptima. Además, utilizamos el índice λ de Goodman-Kruskal (cuanto más cercano a cero, mejor están funcionando las variables dentro de los conglomerados) y el porcentaje de casos clasificados correctamente (cuando mayor es el número, mejor es el agrupamiento). También tuvimos en cuenta la sugerencia de Clatworthy et al. (2007) de considerar tres grupos, ya que este es considerado el número de conglomerados más habitual en Psicología de la Salud.

Se realizó un análisis discriminativo utilizando todas las variables incluidas en el análisis de conglomerados para identificar qué variables deberían incluirse en los siguientes análisis para obtener el mejor agrupamiento, esto es, para corroborar la relevancia de los perfiles e identificar las variables responsables del agrupamiento. Además, se realizaron análisis univariados de la varianza (ANOVA) para explorar las diferencias significativas entre los conglomerados para todas las variables, para determinar

qué variables de categorización deberían utilizarse finalmente para crear los perfiles. Una vez se establecieron las configuraciones (conglomerados), se realizó un ANOVA con comparaciones *t* por pares para explorar las diferencias significativas entre perfiles.

Por último, se realizaron ANOVAs y comparaciones por pares para explorar diferencias significativas entre los perfiles multidimensionales hallados en relación con las variables de resultado preestablecidas (ver Estudio 3 para detalles y resultados). Ambos indicadores se utilizaron no sólo como criterio para validar los conglomerados hallados (i.e., validación externa, Clatworthy et al., 2005), sino también como variables de resultado para explorar los diferentes resultados esperados derivados de las distintas configuraciones psicosociales.

Todos los análisis de los datos de esta Tesis Doctoral se realizaron utilizando la versión 22.0 del programa SPSS. El nivel de significación se fijó en $p < .05$ para todos los análisis.

Por último, en **la séptima fase** se discutieron todos los resultados obtenidos, contrastándolos con los objetivos e hipótesis de cada estudio y la literatura existente, y se elaboraron los informes científicos para la comunicación de los resultados (ver parte IV).

Todos los estudios incluidos en esta Tesis Doctoral han sido aprobados por el Comité Ético de la institución de los investigadores.

PARTE IV
ESTUDIOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO 7:

ESTUDIO 1:

Sexual satisfaction among young women: The frequency of sexual activities as a mediator

Aceptado para su publicación en:

Anales de Psicología

[Índice de impacto de la revista en junio de 2015: 0.574

Fuente: Journal Citation Reports JCR

Ranking 68/76 en categoría Psychology]

Abstract

The aim of this study was to analyse the relationship among several social-cognitive predictors of sexual behaviour (beliefs, knowledge, attitudes and values), sexual behaviours, the frequency of sexual activities and several dimensions of sexual satisfaction (individual/with the partner and actual/desired sexual satisfaction). A mixed-method study was conducted. The data were collected using a semi-structured interview specially designed for this study, which was administered to 14- to 20-year-old women. Correlation analyses revealed that the expected direct associations between the explored social-cognitive predictors, sexual behaviour and sexual satisfaction were not established; consequently, possible indirect effects were explored. The results of the mediational model that better fit the data indicated that sexual behaviour is related to (actual) sexual satisfaction not only directly but also indirectly through the frequency of sexual activities in a (probable) effect of partial mediation. These findings have interesting applications in terms of sexual education and sexual health promotion among young women.

Keywords: Sexuality; sexual satisfaction; sexual behaviours; sexual activities; frequency; mediation; sexual health; young women.

Introduction

Sexual health has received increasing attention in recent decades. The focus has been not only on avoiding or treating but also on achieving the highest possible level of well-being, quality of life, and sexual pleasure or satisfaction. Sexual satisfaction is a central subjective and psychological component of sexual experience, and its nature and relationship with other variables have rarely been explored (Bridges, Lease & Ellison, 2004), particularly in people without physical or psychological illnesses, sexual disorders or risk behaviours.

Moreover, sexual satisfaction is essential for well-being. Numerous studies have demonstrated the relationship between a satisfactory sexual life and higher ability to love, satisfaction and adjustment in intimate relationships, self-esteem, physical and mental health, quality of life, emotional satisfaction, happiness, and satisfaction with life (e.g., Stephenson & Sullivan, 2009; Carrobles, Gámez-Guadix & Almendros, 2011). The impact that sexual satisfaction has on all these well-being-related variables justifies research aimed at establishing its determinants, such as communication with the partner (Babin, 2012; Montesi et al., 2013), attachment styles and/or insecurity (Brassard, Dupuy, Bergeron & Shaver, 2015; Stephenson & Sullivan, 2009), and sexual frequency (Muise, Giang & Impett, 2014; Schoenfeld, Loving, Pope, Huston & Štulhofer, 2016), among others.

Most studies exploring the determinants of sexual satisfaction have focused on variables related to a relationship with a partner (Khoury & Findlay, 2014; Péroquin, Brassard, Delisle & Bédard, 2013). However, other researchers (e.g., Christopher & Sprecher, 2000; Stephenson & Sullivan, 2009) stress the relevance of understanding the determinants of individual sexual satisfaction, as well. In spite of the influence that knowledge, beliefs, attitudes and values related to sexuality have on sexual behaviour, and in spite of the fact that, presumably, the relationship between these variables and the behaviour should have an influence on sexual satisfaction, there is a lack of studies focused on the predictive capacity of these variables on sexual satisfaction or pleasure, although there are some studies that investigate the interactions between these variables. For example, Li et al. (2013) investigated the relationship between knowledge about HIV and positive and flexible attitudes towards sexual health, and found a positive correlation between the

former and preventive sexual behaviour. Kaptanoğlu, Süer, Diktaş & Hınçal (2013) emphasized in their study the importance of adolescents' knowledge, attitudes and behaviours in controlling the incidence of sexually transmitted diseases.

The stage of adolescence and youth has received much more attention in the research on human sexuality compared to other life stages because health and well-being at these ages are more likely to be compromised by health threats such as unwanted pregnancies and HIV/AIDS or other sexually transmitted infections than at any other age (Sommer & Mmari, 2015). However, the attention given to younger age groups may be the consequence of a pervasive negative conception of sexuality, in which risks and dysfunctions are more relevant than positive aspects such as well-being and personal development. This is especially relevant in the case of women. For this reason, almost all studies on sexuality in adolescents and young adults focus on prevention (of risky behaviours, diseases, pregnancies, interpersonal problems, etc.) instead of on health promotion (Yago-Simon, 2015; Bahamón Muñetón, Vianchá Pinzón & Tobos Vergara, 2014; Ramiro et al., 2014).

All of these investigations are important, especially considering, for example, that Spain currently has one of the highest HIV prevalence rates in the EU (Espada, Morales, Orgilés, Piqueras & Carballo, 2013) and that the rate of voluntary interruptions of pregnancy among women up to 24 years is 26.5 per 1,000 women (Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad, data for 2014). Although such data is alarming, the effectiveness of the many preventive and therapeutic interventions that have been developed to date should be appreciated. In contrast, research and interventions on sexual health promotion, including those aimed at improving levels of sexual satisfaction and well-being, have been scarce.

Thus, interventions are needed that focus on the development of sexually healthy values, attitudes, beliefs and knowledge that could form the basis of healthy and satisfying sexual behaviours in early adulthood and beyond. A necessary first step is to determine the variables that should be approached in such interventions because of their direct or indirect relationship with sexual satisfaction.

In an attempt to study human sexual experience from a positive perspective, the present study on sexuality in adolescent and young women aims to explore the determinants of sexual satisfaction. In doing so, both individual social-cognitive variables, namely knowledge, beliefs, attitudes and values, and interpersonal variables, such as the type of sexual behaviours and frequency of sexual activities, were considered. Moreover, individual sexual satisfaction and sexual satisfaction with the partner, both at their actual and desired levels, were assessed. Because to our knowledge there is no measurement tool encompassing all of the above-mentioned variables, a semi-structured interview, which was fully fitted to the study population, was developed and applied. It was decided to conduct a mixed-method research that allowed both the use of this interview as a method for collecting data on the experiences (preferences, opinions, likes, concerns, needs, etc.) of young women in relation to sexuality (qualitative methodology), and the analysis of possible direct and indirect causal relationships, specifically mediation effects, among the psychosocial determinants included in the study and sexual satisfaction (quantitative methodology) (e.g., Pelto, 2015).

Thus, the objective of this study was two-fold. It sought to explore a) the participants' knowledge, attitudes, values and beliefs; b) sexual behaviours; and c) individual and with-the-partner sexual satisfaction, in both actual and desired dimensions. The study also sought to analyse the possible direct and indirect causal relationships among these variables, addressing specifically the mediating effect of frequency of sexual activities in the relationship between sexual behaviour and sexual satisfaction.

Method

Participants.

Forty-eight young Spanish women, aged 14 to 20 years ($M = 18.31$; $SD = 1.86$), voluntarily participated in this study. Of them, 70.8% were born or living at the time of the study in a province in the south of Spain (Granada), 16.7% were from other Andalusian provinces, and the remaining 12.5% were from other geographical locations across the nation. All of the participants were Caucasian, except for two participants (8.3%) who

reported themselves to be of mixed-race because one of their parents was of gypsy ethnicity.

None of the participants was married. Among the participants, 72.9% reported having had sexual intercourse. Specifically, 41.7% had sex only within an intimate relationship, compared to 6.3% who had sex only with sporadic sexual partners; 25% indicated both types of sexual partners. The average age of onset of sexual intercourse was approximately 16 years old, and participants reported an average of approximately 5 sexual partners.

Other characteristics of the participants, including their education levels, religious beliefs, sexual experiences and sexual preferences, are shown in Table 1.

Table 1
Socio-demographic data and participants' sexual experiences and preferences (N=48).

Educational level	Frequency	Percentage
High School	10	20.9
Professional Training	33	68.8
University	5	10.3
Religion	Frequency	Percentage
Catholic (believer and non-practitioner)	29	60.4
Catholic (believer and practitioner)	9	18.8
Non-believer	10	20.8
Sexual experiences (intercourse)	Frequency	Percentage
No	13	27.1
Yes	35	72.9
Type of partner	Frequency	Percentage
Sporadic sexual partners	3	6.3
Stable sexual partners	20	41.7
Both	12	25.0
None	13	27.1
Age of first intercourse	Frequency	Percentage
13	1	2.1
14	6	12.5
15	5	10.4
16	9	18.8
17	9	18.8
18	4	8.3
20	1	2.1
No	13	27.1
Most satisfactory sexual behaviour	Frequency	Percentage
Kisses, caresses, hugs	21	43.7
Coitus	15	31.3
Coitus with preliminaries	3	6.3
Coitus with oral sex	1	2.1
Oral sex	4	8.3
Not known/Not specified	4	8.3

Table 1. (cont.)

Factors that determinate sexual satisfaction	Frequency	Percentage
Attitude of both individuals	1	2.1
One's own attitude	3	6.3
Love	3	6.3
Attraction	1	2.1
Connectedness	3	6.3
Communication	3	6.3
Concentration	2	4.2
Behaviour of both	4	8.3
Partner's behaviour	8	16.5
One's own behaviour	3	6.3
Confidence	7	14.4
Experience, knowledge	1	2.1
"Wanting it" (Desire)	4	8.3
Relaxation	1	2.1
To know what the partner likes and "do it to him/her"	1	2.1
	2	4.2
Contextual security, comfort	1	2.1
Live "it" as something normal		
Most satisfactory phase of the Human Sexual Response	Frequency	Percentage
Desire	2	4.2
Excitement	12	25.0
Plateau	5	10.3
Orgasm	27	56.3
Resolution	2	4.2
Communication with the partner	Frequency	Percentage
Little	6	87.5
Good	42	12.5
Initiative in sexual experiences	Frequency	Percentage
Both alike	29	60.4
Partner	13	27
Participant	6	12.5

Measures.

A semi-structured, open-response interview was specially designed by the authors to collect the data. Prior to its use, it was reviewed by field professionals (researchers and experts on human sexuality), and a pilot test with the initial version was conducted with five women to improve the writing and content of the questions. The final interview consisted of 109 questions grouped into 5 sections, of which the following were used in the present study (Figure 1).

(A) Knowledge, beliefs, attitudes and values about sexuality (83 questions).

- *Knowledge* and *beliefs* about topics related to sexuality: Meaning of relevant terms (sexuality, contraception, gender, etc.), type and use of contraceptive methods, sexual techniques, risks and diseases, etc. To score each response, levels of correctness (knowledge) and agreement with a positive view of sexuality (beliefs) were considered.

- *Attitudes* related to sexuality, including affective, cognitive and behavioural components. Their quality was considered in a double continuum from conservative to liberal and from negative to positive.

For the subsequent analyses of these three variables, the qualitative data obtained in the interview were transformed into quantitative data by comparing the participants' responses with a set of previously established responses considered theoretically as more correct (knowledge) or less biased (attitudes and beliefs), according to a series of adjustment criteria established by considering the literature in this regard. The degree of adjustment was assessed on a Likert-type scale from 1 (minimum adjustment) to 5 (maximum adjustment) depending on whether these criteria were met. Thus, answers that best fit the theoretically correct answer were scored with a 5, whereas those with poorer adjustment were scored with a 1. A value of 0 indicated that the participant had not answered the question.

- *Values*, understood as ethical principles used to guide and judge behaviour. Responses were on a Likert-type scale from 0 = not important to 10 = very important.

For analytical purposes, the variables *Knowledge Average*, *Beliefs Average*, *Attitudes Average* and *Values Average* were computed. In addition, a combined variable was created by adding the values of the above-mentioned variables and was labelled the *KBA Compound* (the sum of the averages of knowledge, beliefs and attitudes).

(B) Sexual behaviours (5 questions). Expressions of erotic or affective feelings, including sexual behaviours (individual/with the partner), use of contraceptive methods and behaviours not strictly sexual but with great importance to sexuality and its expression with a partner (e.g., communication, initiative). The answers were dichotomous (1 = no and 2 = yes), and all scores were added, obtaining the variable *Behaviour Summation*.

(C) Frequency of sexual activities (5 questions). Frequency of both individual and shared sexual activities, specifically masturbation, hetero-masturbation, oral sex, coitus and kissing/caressing/hugging. The responses were rated on a Likert-type scale from 0 = never to 5 = very frequently. The variable *Frequency of Sexual Activities* was calculated by adding all frequencies.

(D) Sexual satisfaction (4 questions). Referred to the pleasure or well-being perceived before, during and after performing any kind of sexual behaviour (within any of its physiological, physical and cognitive/emotional dimensions). A differentiation was made between satisfaction obtained through individual activities or behaviours (*Individual Satisfaction*) and satisfaction obtained in activities with other people, mainly the sexual partner (*Satisfaction with the Partner*). In addition, a differentiation was made between the actual satisfaction obtained with sexual activities and behaviours (*Actual Satisfaction*) and satisfaction related to an individually established ideal of sexuality and satisfaction (*Desired Satisfaction*). In addition, the averages for actual (individual and with-the-partner) and desired (individual and with-the-partner) satisfaction (*Actual Sexual Satisfaction* and *Desired Sexual Satisfaction*) were calculated, as well as the average of all the above-mentioned satisfaction indicators (*Global Sexual Satisfaction*).

- Knowledge:* "Could you define in your own words the term sexuality?"
- Beliefs:* "Does the use of the male condom decrease the sensations during coitus?"
- Attitudes:* "Do you think women should have the same freedom as men in sexual matters?"
- Values:* "Indicate on a scale from 0 (not important) to 10 (very important) the importance for you of the following values related to sexuality: responsibility, commitment, respect, freedom, dignity, sincerity, fidelity."
- Sexual Behaviour:* "Do you use sexual fantasies?"
- Sexual Satisfaction:* "How much sexual satisfaction do you get from sex? (From 0= completely unsatisfactory to 10= completely satisfactory; (A) with your partner and (b) individually)."

Figure 1. Examples of interview questions.

As for the reliability of the instrument, the degree of agreement between judges was calculated using the intraclass correlation coefficient (ICC) with a 95% confidence interval, following this procedure: (1) A group of four judges with clinical experience were

provided with both the answers to the interview and the adjustment criteria; (2) the answers and the criteria were submitted to the opinion of the judges; (3) the judges were trained in the scoring of responses according to the criteria; and (4) each judge individually scored the 48 interviews. Next, the ICC was calculated, obtaining a value of .96 for both the consistency and the absolute agreement measure.

Procedure.

The participants were selected by a non-probabilistic sampling method. Targeted samples were used, including women who volunteered within several community associations and high schools.

The interview duration ranged from 60 to 90 minutes. All participants (or their parents or legal guardians if they were younger than 18) were required to sign an informed consent form. Next, the interview was carried out individually in a classroom or office where the necessary privacy could be guaranteed. Participants had previously been informed about the confidentiality of the information they were to offer and its use solely for scientific purposes. They were also given a brief introduction about the types of questions they would be asked, with guidance that they should respond with the expressions they normally used. In addition, they were told that they could decide to stop the interview whenever they wanted to or leave a question unanswered if they wished to. No participant stopped the interview, and only one chose not to answer one of the questions (for feeling “*ashamed*” and “*not finding the right words*”).

Permission was granted to record the interview (voice only), guaranteeing the confidentiality of the interview. Nine of the participants declined, so these interviews were not recorded and were registered manually. The recordings were then transcribed verbatim.

Study design and data analyses.

This is a descriptive, correlational study with a cross-sectional design. A mixed-method research paradigm was deliberately employed, using qualitative methodologies for data collection and qualitative analyses (not presented herein), and quantitative methodologies

for statistical analyses of quantitative data. Thus, in this mixed design, qualitative methodology has guided subsequent quantitative analyses (Dures, Rumsey, Morris & Gleeson, 2010; Johnson, Ongwuegbuzie & Turner, 2007).

Preliminary and exploratory data analyses were conducted to detect and correct possible errors in data entry, missing data or outliers. Findings revealed that no atypical values existed. Although the Shapiro-Wilk's test indicated that some variables were not normally distributed, the Levene's test ($p > .05$) confirmed the homoscedasticity for all variables. Consequently, parametric tests were used for data analyses.

In addition, analyses of indirect effects, specifically mediation, were performed. This analytical strategy establishes the degree to which a predictor variable influences an outcome through one(s) mediator variable(s) in a causal model (Hayes, 2009). Mediation is confirmed when the predictor affects the outcome indirectly through at least one intervening or *process* variable (Baron & Kenny, 1986; MacKinnon, Fairchild & Fritz, 2007; Preacher & Hayes, 2004, 2008). To examine possible indirect effects, both simple and multiple parallel mediation analyses were performed using the "PROCESS" macro for SPSS v.22 (Hayes, 2012, 2013), with non-parametric resampling method by bootstrapping (Hayes, 2009; MacKinnon, Lockwood & Williams, 2004; Preacher & Hayes, 2004, 2008). In addition to simple effects, multiple mediation was analysed because (a) performing simple mediation analyses individually for each potential mediator variable increases the probability of Type I errors when there are two or more mediators, (b) multiple mediation tests the significance of all indirect effects simultaneously, and (c) multiple mediation allows the use of bootstrapping (Preacher & Hayes, 2008).

Mediation analyses were performed with both raw and standardized scores to convert the variables to a similar measurement scale (Marquardt, 1980). Standardization of the data has been recommended in mediation analysis (Cheung, 2009) because it allows researchers to obtain standardized indirect effects from 0 to ± 1 , which are easily interpretable and comparable to each other. Furthermore, they can be interpreted as an estimate of the effect size, allowing comparisons between studies. The effect size, or standardized indirect effect, provides an indication, independent of the scale of measurement of the variables, of the direction and magnitude or strength of the association between the variables, and in the case of mediation analysis it allows the development of the equation: (standardized) total

effect = (standardized) direct effect + (standardized) indirect effect ($c = c' + ab$). In contrast, because effect size depends directly on the scale of the variables, the (non-standardized) effects estimated from raw data allow only a calculation of their statistical significance.

Because there were missing data for the variable *Frequency of Sexual Activities* (7 participants indicated that they did not maintain any type of relationship or sexual activity at the time of the study), these cases were omitted from the analyses of indirect effects. Covariates were not included in the mediation analyses given that no strong relationship to be controlled for was found among the study variables.

The level of significance was set at $p < .05$ for all the analyses.

Results

Table 2 shows the descriptive results for all the variables. For values and attitudes, the mean score was very high; the mean score was moderately high for beliefs and lower for knowledge. Standard deviations for these variables indicate low between-subject variability. Comparatively, the mean for sexual behaviours was high, and the inter-subject variability was remarkable.

The mean for the variable *Frequency of Sexual Activities* was moderate, and there was high variability among participants. Of the five activities whose frequency was evaluated, activities such as kissing, caressing and hugging were the most frequent, although their mean was not very high. They were followed by coitus, for which the greatest deviations were found, hetero-masturbation, oral sex and, finally, masturbation, with a very low mean.

As for sexual satisfaction, high variability among the participants was found. The highest mean value corresponded to desired sexual satisfaction with the partner, with a very high score, followed by desired individual sexual satisfaction, which was notably lower. The lowest mean values were observed for actual sexual satisfaction with the partner and actual individual satisfaction, with the lowest mean. The remarkable difference between actual and desired levels of satisfaction is most clearly observed when comparing the combined variables *Actual Sexual Satisfaction* and *Desired Sexual Satisfaction*.

Table 2
Descriptive findings for all of the study variables.

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
Knowledge Average	48	3.07	.57	.85	4.00
Beliefs Average	48	3.46	.41	2.44	4.28
Attitudes Average	48	3.94	.65	2.04	5.00
KBA Compound†	48	43.07	13.54	5.41	68.98
Values Average	48	9.07	.63	7.71	10.00
Behaviour Summation††	48	7.96	1.09	6.00	10.00
Frequency of Sexual Activities	41	12.85	6.05	2.00	24.00
Masturbation Frequency	48	1.02	1.45	0	5.00
Hetero-masturbation Frequency	48	2.04	1.86	0	5.00
Oral Sex Frequency	48	1.33	1.80	0	5.00
Coitus Frequency	48	2.90	2.19	0	5.00
Other Behaviours Frequency (kisses, caresses...)	48	3.69	1.81	0	5.00
Age of first intercourse	35	16.03	1.52	13.00	20.00
Number of sexual partners	48	4.73	5.46	0	30.00
Actual Sexual Satisfaction with the Partner	48	5.65	3.90	0	10.00
Actual Individual Sexual Satisfaction	48	3.40	3.38	0	10.00
Desired Sexual Satisfaction with the Partner	48	9.56	1.64	0	10.00
Desired Individual Sexual Satisfaction	47	6.72	4.29	0	10.00
Actual Sexual Satisfaction	48	4.52	2.67	0	10.00
Desired Sexual Satisfaction	47	8.15	2.33	2.50	10.00
Global Sexual Satisfaction	47	6.31	2.10	1.25	10.00

† KBA Compound: \sum Knowledge, beliefs and attitudes.

†† Behaviour Summation: \sum practicing sexual behaviours (of any kind), using protective methods, having sexual fantasies (while being alone/with the partner/both), taking the initiative and communication with the partner.

Pearson's correlation analysis (Table 3) indicated that social-cognitive variables (knowledge, beliefs, attitudes) were generally related to one another in the expected way, except for the *Values* variable. However, none showed a significant association with sexual behaviours or frequency of sexual activities. Nevertheless, some associations between these variables and satisfaction indicators were found. Women with a higher level of knowledge and more flexible and positive attitudes about sexuality were more satisfied with their individual sexuality and wished to improve their sexuality both individually and with their partners. Interestingly, the *Values* variable correlated only, but inversely, with desired individual sexual satisfaction.

Table 3
Pearson's correlations.

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. Knowledge	.364*	.512**	.787**	-.006	.053	.094	.248	.286*	.272	.261	.417**	.011	.199	.171	.288*	.375**	.360*	.307*	.467**	.450**
Average	.011	.000	.000	.968	.719	.557	-.089	.049	.061	.073	.003	.950	.176	.246	.047	.009	.013	.034	.001	.001
2. Beliefs		-.391**	.698**	.013	.161	.059	-.008	.186	.171	.122	.213	.075	.047	.180	.109	.274	-.056	.200	.044	.164
Average		-.006	.000	.928	.274	.714	.955	.206	.246	.408	.147	.670	.750	.221	.462	.060	.708	.173	.769	.269
3. Attitudes			.818**	-.089	.034	.236	.369**	.340*	.349*	.328*	.382**	.161	.197	.121	.287*	.331*	.362*	.269	.451**	.421**
Average			.000	.547	.817	.137	.010	.018	.015	.023	.007	.355	.179	.413	.048	.022	.012	.064	.001	.003
4. KBA				-.090	.103	.207	.289*	.354*	.367*	.289*	.380**	.152	.176	.123	.304*	.356*	.365*	.282	.462**	.438**
Compound				.545	.486	.195	.046	.014	.010	.046	.008	.384	.233	.405	.036	.013	.012	.052	.001	.002
5. Values					.036	-.077	-.012	.023	-.047	-.027	.133	-.222	-.214	.074	-.223	-.054	-.326*	-.087	-.318*	-.239
Average					.809	.631	.937	.875	.753	.853	.367	.200	.144	.615	.127	.718	.025	.556	.030	.106
6. Behaviour						.409**	.417**	.316*	.289*	.364*	.370**	-.002	.091	.257	.299*	.073	-.101	.376**	.064	.199
Summation						.008	.003	.029	.047	.011	.010	.991	.539	.078	.039	.622	.498	.008	.667	.181
7. Frequency of							.575**	.858**	.772**	.851**	.522**	-.121	.214	.402**	.126	-.172	.134	.403**	.128	.319*
Sexual Activities							.000	.000	.000	.000	.000	.495	.180	.009	.432	.282	.409	.009	.432	.045
8. Masturbation								.450*	.428**	.336*	.342*	-.016	.272	.107	.449**	.147	.431**	.362*	.461**	.480**
Frequency								.001	.002	.019	.017	.927	.062	.470	.001	.318	.002	.011	.001	.001
9. H.-masturbation									.606**	.825**	.529**	.002	.234	.423**	.041	.188	.063	.334*	.131	.277
Frequency									.000	.000	.000	.989	.109	.003	.780	.200	.673	.020	.380	.059
10. Oral Sex										.592**	.371**	-.131	.159	.296*	.243	.087	.123	.370**	.151	.311**
Frequency										.000	.009	.452	.282	.041	.096	.558	.409	.010	.310	.033
11. Coitus											.674**	.065	.356*	.570**	-.012	.261	-.120	.409**	.015	.247
Frequency											.000	.709	.013	.000	.938	.074	.421	.004	.922	.094
12. Other behaviours												.159	.221	.506**	.170	.462**	-.041	.476**	.125	.380**
Frequency K/C/H												.363	.131	.000	.248	.001	.783	.001	.402	.008
13. Age of first													-.160	.042	.032	.101	.377*	.055	.377*	.281
intercourse													.358	.812	.854	.564	.028	.752	.028	.107
14. Number of sexual														.001	.187	.170	.119	.119	.177	.159
partners														.992	.204	.249	.424	.419	.235	.285
15. Actual Sexual															.074	.339*	-.130	.776**	.004	.496**
Satisfaction Partner															.618	.018	.382	.000	.981	.000
16. Actual Indiv.																.220	.590**	.687**	.621**	.785**
Sexual Satisfaction																.132	.000	.000	.000	.000
17. Desired Sexual																	.044	.387**	.395**	.472**
Satisfaction Partner																	.767	.007	.006	.001
18. Desired Indiv.																		.281	.935**	.699**
Sexual Satisfaction																		.056	.000	.000
19. Actual Sexual																			.398**	.860**
Satisfaction																			.006	.000
20. Desired Sexual																				.810**
Satisfaction																				.000
21. Global Sexual																				.000
Satisfaction																				.000

KBA Compound: Σ Knowledge, beliefs and attitudes. K/C/H: Kisses, caresses and hugs. H-Masturbation: Hetero-masturbation. Partner: With the partner. Indiv: Individual. ** $p < .01$, * $p < .05$.

The variables *Behaviour Summation* and *Frequency of Sexual Activities* were positively correlated. In general, they were not associated with isolated and combined sexual satisfaction indicators. The only global indicator with which they were associated was *Actual Sexual Satisfaction*. Table 3 also shows the specific associations between each type and frequency of sexual activity and the sexual satisfaction indicators.

Moreover, significant positive correlations were observed between actual and desired individual sexual satisfaction, between actual and desired satisfaction with the partner, and in general between these dimensions and the three combined indicators of sexual satisfaction.

The age of the first sexual intercourse was only positively related to the desired individual satisfaction, while the number of partners was not associated with any indicator of sexual satisfaction. Neither variable was associated with *Behaviour Summation*, *Frequency of Sexual Activities* or *Actual Sexual Satisfaction*. Therefore, neither was included as a covariant in the remaining analyses.

Finally, simple mediation analyses (Model 4 of PROCESS) were conducted to explore whether the frequency of sexual activities was a mediating variable in the causal relationship between sexual behaviours (predictor variable) and actual sexual satisfaction (that is, the average of individual and with-the-partner actual sexual satisfaction) (outcome variable), which was the only global dimension of sexual satisfaction with which behavioural and frequency variables were related (Figure 2).

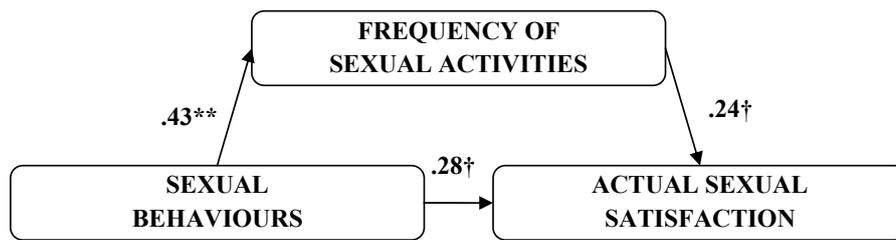


Figure 2. Effect of mediation of Frequency of Sexual Activities between Sexual Behaviours and Actual Sexual Satisfaction (Model type 4). Standardized coefficients. ** $p < .01$; † $p < .10$

Sexual behaviours predicted actual sexual satisfaction directly (marginally significant direct effect), as well as indirectly through frequency (significant indirect effect): The greater the participation in sexual activities, the greater the actual sexual satisfaction. For each unit of increase in the predictor, the mediator increases by .43 units, and for each unit of increase in the mediator, the outcome increases by .24 units; for each unit of increase in the predictor, the outcome increases .28 units when the mediator is controlled for (direct effect), whereas for each unit of increase in the association between the predictor and the mediator, the outcome increases by .11 units (indirect effect). The total effect was also significant, and the full model explained 17% of the variance in *Actual Sexual Satisfaction*,

$F(1.39) = 8.162$; $p = .007$. The proportion of the total effect that is a mediated effect (mediated effect/total effect) is 27.7%. Thus, a partial mediation effect is confirmed by which sexual behaviours predict sexual satisfaction both directly (marginal effect) and indirectly through the frequency with which they are performed. Table 4 shows the coefficients and effect sizes of each association, t -values, significance levels and confidence limits of the paths a, b, c' and total and indirect effects.

Table 4
Results of mediation analyses (with Process).

Effect	Non-standardized coefficient (standardized coefficient)	t	p	SE	95% CI LL	95% CI UL
a (predictor--mediator)	2.39 (.43)	2.800	.008**	.855	.665	4.124
b (mediator--outcome, controlling for the predictor)	.11 (.24)	1.799	.079†	.060	-.014	.229
c' (direct effect predictor--outcome, controlling for the mediator)	.68 (.28)	1.944	.059†	.350	-.028	1.391
ab (indirect effect, c - c')	.26 (.11)			.162	.005	.651
c (total effect predictor--outcome, c' + ab)	.94 (.38)	2.857	.007**	.329	.274	1.604

$N = 41$ (7 cases omitted). Model 4. Bootstrapping=5000 samples. 95% CI: Corrected 95% Confidence Intervals, LL=Lower Limit, UL=Upper Limit. Predictor: Sexual Behaviour (Behavioural Summation), Mediator: Frequency of Sexual Activities, Outcome: Actual Sexual Satisfaction (combination of actual individual and with-the-partner sexual satisfaction). ** $p < .01$; † $p < .10$.

Other possible models, including the frequency of sexual activities, the KBA Compound variable (summation of knowledge, beliefs and attitudes), and each one of the isolated variables of knowledge, beliefs, and attitudes as mediators, with both simple and multiple (in series and in parallel) mediation, were tested. Findings revealed that either these mediation effects did not prove to be significant or they did not explain an increased amount of the variance of actual sexual satisfaction (results not presented, available upon request).

Discussion

The study of female sexuality in adolescent and young women offers information relevant for the design of other research in the area. It also enables the design of intervention programmes adjusted to the experiences, needs, resources, opinions and interests of this collective, and which are oriented not only towards prevention of risks and illnesses but more importantly towards the promotion of sexual health, including sexual satisfaction, in all its dimensions.

This study analysed the relationship between several social-cognitive predictors of sexual behaviour (beliefs, knowledge, attitudes and values), sexual behaviours, frequency of sexual activities and sexual satisfaction (individual and with-the-partner, actual and desired satisfaction). In terms of levels of knowledge, beliefs, attitudes and values, findings revealed that participants were a fairly homogeneous group. Their beliefs and attitudes towards sexuality were adjusted, positive and flexible. However, participants' knowledge differed from the expected level of cognitive and conceptual competencies on sexuality. These results suggest that these variables could be an excellent focus of interventions. These young women could benefit from actions aimed at increasing their knowledge, which in turn would foster more flexible and open beliefs and attitudes based on appropriate conceptual competencies.

The participants demonstrated sensibly restricted sexual behaviours and low frequency of sexual activities. The activities they performed most frequently are non-coital, which is not surprising given that those are activities all of them can perform (regardless of whether they have had/usually have coital experiences). In addition, contextual constraints (e.g., availability of space for privacy, financial resources) are lower for such activities. The second most frequently performed activity was coitus, followed by hetero-masturbation and oral sex (the latter with a very low frequency), all of which are activities with a partner. The activity they least reported performing is masturbation. These findings parallel the activities they claimed to find as most satisfying: first, kissing, caressing, hugging, etc., and second, intercourse (the remaining activities obtained very low scores). This relationship between sexual satisfaction and affective behaviours, such as kissing, caressing and hugging, is well documented (e.g., Heiman et al., 2011; Hughes & Kruger, 2011; Kruger & Hughes, 2010). However, our findings raise the question of whether very

young women practise these activities more often because they are the most pleasurable ones, or whether these activities are the most satisfactory ones because young women find more opportunities to perform them. Knowing the existing relationship between the types of sexual activities considered as more satisfactory and the frequency of performing them could help in understanding sexual satisfaction among young females. Future research should focus on this issue by exploring the reason(s) for performing such activities.

Our findings also revealed that participants seem to gain greater satisfaction in their sexual life with a partner, as compared to more individual-oriented activities: Actual individual sexual satisfaction was not only lower than actual with-the-partner sexual satisfaction, but it also had the lowest scores of all indicators of satisfaction. In addition, divergences between desired individual satisfaction and desired with-the-partner satisfaction were notable. These differences are even more evident when comparing the combined variables *Actual Sexual Satisfaction* and *Desired Sexual Satisfaction*: These women not only reported lower rates of individual sexual satisfaction than satisfaction with the partner, but they also seemed to have no special interest in improving the former, whereas they were very interested in improving their sexual satisfaction in shared activities with a partner. Furthermore, most of the factors that, in their opinion, enhance their sexual satisfaction involve another person (Table 1). This indicates that the behaviour, or even the existence, of a partner can exert a great influence on sexual satisfaction among young women. These findings are congruent with those from other studies. For example, Hulbert & Apt (1994, as cited in Bridges et al., 2004) found that women's sexual satisfaction was often closely linked to emotional factors in intimate relationships, while Bridges et al. (2004) showed that women who were comfortable communicating their needs to their partner were more satisfied with their sexual relations than those who felt uncomfortable.

Future research on these issues is warranted. If most of a woman's sexual experiences and satisfaction depend on another person, there will be many limitations for her and her pleasure, both individually and with the partner. In addition, it would be interesting to analyse in the future the relationship between individual satisfaction and individual sexual activities in addition to masturbation, such as the use of fantasies, imagination, etc.

As for the associations between knowledge, beliefs, attitudes and values and sexual behaviours, expected relationships were not found. This challenges theoretical postulates

and previous evidence that point to such psychosocial variables as antecedents of behaviour (e.g., Awotidebe, Phillips & Lens, 2014; Kumsa, 2015; Lemer, Blodgett-Salafia & Benson, 2013; Twenge, Sherman & Wells, 2015). Nonetheless, some of these variables were associated with some indicators of sexual satisfaction. This stresses the importance of considering them in interventions aimed at promoting healthy sexuality in young women. Moreover, the greater the behavioural repertoire, the greater the actual individual sexual satisfaction and the overall actual sexual satisfaction, whereas the greater the frequency of sexual activities, the greater the actual with-the-partner satisfaction and the overall actual sexual satisfaction.

After the associations among these variables were explored and the lack of the expected direct relationships was confirmed, the mechanisms that could explain these associations were analysed as an indirect effect (*how* it operates, or effects of mediation) (Hayes, 2012). This (as well as *when* it occurs, or effects of moderation, establishing its boundary conditions or contingencies) helps to understand in depth the phenomenon being investigated and gives clues about how that knowledge can be used (Hayes, 2012).

Thus, a series of mediation models was established to predict actual sexual satisfaction (the combination of both individual and with-the-partner satisfaction) by sexual behaviours, frequency of sexual activities, and knowledge, beliefs and attitudes and the general schema that they form (*KBA Compound* variable). These models were then tested using a non-parametric approach with bootstrapping (Hayes, 2012; Preacher and Hayes, 2004, 2008). For each analysis, resampling of the data was used by creating 5,000 random samples for parameter estimation, guaranteeing the stability of the analysis. Corrected 95% confidence intervals were calculated for the distribution of the *ab* coefficients obtained by resampling. This procedure requires no previous assumption regarding the distribution of the data, since statistical significance is determined non-parametrically.

The results of the model that best fit the data revealed that sexual behaviours are associated with sexual satisfaction both directly and indirectly through the frequency with which sexual activities are practiced. A greater variety of sexual behaviours and a greater frequency of sexual activities therefore increase sexual satisfaction. Although bivariate correlations had indicated a relationship among these variables, mediation analyses revealed that the relationship was complex. Most likely because of the sample size,

although the indirect and total effects were significant, no significant effects were obtained for all the pathways. Specifically, for frequency-satisfaction and behaviour-satisfaction paths, the effect obtained was marginally significant. However, these trends are conceptually reasonable and relevant, as well as consistent with the remaining findings. In the case of the direct effect, a complementary partial mediation effect (Zhao, Lynch & Chen, 2010) in which other possible mediators might also operate would be comparably more plausible, at both conceptual and empirical levels, than a total mediation effect, which would be conceptually unacceptable.

In the case of path b, although Baron & Kenny (1986) indicated that there must be a significant association between the mediator and the outcome variable to assert that there is a mediation effect, recent arguments indicate that this causal effect is not necessary (Zhao et al., 2010) or even not expected (e.g., Mackinnon & Pirlott, 2015). A non-significant effect can be found when the predictor variable is strongly associated with the mediator, which inflates the standard error of path b and makes it difficult to obtain a significant effect. This may be the case in this study. A non-significant effect can also be obtained when other possible intervening variables operate in the relationship between the mediator and the outcome. Therefore, authors such as Zhao et al. (2010) state that “the one and only requirement to demonstrate mediation is a significant indirect effect *ab* by [...] a bootstrap test” (p. 200), regardless of whether there is a significant direct effect (total or partial mediation).

Despite the effect size, because of the sample size, the findings of the present study should be considered with caution, and they must be confirmed in the future. On the other hand, our findings coincide with previous empirical evidence indicating that sexual frequency predicts sexual satisfaction (e.g., Blair & Pukall, 2014; Greeley 1991, cited in Christopher & Sprecher, 2000; Haavio-Manila & Kontula, 1997; Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994; Muise et al., 2014; Schoenfeld et al., 2016).

The findings of this study suggest practical implications of great interest and applicability regarding young women’s sexuality. The results obtained suggest that, at the beginning of youth and adulthood, quantity (experiences, diversity, discoveries, etc.) may have at least the same relevance as quality for women to feel sexually satisfied. Therefore, for higher success, interventions on sexual satisfaction should include actions aimed at

increasing not only the variety of sexual activities but also their frequency. Similarly, although the relationship between social-cognitive predictors of behaviour and sexual behaviours requires further investigation, it is expected that knowledge, beliefs, attitudes and values will be positively related with sexual satisfaction through their influence on behaviour. Knowing the complex nature of the relationships among all these variables will help in determining the focus of practical interventions.

Despite the contributions of the present study, it suffers from several limitations that should be addressed in the future. The main limitation is the small sample size. The characteristics of data collection and the content of the interview made it considerably difficult to recruit more participants. Consequently, this research should be considered as a preliminary study to guide future research. In addition, this study focused on exploring some aspects of sexuality in adolescent and very young women, and the findings should be interpreted restrictively to this age group, which probably does not share many life conditions with other groups (e.g., women at other ages, single mothers, women with disabilities, men). As a consequence, this study should be replicated with broader and more heterogeneous samples.

Moreover, analytical procedures for testing indirect effects are considerably less potent than other analyses (MacKinnon et al., 2004). Thus, only very strong mediation effects could have been detected in the present study because of the reduced sample size. In addition, other indirect effects should be tested in the future, including moderation, mediated moderation, moderated mediation, or serial or parallel multiple mediation (Hayes, 2012), as well as other possible relationships between variables (e.g., the type models proposed in PROCESS). Similarly, the role of these variables on individual and with-the-partner desired sexual satisfaction should also be explored.

In spite of these limitations, the novelty of the study resides in the use of a mixed methodology in which a first qualitative phase guided the next phase focused on the quantitative analysis of the collected data, with special mention to the analysis of indirect effects. In addition, the richness of the collected information has allowed us to describe and to widely know the sample, and it has helped us in making improvements in the instrument for data collection. Furthermore, this study has also opened new lines of research on a positive view of sexuality and, more broadly, on female sexuality, which has been largely

ignored, misinterpreted, neglected or rejected to date (e.g., Bass, 2016; Gavey, 2012; Lamb, 2010; Tolman, 2012).

In conclusion, the frequency of sexual activities contributes significantly to the sexual satisfaction of young women when sexual behaviour is also considered. This study has clarified the direct and indirect causal mechanisms by which sexual behaviour influences sexual satisfaction, and thus it makes a contribution to the cumulative knowledge on the psychosocial correlates of sexual satisfaction in women, at least among young females.

Acknowledgments

This research was supported by the financial assistance provided to the “Psicología de la Salud/Medicina Conductual” Research Group (CTS-0267) by the Consejería de Economía y Conocimiento, Junta de Andalucía (Spain). We are grateful to all those who made this study possible.

References

- Awotidebe, A., Phillips, J., & Lens, W. (2014). Factors contributing to the risk of HIV infection in rural school-going adolescents. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, *11*(11), 11805–11821. doi:10.3390/ijerph111111805
- Babin, B. A. (2012). An examination of predictors of nonverbal and verbal communication of pleasure during sex and sexual satisfaction. *Journal of Social & Personal Relationships*, *30*(3), 270–292. doi: 10.1177/0265407512454523
- Bahamón Muñetón, M. J., Vianchá Pinzón, M. A. & Tobos Vergara, A. R. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes. Una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, *31*(2), 327–353. doi:10.14482/psdc.31.2.3070
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*, *51*(6), 1173–1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Bass, T. M. (2016). Exploring female sexuality: Embracing the whole narrative. *North Carolina Medical Journal*, *77*(6), 430–432. doi:10.18043/ncm.77.6.430
- Blair, K. L. & Pukall, C. F. (2014). Can less be more? Comparing duration vs. frequency of sexual encounters in same-sex and mixed-sex relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *23*(2), 123–136. doi:10.3138/cjhs.2393
- Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P. R. (2015). Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: The mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *Journal of Sex Research*, *51*(1), 110–119. doi: 10.1080/00224499.2013.838744
- Bridges, S. K., Lease, S. H., & Ellison, C. R. (2004). Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. *Journal of Counseling and Development*, *82*(2), 158–166. doi:10.1002/j.1556-6678.2004.tb00297.x

- Carrobes, J. A., Gámez-Guadix, M., & Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, 27(1), 27–34. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1437144402?accountid=14542>
- Cheung, M. W. (2009). Comparison of methods for constructing confidence intervals of standardized indirect effects. *Behavior Research Methods*, 41(2), 425–438. doi:10.3758/BRM.41.2.425
- Christopher, S. F. & Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. *Journal of Marriage and Family*, 62, 999–1017. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.00999x
- Dures, E., Rumsey, N., Morris, M., & Gleeson, K. (2011). Mixed methods in health psychology: Theoretical and practical considerations of the third paradigm. *Journal of Health Psychology*, 16(2), 332–341. doi: 10.1177/1359105310377537
- Espada, J. P., Morales, A., Orgilés, M., Piqueras, A., & Carballo, J. L. (2013). Comportamiento sexual bajo la influencia del alcohol en adolescentes españoles. *Adicciones*, 25(1), 55–62. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1609097227?accountid=14542>
- Gavey, N. (2012). Beyond "empowerment"? Sexuality in a sexist world. *Sex Roles*, 66(11-12), 718–724. doi:10.1007/s11199-011-0069-3
- Haavio-Manila, E. & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 399–419. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9251837>
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408–420. doi:10.1080/03637750903310360
- Hayes, A. F. (2012). *PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling*. Retrieved from <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>.

- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.
- Heiman, J. R., Long, J. S., Smith, S. N., Fisher, W. A., Sand, M. S., & Rosen, R. C. (2011). Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Archives of Sexual Behavior, 40*(4), 741–753. doi: 10.1007/s10508-010-9703-3
- Hughes, S. M. & Kruger, D. J. (2011). Sex differences in post-coital behaviors in long-and short-term mating: An evolutionary perspective. *Journal of Sex Research, 48*(5), 496–505. doi:10.1080/00224499.2010.501915
- Johnson, R. B., Ongwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research, 1*(2), 112–133, doi: 10.1177/1558689806298224
- Kaptanoğlu, A. F., Süer, K., Diktaş, H., & Hınçal, E. (2013). Knowledge, attitudes and behaviour towards sexually transmitted diseases in Turkish Cypriot adolescents. *Central European Journal of Public Health, 21*(1), 54–58.
- Khoury, C. B. & Findlay, B. M. (2014). What makes of good sex? The associations among attachment style, inhibited communication and sexual satisfaction. *Journal of Relationships Research, 5*(7), 1–11. doi: 10.1017/jrr.2014.7
- Kruger, D. J., & Hughes, S. (2010). Variation in reproductive strategies influences post-coital experiences with partners. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology, 4*(4), 254–264. doi:10.1037/h0099285
- Kumsa, D. M. (2015). Factors affecting the sexual behavior of youth and adolescent in Jimma town, Ethiopia. *European Scientific Journal, 11*(32) Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1750933968?accountid=14542>
- Lamb, S. (2010). Feminist ideals for a healthy female adolescent sexuality: A critique. *Sex Roles, 62*(5-6), 294–306. doi:10.1007/s11199-009-9698-1

- Laumann, E. O., Gagnon, H. J., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Lemer, J. L., Blodgett Salafia, E. H., & Benson, K. E. (2013). The relationship between college women's sexual attitudes and sexual activity: the mediating role of body image. *International Journal of Sexual Health*, 25(2), 104–114. doi: 10.1080/19317611.2012.722593
- Li, S., Chen, R., Cao, Y., Li J., Zuo, D., & Yan, H. (2013). Sexual knowledge, attitudes and practices of female undergraduate students in Wuhan, China: The only child versus students with siblings. *PLoS ONE*. 8(9): e73797. doi:10.1371/journal.pone.0073797
- MacKinnon, D. P. & Pirlott, A. G. (2015). Statistical approaches for enhancing causal interpretation of the M to Y relation in mediation analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 19(1), 30–43. doi:10.1177/1088868314542878.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 593–614. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085542
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99–128. doi: 10.1207/s15327906mbr3901_4
- Marquardt, D. W. (1980). You should standardize the predictor variables in your regression models. *Journal of the American Statistical Association*, 75(369), 87–91. doi:10.1080/01621459.1980.10477430
- Montesi, J. L., Conner, B. T., Gordon, E. A., Fauber, R. L., Kim, K. H. & Heimberg, R. G. (2013). On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual communication, and sexual satisfaction in young couples. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 81–91. doi: 10.1007/s10508-012-9929-3
- Muise, A., Schimmack, U., & Impett, E. A. (2015). Sexual frequency predicts greater well-being, but more is not always better. *Social Psychological & Personality Science*, 1-8. doi: 10.1177/0146167213490963

- Péloquin, K., Brassard, A., Delisle, A., & Bédard, M. M. (2013). Integrating the attachment, caregiving and sexual systems into the understanding of sexual satisfaction. *Canadian Journal of Behavioral Science, 45*(3), 185–195. doi: 10.1037/a0033514
- Pelto, P. J. (2015). What is so new about mixed methods? *Qualitative Health Research, 25*(6), 734–745. doi: 10.1177/1049732315573209
- Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers, 36*(4), 717–731. doi:10.3758/BF03206553
- Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods, 40*(3), 879–891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Ramiro, L., Reis, M., Gaspar de Matos, M., Alves Diniz, J., Ehlinger, V., & Godeau, E. (2014). Sexually transmitted infections prevention across educational stages: Comparing middle, high school and university students in Portugal. *Creative Education, 5*, 1405–1417. doi:10.4236/ce.2014.515159
- Schoenfeld, E. A., Loving, T. J., Pope, M. T., Huston, T. L., & Štulhofer, A. (2016). Does sex really matter? Examining the connections between spouses' nonsexual behaviors, sexual frequency, sexual satisfaction and marital satisfaction. *Archives of Sexual Behavior, 46*(2), 489–501. doi:10.1007/s10508-015-0672-4
- Sommer, M. & Mmari, K. (2015). Addressing structural and environmental factors for adolescent sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. *American Journal of Public Health, 105*(10), 1973–1981. doi:10.2105/AJPH.2015.302740
- Stephenson, K. R. & Sullivan, K. T. (2009). Social norms and general sexual satisfaction: The cost of misperceived descriptive norms. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 18*(3), 89–105. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=79a9eecf-7370-42ad-bf8b-8f45b4689846%40sessionmgr120&hid=113>

- Tolman, D. (2012). Female adolescents, sexual empowerment and desire: A missing discourse of gender inequity. *Sex Roles*, 66(11), 746–757. doi:10.1007/s11199-012-0122-x
- Twenge, J. M., Sherman, R. A. & Wells, B. E. (2015). Changes in American adults' sexual behavior and attitudes, 1972-2012. *Archives of Sexual Behavior*, 44(8), 2273–2285. doi:10.1007/s10508-015-0540-2
- Yago-Simón, T. (2015). Gender conditionings and unplanned pregnancies in adolescents and young girls. *Anales de Psicología*, 31(3), 972–978. doi:10.6018/analesps.31.3.185911
- Zhao, X. Lynch Jr., J. G., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37(2), 197–206. doi:10.1086/651257

CAPÍTULO 8:

ESTUDIO 2:

Sexual self-efficacy and perceived importance of a healthy sexuality as mediators in the relationship between sexual behaviours and sexual satisfaction among young women

Enviado a:

Psychology of Women Quarterly

[Índice de impacto de la revista en junio de 2015: 2.397

Fuente: Journal Citation Reports JCR

Ranking 2/40 en categoría Womens Studies.

Ranking 30/129 en categoría Psychology, Multidisciplinary]

Abstract

Sexual satisfaction has shown to have strong associations with many other aspects of sexual health and well-being and it is considered a good indicator of health status and general well-being. As such, it reveals not only the absence of any problem concerning sexual and reproductive health, but mainly whether or not a person can actually enjoy pleasurable and healthy sexual experiences. The aim of this study was to analyze the relationship among different dimensions of sexual satisfaction (i.e., actual/desired, individual/with the partner), sexual behaviours, sexual self-efficacy and the importance personally conceded to having an active and satisfying sexuality among 18 to 40 years old women. A descriptive, correlational study with a cross-sectional design was conducted. Correlation analyses revealed the expected direct associations among the study variables but also suggested the convenience of exploring indirect paths. Consequently, we examined possible mediation effects. The proved mediational model indicated that sexual behaviours were related with sexual satisfaction not only directly but also indirectly through both sexual self-efficacy and the perceived importance of a healthy sexuality. These findings have interesting applications for sexual health promotion and sexual education among women in their youth and early adulthood.

Keywords: Sexual satisfaction; self-efficacy; sexual behaviour; sexual health; females; mediation analyses.

Introduction

Sexuality is an essential area of human experience, a basic function that involves the interrelationship of biological, cognitive, emotional and social factors and which is closely related to health and quality of life (Carrobles, Gámez-Guadix, & Almendros, 2011; McCool, Apfelbacher, Brandstetter, Mottl, & Loss, 2016). As such, sexual health is receiving growing attention, as evidenced by the remarkable increase in studies on sexual health and well-being in women that has occurred in last decades (Amaro, Raj, & Reed, 2001).

However, much of the current research on sexuality, especially among women, is often focused either on risk prevention (e.g., Hay et al., 2016; Khadr et al., 2016), the rehabilitation of sexual disorders or alterations in sexual functioning (e.g., Khajehei, Doherty, & Tilley, 2015; McCool et al., 2016) or the analysis of determinants of sexual impairment and their consequences at the physical, psychological and social level (e.g., Lévesque et al., 2016; Wagner, McShane, Hart, & Margoese, 2016). Undoubtedly, the study of these issues is essential to understand which factors are associated with reduced levels of sexual and reproductive health in women and to design interventions to decrease their impact on female sexuality and to avoid or treat sexual dysfunctions and disorders. However, we are convinced that it is also important to investigate which variables can foster positive aspects of sexuality, such as sexual quality, sexual well-being or sexual pleasure or satisfaction, especially in people without dysfunctions or problems, and particularly among women.

Sexual satisfaction

Multiple definitions have been proposed on sexual satisfaction. According to Offman and Matheson (2005), sexual satisfaction is "the affective response that arises from an individual's evaluations of his or her sexual relationship including perceptions that one's sexual needs are being met and fulfilling one's own and the partner 's sexual expectations" (p.32). Haavio-Manila and Kontula (1997) differentiated between physical sexual satisfaction, related to satisfaction obtained from sexual practices such as sexual intercourse, and emotional sexual satisfaction, related to the happiness produced by sexual

relationships. Carrobbles and Sanz (1991) evaluated sexual satisfaction in terms of the degree of well-being and fullness experienced by a person regarding their sexual activity. Sexual satisfaction would be related, in short, to the pleasure or well-being perceived before, during or after performing any kind of sexual behaviour (at any of its levels, physiological, physical, and cognitive/emotional).

Almost all definitions of sexual satisfaction agree about the importance of the affective and emotional aspects that are experienced in relation to sexuality. However, many of the studies focused on analyzing sexual satisfaction usually employ as indicators not only measures of the emotional well-being or subjective pleasure experienced by the person (i.e., the affective and emotional components of sexual satisfaction), but also physiological measures such as orgasmic frequency/consistency, frequency of intercourse, or levels of sexual desire and arousal (that might be considered measures of sexual functioning rather than satisfaction), as well as sexual behaviours and beliefs related to the sexual relationship (that, although probably related to and having an influence on satisfaction, not necessarily are indicative of sexual satisfaction) (e.g., Khoury & Findlay, 2014).

Likewise, due to the pronounced social component of sexuality, the links between sexual satisfaction and partner-related variables, and the multiple benefits of sexual activity at the interpersonal level, most studies focus on analyzing sexual satisfaction in relation to shared sexual behaviours (almost exclusively in the context of heterosexual relationships), rather than in relation to individual behaviours, attitudes, experiences and so forth (e.g., Birnie-Porter & Hunt, 2015; Fallis, Rehman, Woody, & Purdon, 2016; Seehuus, Clifton, & Rellini, 2015).

In spite of the controversy regarding its definition and evaluation, that sexual satisfaction is an essential component for the individual's well-being seems beyond discussion. Many studies have shown the relationship between having a satisfying sexual life and the ability to love, relationship satisfaction, adjustment in relationships, higher levels of self-esteem, better physical and mental health, quality of life, and emotional satisfaction or feelings of happiness and satisfaction with life in general (e.g., Apt, Hurlbert, Pierce, & White, 1996; Carrobbles et al., 2011; Stephenson & Sullivan, 2009). Due to the positive consequences that sexual satisfaction has shown to have on many other aspects of sexual health and well-being, it is considered a good indicator of health status

and general well-being, an indicator that may reveal not only the absence of a problem concerning sexual and reproductive health, but also whether or not a person can actually enjoy pleasurable and healthy sexual experiences and to what extent.

Besides, the importance conceded by an individual to having an active and satisfying sexuality could be a predictor of their intention for developing an actually healthy behaviour and may increase the likelihood of enjoying satisfactory sexual relations. As far as we know, there is no research analyzing this variable, although some classic studies have explored the perceived importance of other areas of human sexuality. Thus, Haavio-Manila and Kontula (1997) concluded that the sexual dissatisfaction of the women in their study could be due, at least to a certain extent, to the little importance given by them to sexuality in their life. In fact, the perceived importance of sex predicted sexual satisfaction in men, but not in women. This suggests that a measure of the perceived importance of a healthy and satisfactory sexuality could be related to sexual behaviours and satisfaction.

Self-efficacy and sexual behaviour

According to Bandura (1982), self-efficacy is defined as the beliefs or judgments a person has about her or his ability to perform a certain conduct that allows him or her to behave satisfactorily in a given situation and to achieve a desired outcome. This valuation of one's own agency determines not only how people behave, but also the motivation that guides and maintains their behaviour, their thought patterns, and the emotional reactions they experience to each situation. Self-efficacy has become a central construct in health research because of its power to unite cognitive, motivational, emotional and behavioural processes. Its role in predicting behavioural intentions and health-related behaviours has been extensively documented (Sheer, 2014). Self-efficacy has been successfully linked to many behaviours in diverse health-related domains, including the adoption of preventive and health-promoting behaviours.

In relation to sexual health, self-efficacy has been shown to be an essential determinant of behaviour. Thus, it has been proved to be related to the use of protective methods and the intention to abstain or diminish sexual activity (e.g., Mahat, Scoloveno, & Ayres, 2014), condom use (e.g., Escribano, Espada, Morales, & Orgilés, 2015; Volkmann et al.,

2014), partner communication (e.g., in relation to condom use, Widman, Noar, Choukas-Bradley, & Francis, 2014), dating violence prevention (e.g., Baker, Naac, Mitchell, & Trecker, 2014) and the possibility of performing risk behaviours or, on the contrary, preventive and health promotion behaviours (e.g., Jones, Thomas-Purcell, & Lewis-Harris, 2016; Sheeran et al., 2016). As can be seen, most of the research on the relationship between self-efficacy beliefs and sexual health have focused on investigating efficacy perceptions for performing protective and preventive behaviours, such as avoiding risk behaviours (e.g., being able to refuse unprotected sex, being able to negotiate condoms use, etc.). To the best of our knowledge, research focused on self-efficacy for behaviours aimed at enhancing sexual satisfaction (e.g., erotic use of the condom, including sexual fantasies in the relationship, testing new techniques, expressing desires, initiating a sexual relationship, etc.) is completely lacking.

Furthermore, the role of self-efficacy as a mediator between several variables and sexual behaviour has also been investigated. Impett, Schooler, & Tolman (2006) proved that self-efficacy mediates the inverse relationship between body objectification and inauthenticity, and usage of condoms. Goodman, Harrell, Gitari, Keizer, & Raimer-Goodman (2016) found that self-efficacy mediated the relation between partner trust and condom use. Tirone, Shorey, Nathanson, & Rhatigan (2014) analyzed a mediation effect in the relation between enacted social support and women's perceived quality of relationship alternatives (e.g., developing a safety plan), whereas Martino, Collins, Kanouse, Elliot, & Berry (2005) found that self-efficacy was a mediator of the effect of the exposure to televised sexual content on intercourse initiation.

As for the relationship between behaviour and its outcomes, although we have not found studies exploring whether self-efficacy can mediate the relationship between a sexual behaviour and derived consequences (such as sexual satisfaction), given that there are studies proving such an effect in other life domains we consider it plausible that such an indirect path can also occur for sexual behaviours and outcomes. For example, self-efficacy has been found to partially mediate suffering childhood abuse and some health problems in older adults (Sachs-Ericsson, Medley, Kendall-Tackett, & Taylor, 2011).

In this context, this study has a two-fold objective. It sought out: (a) to describe the actual and desired levels of individual and with-the-partner sexual satisfaction of women in

their youth and early adulthood; and (b) to explore the possible relationship between sexual behaviour and sexual satisfaction, as well as the influence that self-efficacy beliefs and the perceived importance of having an active and satisfactory sexuality can have on such relationship.

Method

Participants.

An initial nation-wide sample ($N = 467$) of potential participants was obtained by non-probabilistic sampling using targeted samples, including women who voluntarily accessed to and completed the online survey as described in Procedure. Of them, 7 cases were removed from the database following methodological criteria (3 test cases, 4 repeated cases). In addition, 136 subjects did not answer all the questions concerning the variables of this study, so they were also removed. Another 59 cases were eliminated because they did not meet the inclusion criteria of this study: 29 men, 10 women over 40 years, 19 foreigners who had lived in Spain for less than 10 years and one case of a Spanish woman who had been brought up outside Spain.

Thus, 265 women aged 18-40 years ($M = 23.27$, $SD = 3.69$) from all over the nation participated in this study. They were all Caucasian. Of these, 259 were Spanish and 6 came from different European and Latin-American countries, although they had resided in Spain 10 years or more. Eighty-three per cent considered themselves as heterosexual, 9.8% bisexual, 3.4% homosexual and 3.8% reported that they had not yet defined their sexual orientation. In addition, 97% of the participants had had a sexual partner in the past, 34% had no partner at the time of the study, while the remaining 66% had it (average time of relationship = 45.4 months, $SD = 38.52$), although only 17% lived with him/her. Of the remaining participants not living with their partner, 50.6% lived with their family, 27.5% with friends, 0.8% in student residences and 4.2% alone. Other characteristics of the participants refer to their education level, religious beliefs and sexual experiences (Table 1).

Table 1

Socio-demographic data and participants' sexual experiences (N = 265).

Educational Level	Frequency	Percentage
High School	4	1.5
Professional Training	5	1.9
University	219	82.6
University Postgraduate (Master/PhD)	37	14
Religion	Frequency	Percentage
Catholic	121	45.7
Buddhist	2	0.8
Muslim	1	0.4
Protestant	1	0.4
Agnostic	43	16.2
Atheist	97	36.6
Time of relationship with the current partner	Frequency	Percentage
Less than a year	28	10.8
Between 1 and 5 years	96	36.8
Between 5 and 10 years	45	17.2
More than 10 years	6	2.4
Don't have a partner now	90	34
Desire Level	Frequency	Percentage
Null	1	.5
Very low	3	1.4
Moderate	55	25.8
High	101	47.4
Very high	53	24.9
Arousal Level	Frequency	Percentage
Not aroused at all	1	.5
Something aroused	6	2.8
Moderately aroused	27	12.7
Quite aroused	130	61
Very aroused	49	23

Measures.

Based on a semi-structured interview specifically designed by the authors to carry out a preliminary study and the findings which were obtained (Ogallar-Blanco, Godoy-Izquierdo, Vázquez, & Godoy, in press), several self-reports were prepared with 58 questions grouped in 9 sections of which the following were used for the present study (Figure 1):

(A) Sexual behaviours (5 items). A self-report about the usual frequency of performing a wide range (i.e., 25) of sexual behaviours, both individual (e.g., masturbation, fantasy use) and with the partner (e.g., kissing, practicing intercourse) was included. Responses were given on a Likert-type scale (0 = I have never done it, 3 = I do it very frequently).

Other items included behaviours in relation to sexuality and communication with the partner that are not strictly sexual but have great importance for intimate relationships, including communication (from 0 = No, never; to 4 = Always), taking the initiative within the relationship (0 = Always my partner; to 4 = Always me) and the use of fantasies (0 = No, never; to 3 = Many times). Finally, the use of methods of contraception was evaluated (from 0 = No, never; to 5 = Always - when it is recommended for the prevention of diseases and unwanted pregnancies). Given the asymmetry in the response scale, the addition of the scores for all the items and subdomains was computed to obtain the *Behaviour Summation* variable. The higher the value, the higher the frequency of the assessed sexual behaviours.

(B) Sexual satisfaction (4 items). A differentiation was made between satisfaction obtained through individual activities or behaviours (i.e., individual satisfaction) and satisfaction obtained in activities with the sexual partner(s) (i.e., satisfaction with the partner). In addition, a differentiation was made between the actual satisfaction obtained with sexual activities and behaviours (i.e., actual satisfaction) and satisfaction related to an individually established ideal of sexuality and satisfaction (i.e., desired satisfaction). Therefore, four variables were obtained: *Actual Individual Sexual Satisfaction*, *Actual Sexual Satisfaction with the Partner*, *Desired Individual Sexual Satisfaction* and *Desired Sexual Satisfaction with the Partner*. Each of these dimensions of sexual satisfaction was evaluated with a face-valid item with responses on a Likert-type scale (0 = Not satisfactory at all, 3 = Very satisfactory). In addition, the actual (individual and with the partner) and desired (individual and with the partner) satisfaction averages were calculated (*Actual Sexual Satisfaction* and *Desired Sexual Satisfaction*, respectively), as well as the average of the above-mentioned four indicators of satisfaction (*Global Sexual Satisfaction*). The higher the values, the higher the each of the indicators of sexual satisfaction.

(C) A question about the perceived importance of having an active and satisfactory sexuality (*Sexuality Importance*), rated on a Likert-type scale (0 = Not significant; 3 = Very important) was included. The higher the value, the higher the importance conceded to a healthy and active sexuality.

(D) Sexual self-efficacy (3 items). A differentiation was made between personal efficacy beliefs a) to refuse engaging in unwanted sexual relationships in ten different

situations, b) to talk with the partner in relation to ten issues related to sexuality, and c) to perform thirty different sexual behaviours (all answered on a Likert-type scale from 0 = Very incapable to 4 = Very capable). Some of the items in the section on sexual behaviours were drawn from the questionnaires by Kasen, Vaughan and Walter (1992, as cited in Cecil & Pinkerton, 1998) and Pratte, Whiteshell, McFarlane and Bull (2010). The average for the scores on each sub-dimension was calculated, and the average of them was calculated to obtain the variable *Self-efficacy Average*. The higher the value, the higher the efficacy perceptions for sexuality.

- Sexual Behaviours: *When your partner and you have a sexual relationship (of any type) who usually takes the initiative, which takes the first step or proposes to do something sexual? (If you do not have a partner now, think about your previous intimate relationships in general.)*
Always me.
More me than my partner.
My partner and I alike.
My partner more than me.
Always my partner.
- Sexual satisfaction: *How satisfying are in general your individual sexual practices? (Such as masturbation, use of fantasies, etc.)*
Not satisfactory at all.
Quite unsatisfactory.
Fairly satisfactory.
Very satisfactory.
- Sexuality Importance: *How important is it for you to have an active, healthy and satisfactory sexuality in your life?*
Not important at all.
Not very important, there are other things more important to me.
Fairly important.
Very important.
- Sexual Self-efficacy: *To what extent do you feel capable or unable to refuse to have an unwanted sexual relationship of any kind with a person in the following situations?*
Very incapable.
Quite incapable.
Something capable.
Quite capable.
Very capable.
Example of situations:
With someone you've met recently.
With someone you've already had sex with.
With someone who pushes you to do it with him / her.
With a stranger.

Figure 1. Examples of questions.

Procedure.

An on-line version of the assessment protocol was developed on the Limesurvey® platform. This survey was publicized through online media (e.g., social networks of professionals of Psychology and Sexology, specialized web pages, institutional e-mailing, social forums) and traditional media (e.g., direct requests to students from different Spanish universities and students attending training courses of several specialties of Psychology).

On the first page of the online survey the participants were informed about the study, their rights as participants, the confidentiality of their responses and its use exclusively for scientific purposes. They were also informed about the content of the survey, as well as the type of questions included and how to answer them. Once they had given their consent after reading this information, participants acceded to the measures. Participants received no compensation or feedback on their results.

This research was approved by the ethics committee of the authors' institution.

Study design and data analyses.

This is a descriptive, correlational study with a cross-sectional design.

Preliminary and exploratory data analyses were conducted to detect (and correct) possible errors in data entry, missing data or outliers. Kurtosis and skewness analyses revealed that the variables were leptokurtic and skewed to the left (asymmetric negative distribution). The Kolmogorov-Smirnov's test showed that all the variables ($p = .000$) except *Behaviour Summation* were non-normally distributed. Levene's tests ($p < .05$) indicated that for all variables except *Self-efficacy Average*, *Actual Sexual Satisfaction with the Partner*, *Actual Individual Sexual Satisfaction* and *Global Sexual Satisfaction* the homogeneity of variance could not be confirmed. Consequently, non-parametric tests were used for data analyses.

In addition, analyses of indirect effects, specifically mediation, were performed. This analytical strategy establishes the degree to which a predictor variable influences an

outcome through one(s) mediator variable(s) in a causal model (Hayes, 2009). Mediation is confirmed when the predictor affects the outcome indirectly through at least one intervening or *process* variable (Baron & Kenny, 1986; MacKinnon, Fairchild, & Fritz, 2007; Preacher & Hayes, 2004, 2008). To examine possible indirect effects, both simple and multiple parallel mediation analyses were performed using the “PROCESS” macro for SPSS v.22 (Hayes, 2012, 2013), with non-parametric resampling method by bootstrapping (Hayes, 2009; MacKinnon, Lockwood, & Williams, 2004; Preacher & Hayes, 2004, 2008). This procedure requires no previous assumption regarding the distribution of the data, since statistical significance is determined non-parametrically. In addition to simple effects, multiple mediation was analysed because (a) performing simple mediation analyses individually for each potential mediator variable increases the probability of Type I errors when there are two or more mediators, (b) multiple mediation tests the significance of all indirect effects simultaneously, and (c) it allows the use of bootstrapping (Preacher & Hayes, 2008).

Mediation analyses were performed with both raw and standardized scores to convert the variables to a similar measurement scale (Marquardt, 1980). Standardization of the data has been recommended in mediation analysis (Cheung, 2009) because it allows researchers to obtain standardized indirect effects from 0 to ± 1 , which are easily interpretable and comparable to each other. Furthermore, they can be interpreted as an estimate of the effect size, allowing comparisons between studies. The effect size, or standardized indirect effect, provides an indication, independent of the scale of measurement of the variables, of the direction and magnitude or strength of the association between the variables, and in the case of the mediation analysis allows the development of the equation: (standardized) total effect = (standardized) direct effect + (standardized) indirect effect ($c = c' + ab$). In contrast, because effect size depends directly on the scale of the variables, the (non-standardized) effects estimated from raw data allow only a calculation of their statistical significance.

The level of significance was set at $p < .05$ for all the analyses.

Results

Table 2 shows the descriptive results for all the variables. The mean value obtained for sexual behaviours was moderate and the between-subject variability shown by the standard deviation was remarkable. All measures of satisfaction had high mean scores and low standard deviations, indicating greater homogeneity among the participants, particularly *Desired Sexual Satisfaction with the Partner*. In contrast, *Actual Individual Sexual Satisfaction* had the lowest mean and showed a notable dispersion. As for the measure of perceived importance of a healthy sexuality (*Sexuality Importance*), the mean was quite high and the standard deviation was small. Finally, the mean for self-efficacy was considerably high and the standard deviation showed great homogeneity among participants.

Table 2
Descriptive results of all study variables.

Variable (possible range of scores)	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.
Behaviour Summation (0-91)	43.95	12.76	14.00	88.00
Self-efficacy Average (0-4)	3.30	.43	1.18	4
Sexuality Importance (0-3)	2.41	.58	1	3
Actual Sexual Satisfaction with the Partner (0-3)	2.31	.71	0	3
Actual Individual Sexual Satisfaction (0-3)	2.07	.78	0	3
Desired Sexual Satisfaction with the Partner (0-3)	2.96	.19	2	3
Desired Individual Sexual Satisfaction (0-3)	2.59	.77	0	3
Actual Sexual Satisfaction ^a (0-3)	2.19	.58	0	3
Desired Sexual Satisfaction ^b (0-3)	2.78	.41	1.50	3
Global Sexual Satisfaction ^c (0-3)	2.48	.41	1.25	3

^a Actual Individual and with-the-Partner Satisfaction Average; ^b Desired Individual and with-the-Partner Satisfaction Average; ^c Actual Individual and with-the-Partner and Desired Individual and with-the-Partner Satisfaction Average.

Spearman's correlation analyses (Table 3) indicated that sexual behaviours correlated positively with all of the study variables. *Actual Sexual Satisfaction with the Partner* correlated positively with *Desired Sexual Satisfaction with the Partner* and *Actual Individual Sexual Satisfaction*. *Actual Individual Sexual Satisfaction* correlated directly in turn with *Desired Individual Sexual Satisfaction*. Both indicators of desired sexual satisfaction were also intercorrelated. The variable perceived importance of healthy sexuality (*Sexuality Importance*) was positively associated with self-efficacy and with all

measures of satisfaction, excepting *Actual Individual Sexual Satisfaction*. Self-efficacy was associated with all the variables directly.

Table 3
Spearman's correlations.

	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Behaviour Summation	.330**	.304**	.237**	.268**	.167*	.301**	.350**	.309**	.370**
	.000	.000	.000	.000	.014	.000	.000	.000	.000
2. Self-efficacy Average	–	.144*	.186**	.173*	.167*	.278**	.243**	.286**	.291**
		.037	.007	.012	.016	.000	.000	.000	.000
3. Sexuality Importance		–	.255**	.109	.192**	.191**	.242**	.203**	.262**
			.000	.113	.005	.005	.000	.003	.000
4. Actual Sexual Satisfaction with the Partner			–	.177**	.174*	.042	.709**	.055	.562**
				.009	.011	.540	.000	.424	.000
5. Actual Individual Sexual Satisfaction				–	.102	.536**	.799**	.531**	.825**
					.139	.000	.000	.000	.000
6. Desired Sexual Satisfaction with the Partner					–	.276**	.171*	.361**	.269**
						.000	.012	.000	.000
7. Desired Individual Sexual Satisfaction						–	.425**	.996**	.695**
							.000	.000	.000
8. Actual Sexual Satisfaction ^a							–	.428**	.928**
								.000	.000
9. Desired Sexual Satisfaction ^b								–	.701**
									.000
10. Satisfacción Sexual Global ^c									–

^a Actual Individual and with-the-Partner Satisfaction Average; ^b Desired Individual and with-the-Partner Satisfaction Average; ^c Actual Individual and with-the-Partner and Desired Individual and with-the-Partner Satisfaction Average. ** $p < .01$, * $p < .05$.

Finally, multiple mediation analyses (Model 4 of PROCESS with 2 mediators operating in parallel) were conducted to explore whether self-efficacy and/or perceived importance of an active and satisfying sexuality (*Sexuality Importance*) could be paths of interest (mediator variables) in the relationship between sexual behaviours (predictor variable) and global sexual satisfaction (average of the actual and desired, individual and with-the-partner sexual satisfaction variables) (outcome variable) (Figure 2). Sexual behaviours

predicted global satisfaction directly as well as indirectly through self-efficacy and importance conceded to sexuality: The higher the frequency and type of sexual behaviours, the stronger beliefs of personal efficacy and the greater perceived importance of sexuality, and the greater the global sexual satisfaction. For each unit of increase in sexual behaviours, sexual self-efficacy increases by .27 units and *Sexuality Importance* by .29 units. For each unit of increase in self-efficacy beliefs and perceived importance of sexuality, satisfaction increases by .14 and .12 units, respectively (a marginally significant effect in the case of the variable perceived importance of sexuality). For each unit of increase in sexual behaviours, sexual satisfaction increases .31 units keeping constant the effect of both mediators (direct effect). For each unit of increase in the association between sexual behaviours and self-efficacy, and of sexual behaviours and perceived importance of a healthy sexuality, sexual satisfaction increases by .04 units in both cases (indirect effect). The total effect was significant and the full model explained 14% of the *Global Sexual Satisfaction* variance, $F(1, 206) = 34.065, p = .000$. The proportion of the total effect that is a mediated effect (sum of mediated effects / total effect) is 21%. Thus, a partial mediation effect was confirmed by which sexual behaviours predict sexual satisfaction both directly and indirectly through self-efficacy beliefs regarding sexuality and the perceived importance of having an active and satisfactory sexuality. Table 4 shows the coefficients (effect sizes), *t*-values, significance levels and confidence limits of the paths a, b, c' and the total and indirect effects.

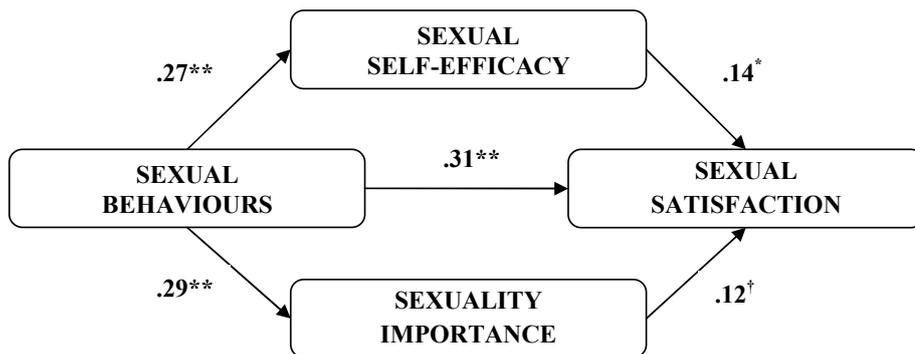


Figure 2. Mediation effect of Sexual Self-efficacy and Perceived Importance of a Healthy and Satisfactory Sexuality between Sexual Behaviours and Sexual Satisfaction (Model type 4 with 2 mediators in parallel). Standardized coefficients. ** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$.

Table 4
Results of multiple mediation analyses for Z scores (with Process).

Effect	Stand. coef.	SE	t	p	95% CI LL	95% CI UL
a1 (sex. behav.--self-efficacy)	.27	.0682	3.971	.000**	.1363	.4051
a2 (sex. behav.--importance)	.29	.0679	4.270	.000**	.1562	.4241
b1 (self-efficacy--sex. satisf., controlling for sex. behav.)	.14	.0657	2.193	.029*	.0146	.2736
b2 (importance--sex. satisf., controlling for sex. behav.)	.12	.0659	1.859	.065 [†]	-.0075	.2524
c' (direct effect sex. behav.--sex. satisf., controlling for self-efficacy and importance)	.31	.0686	4.448	.0000**	.1699	.4405
ab1 (indirect effect sex. behav.*self-efficacy, c - c')	.0390	.0241			.0038	.0989
ab2 (indirect effect, sex. behav.*importance, c - c')	.0355	.0205			.0012	.0825
c (total effect sex. behav.-- sex. satisf., c' + a1b1 + a2b2)	.38	.0651	5.837	.0000**	.2515	.5081

N = 208 (57 cases were deleted due to missing data). Model 4. Bootstrapping = 5000 samples. 95% CI: Corrected 95% Confidence Intervals, LL = Lower Limit, UL = Upper Limit. ** p < .01, * p < .05, † p < .10.

Discussion

This study analyzed the relationship between sexual behaviours, self-efficacy beliefs for a healthy sexuality, perceived importance of an active and satisfying sexuality, and the levels of (individual and with-the-partner, actual and desired) sexual satisfaction in a group of young adult women. A causal relationship was tested and proved in which sexual self-efficacy and importance conceded to a healthy and active sexuality were mediators in the link between sexual behaviours and sexual satisfaction.

In terms of sexual satisfaction, the participants demonstrated to be a fairly homogenous group with a quite satisfactory sexual life, both individually and, mainly, with the partner. Several findings indicate that these women in particular gave greater importance to the satisfaction obtained with the partner than to their individual satisfaction. The participants were not only more satisfied with their shared sexual relationships than with their individual activities, but they were also much more interested in increasing even more the satisfaction obtained by sexual activities with their partner, than their individual satisfaction, instead of feeling more inclined to increase levels of satisfaction in the area in which they seem to be less satisfied. Since sexuality has a unquestionable social

component, improving sexual satisfaction with the partner could positively influence other non-strictly sexual aspects of the intimate relationship, such as communication (MacNeil & Byers, 2009, as cited in Birnie-Porter & Hunt, 2015) or reciprocal affection and intimacy (Rubin & Campbell, 2012, as cited in Birnie-Porter & Hunt, 2015). In fact, sexual satisfaction has been considered one of the contributors of increased relationship satisfaction (Fallis et al., 2016) and several studies have demonstrated that, since sexual satisfaction is a significant reinforcement of the relationship, being more sexually satisfied can lead people to be more satisfied with the overall relationship (McNulty, Wenner, & Fisher, 2016). This could explain the greater interest of the participants in improving their sexual satisfaction with the partner rather than their individual satisfaction: increasing satisfaction in activities conducted with the partner would imply benefits not only at a personal level but also at a social level, and beyond a sexual level. Moreover, although the improvement of sexual satisfaction obtained through non-shared activities may also have other secondary benefits at the individual level (improvement of self-knowledge, self-esteem, levels of relaxation, increased likelihood of orgasm, etc.), these effects may be unknown to the participants, or less valued by them. This is something that future research should elucidate.

Another possible explanation for these results might be that these women considered sexual satisfaction obtained with individual activities as secondary, accessory or less important than satisfaction obtained with shared activities with a partner. Several expectations, beliefs, biases, cultural stereotypes, etc. can be found on the basis of such perceptions, which may be derived from the traditional poor attention and recognition posited on female sexuality and sexual behaviour, which have been considered as a way of either reproduction (in which case women's pleasure would be unnecessary for the purposes for which behaviour is executed) or male's sexual pleasure (Bowman, 2014). Although female pleasure has received greater interest more recently, it has been considered rather a consequence of the actions, experience and knowledge of the sexual partner (e.g., LaFrance, Stelzl, & Bullock, 2016; Morrison, Masters, Wells, Casey, Beadnell, & Hoppe, 2015). Furthermore, the existence of a "double moral" in relation to sexuality (Koon-Magnin & Ruback, 2011; Lai & Hynie, 2012; Petersen & Hyde, 2010) should be also considered. Consequently, an interesting future research line could be to relate actual and desired levels of individual and with-the-partner satisfaction with the

factors that feed them and the reasons why females want or do not want to improve them to understand the reasons for their different interest in increasing each of them and, if relevant, to develop interventions that directly affect their causes (sex education, interventions for gender equality, etc.).

Furthermore, the correlations showed that the greater the actual individual sexual satisfaction, the greater the desired individual sexual satisfaction; and the greater actual sexual satisfaction with the partner, the greater the desired sexual satisfaction with the partner. In summary, the more satisfactory are their sexual practices, the greater the desire to increase these levels of satisfaction. This might be explained by a reinforcing effect, since the strength of conditioning theories to explain different aspects of both healthy and dysfunctional human sexuality has been amply demonstrated (Bickham et al., 2007; LoPiccolo & Stock, 1986). This may also explain why there is no association between *Actual Sexual Satisfaction with the Partner* and *Desired Individual Sexual Satisfaction*, nor between *Actual Individual Sexual Satisfaction* and *Desired Sexual Satisfaction with the Partner*: satisfaction levels obtained individually or with the partner have no possibility to reinforce or relate to the desired with-the-partner and individual ones. Besides, a significant and positive relationship between actual individual sexual satisfaction and actual sexual satisfaction with the partner (and desired ones) is noted: the greater the individual satisfaction, the greater the satisfaction with the partner. This might be due to that some of the sexual activities performed with the partner (e.g., use of fantasies, sexual games) can also facilitate or increase individual levels of satisfaction, and vice versa (e.g., masturbation, self-exploration).

Participants' perceived importance of having an active and satisfying sexuality is high. In addition, the greater importance given to sexual activity and satisfaction, the higher levels of *Actual* and *Desired Sexual Satisfaction with the Partner*, and the greater *Desired Individual Sexual Satisfaction*. This variable was also positively related to sexual behaviours and self-efficacy: the greater perceived importance of healthy sexuality, the greater variety and frequency of sexual activities and the higher levels of self-efficacy, and vice versa. This seems logical, since if a person has a great interest in having a healthy and satisfying sexuality she or he would be more likely be involved in developing a greater frequency and variety of behaviours, both to avoid potential unwanted consequences (such

as unwanted pregnancies or sexually transmitted diseases) but also to enhance sexual pleasure and satisfaction. This interest or importance could motivate and reinforce these behaviours, and, as seen, behaviours and satisfaction are strongly related. Moreover, the perceived importance of a healthy sexuality could also encourage other behaviours that we have not analyzed, such as seeking information and/or going to specialists who could solve doubts or problems, developing positive attitudes, communicating with the partner, etc., all of them possibly leading sexual behaviours. In addition, the association between perceived importance related to sexuality and the frequent and flexible practice of sexual behaviours of different nature could lay the foundations or favour the development of self-efficacy beliefs (e.g., if a woman is interested in having a healthy sexuality, she could search for information about contraceptive methods, information that may be the basis of preventive behaviour and may increase in turn the beliefs of self-efficacy in relation to the use of protection methods based on behaviour's success). These questions are very interesting, so that future research should analyze the relationships between the perceived importance of sexuality, sexual behaviours and self-efficacy beliefs, with participants' knowledge, attitudes and motivations.

Regarding their beliefs of personal efficacy to develop an active and healthy sexuality, participants have demonstrated strong self-efficacy beliefs. As expected, self-efficacy was positively related to sexual behaviour: women with higher levels of self-efficacy beliefs also showed a greater behavioural repertoire and frequency of sexual activities. This result is coherent with Self-efficacy Theory (Bandura, 1982, 1997), not only because, as it states, perceived self-efficacy is concerned with the control over behaviour, and consequently the stronger the sexual self-efficacy beliefs, the healthier and more active sexual behaviours, but also because such pleasurable and healthy sexual experiences, as derived from sexual self-efficacy beliefs, also act as reinforces of self-efficacy through an "enactive mastery experience" mechanism (Bandura, 1997). This finding coincides with other investigations (Sheeran et al., 2016; Volkmann et al., 2014). One interesting contribution of the present study is that self-efficacy was assessed not only for preventive behaviours but also for health promotion actions. Probably because of that, self-efficacy beliefs were correlated with each of the dimensions of sexual satisfaction.

As for participants' sexual behaviours, the findings show that the repertoire of experiences and their frequency was somewhat restricted. When we carefully observed their individual frequency (data not shown, available upon request), we found that the behaviours most frequently performed are activities that could be described as "traditional" and shared such as vaginal intercourse, kissing, caressing and hugging, and heteromasturbation. Individual sexual behaviours such as masturbation or using fantasies or imagination, as well as other sexual behaviours with the partner as oral sex, had lower frequency. The fact that masturbation, fantasies or oral sex are less frequent is not surprising, given that they have historically been considered inappropriate, disgusting, sinful and even unhealthy behaviours (especially masturbation) (Levay & Valente, 2006). Masturbation, despite being a common and satisfying expression of sexuality, is today still highly stigmatized and is particularly proscribed (Bowman, 2014). The participants of the present study showed little interest also in the use of erotic or pornographic material (neither written nor audiovisual), which is expected in a sample of women: Although this type of materials are increasingly accessible and more socially accepted, many studies point to the existence of patterns of acceptance and consumption according to gender, with men using them most frequently, "perhaps because the majority of pornography is marketed towards men" (Olmstead, Negash, Pasley, & Fincham, 2013, p. 626).

However, even though participants' frequency and type of sexual behaviours were not considerable high or assorted, they seem enough for guaranteeing more than acceptable levels of sexual satisfaction, both individually and, particularly, with the partner. Given that self-efficacy beliefs are one reliable predictor of behaviour (Sheeran et al., 2016), that sexual satisfaction is one of the possible outcomes of sexual behaviour, and that this group showed, as mentioned above, fairly high perceived sexual self-efficacy for having an active and healthy sexuality, it's possible than even though the behavioural repertoire is not really complex, their perceived skills to behave successfully in different sexual contexts lead them to put into practice effective behaviours that are more satisfying for them, regardless they are not as varied as expected, and that it contributes to the reinforcement of participants' self-efficacy beliefs.

Given the strong relationships found between sexual behaviours, self-efficacy beliefs, perceived importance of having an active and satisfying sexuality, and sexual satisfaction,

we proceeded to analyze the mechanisms that could explain such associations through an indirect effect (*how* it operates, or mediation effects) (Hayes, 2012). Answering to this question (as well as *when* it occurs, or effects of moderation, establishing its boundary conditions or contingencies) helps to understand in depth the phenomenon being investigated and gives clues about how that knowledge can be used (Hayes, 2012).

Thus, a series of mediation models were established to predict global sexual satisfaction (i.e., individual and with-the-partner, actual and desired sexual satisfaction), considering sexual behaviours, perceived importance of a healthy sexuality, and self-efficacy in relation to healthy sexual behaviours. These models were then tested using a non-parametric approach with bootstrapping (Hayes, 2012; Preacher & Hayes, 2004, 2008). For each analysis, resampling of the data was used by creating 5,000 random samples for parameter estimation, guaranteeing the stability of the analysis. Corrected 95% confidence intervals were calculated for the distribution of the *ab* coefficients obtained by resampling.

The results revealed that sexual behaviours were associated with sexual satisfaction both directly and indirectly, through both self-efficacy and perceived importance of an active and healthy sexuality. A greater variety and frequency of sexual behaviours, stronger self-efficacy beliefs and greater perceived importance of a satisfactory sexuality therefore increase global sexual satisfaction. Although bivariate correlations had already indicated a relationship among these variables, mediation analyses reveal a more complex relationship among them.

There is no previous investigation in which this *process* relationship among the variables of the present study had been analyzed. Although several studies have demonstrated the mediating role of self-efficacy between several personal and partnership variables and sexual behaviour (e.g., Goodman et al., 2016; Impett et al., 2006) or between sexual behaviours and their consequences (e.g., Sachs-Ericsson et al., 2011), to the best of our knowledge no research has been conducted in order to analyze whether self-efficacy could mediate between sexual behaviour and sexual satisfaction. Nevertheless, given that the relationship between both behaviour and sexual satisfaction, and between self-efficacy and sexual behaviours, has been proved, our results seem reasonably in tune with previous findings.

As for perceived importance of a healthy sexuality, we were unable to find studies analyzing its relationship with sexual satisfaction, although there are studies that have analyzed the impact of similar variables (e.g., Haavio-Manila & Kontula, 1997). Although Haavio-Manila and Kontula did not address perceived importance of sexual health and satisfaction, but referred more generally to importance conceded to sexuality, we believe that the similarity of the terms makes the results congruent: the perceived importance, whether to sex (as behaviour) or healthy and satisfactory sexuality, actually influences sexual satisfaction. In the case of women in the Haavio-Manila and Kontula's study, lack of importance of sex lead to dissatisfaction. Our study reveals an even more complex relationship in which the perceived importance of healthy and active sexuality mediates between behaviour and sexual satisfaction.

Although all effects have been demonstrated, in the case of the perceived importance of sexuality-global satisfaction path the obtained effect is marginally significant. However, this trend is conceptually reasonable and relevant, as well as consistent with the rest of the analytical results. Moreover, in the case of path b, although Baron and Kenny (1986) indicate that there must be a significant association between the mediator and the outcome variable to assert that there is a mediation effect, recent positions indicate that this is not necessary (Zhao, Lynch, & Chen, 2010) or that this causal effect might not even be expected (e.g., Mackinnon & Pirlott, 2015). A non-significant effect could be found, as may be the case in this study, when there is a strong relationship between the predictor variable and the mediator variable, which inflates the standard error of the b-path and makes it difficult to obtain a significant effect, or when there could be other possible intervening variables in the relationship between the mediator and the outcome. Therefore, authors such as Zhao et al. (2010) state that "the one and only requirement to demonstrate mediation is a significant indirect effect ab by [...] a bootstrap test" (p. 200).

These findings have derived practical implications of great interest and applicability in regards to women's sexuality. First, as the type and frequency of behaviours have a direct influence on sexual satisfaction, it would be interesting to analyze in the future the relationships between different sexual behaviours and activities and their frequency, and also their concrete contribution to the levels of individual and with-the-partner sexual satisfaction. Second, self-efficacy mediates the relationship between behaviours and sexual

satisfaction, so planned interventions to increase levels of satisfaction should undoubtedly enhance self-efficacy beliefs for healthy sexual behaviours, not only those with preventive aims (e.g., using or managing the use of condoms), but also those that increase the quality of sexual life (e.g., eroticization of condom use). As in this paper a special emphasis has been placed on not merely adopting a purely preventive perspective, we understand that intervening on these variables should not only be done from the point of view of prevention, as done to date, but from the point of view of promoting sexual satisfaction, quality of sexual life and sexual health. These results encourage us to broaden the range of self-efficacy beliefs by not only focusing on the ability or skill to use contraceptive methods, refusing to engage in unwanted relationships or communicating with the partner in relation to preventive behaviours, but also including ways to increase the behavioural repertoire to promote sexual health and quality. And, as justified before, this should be done not only to enhance with-a-partner dimensions of sexual satisfaction, but also at the individual level, including the ability to eroticize the use of condoms, to propose variations and alternatives in sexual relationships, to take the initiative, to include less conventional or novel behaviours (e.g., sexual fantasies), to investigate and learn how to achieve a more satisfying sexual life (instead of limiting themselves to obtain information when a problem arises in order to solve it), to free themselves from fears and insecurities related to sexuality, etc.

Furthermore, the perceived importance of an active and healthy sexuality is also essential for an elevated sexual satisfaction. This indicates that the factors on which this judgment is based, including knowledge, beliefs, attitudes and values in relation to sexuality, could also be the focus of applied interventions. Although the association between these variables, sexual behaviour and sexual satisfaction requires further investigation, particularly when adopting a positive and health sexuality promoting perspective (e.g., Ogallar-Blanco et al., in press), it is expected that the strengthening of the cognitive and motivational variables related to sexual behaviour results in an increase in sexual satisfaction.

Despite the contributions of this study, some limitations should be adequately addressed in the future. One of the limitations to note is the sample size. The content and extent of the questionnaire made it considerably difficult to recruit even more participants to

collaborate. In addition, this study has focused on exploring some aspects of sexuality in women in their youth and early adulthood, and the findings should be interpreted restrictively to this group, which probably does not share with other groups in society (e.g., women of other ages, single mothers, women with disabilities) many life conditions. For these reasons, the results found herein should be replicated with broader and more heterogeneous samples.

Moreover, indirect effects analyses are considerably less potent than other types of analysis (MacKinnon et al., 2004), which means that only very strong mediation effects could be detected in the present study due to the sample size. In addition, other indirect effects should be tested in the future, including effects of simple moderation, mediated moderation, moderate mediation, or serial or parallel multiple mediation with more mediating variables (Hayes, 2012), as well as other possible relationships between variables (e.g., type models proposed in PROCESS). Similarly, the role of these intervening variables in each of the satisfaction dimensions (i.e., individual and with the partner, actual and desired satisfaction) should be explored.

Despite these limitations, the present study has opened new lines of research regarding a positive view of sexuality and, more specifically, female sexuality, which has been largely ignored, misinterpreted, forgotten or rejected (e.g., Bass, 2016; Gavey, 2012; Bowman, 2014; Lamb, 2010; Tolman, 2012; Amaro et al., 2001; Schmidt-Kirkpatrick, 1980). The study of female sexuality offers relevant information for both the progress of research in the area and the development of interventions adjusted to the circumstances, opinions, experiences, interests and needs of this collective, and oriented not only towards prevention but also to the promotion of sexual health, including all dimensions of sexual satisfaction (Ogallar-Blanco et al., in press).

In conclusion, both sexual self-efficacy and the perceived importance of having an active and satisfactory sexuality contribute significantly to the sexual satisfaction of young women when considering their sexual behaviours. This study has clarified the direct and indirect mechanisms through which sexual behaviour seems to influence sexual satisfaction and thus makes a contribution to cumulative knowledge about the psychosocial correlates of sexual satisfaction in women in their youth and early adulthood.

Acknowledgments

This research was supported by the financial assistance provided to the “Psicología de la Salud/Medicina Conductual” Research Group (CTS-0267) by the Consejería de Economía y Conocimiento, Junta de Andalucía (Spain). We are grateful to all those who made this study possible.

References

- Amaro, H., Raj, A., & Reed, E. (2001). Women's sexual health: The need for feminist analyses in public health in the decade of behavior. *Psychology of Women Quarterly*, 25(4), 324–334. doi:10.1111/1471-6402.00032
- Apt, C., Hurlbert, D. F., Pierce, A. P., & White, C. L. (1996). Relationship satisfaction, sexual characteristics and the psychosocial well-being of women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 5(3), 195–210. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/220808029?accountid=14542>
- Baker, C. K., Naai, R., Mitchell, J., & Trecker, C. (2014). Utilizing a train-the-trainer model for sexual violence prevention: Findings from a pilot study with high school students of Asian and Pacific islander descent in Hawai'i. *Asian American Journal of Psychology*, 5(2), 106–115. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1539480404?accountid=14542>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147. doi:10.1037/0003-066X.37.2.122
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy, the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Bass, T. M. (2016). Exploring female sexuality: Embracing the whole narrative. *North Carolina Medical Journal*, 77(6), 430–432. doi:10.18043/ncm.77.6.430
- Bickham, P. J., O'Keefe, S. L., Baker, E., Berhie, G., Kommor, M. J., & Harper-Dorton, K. V. (2007). Correlates of Early Overt and Covert Sexual Behaviors in Heterosexual Women. *Archives of Sexual Behavior*, 36(5), 724–740. doi:10.1007/s10508-007-9220-1

- Birnie-Porter, C. & Hunt, M. (2015). Does relationship status matter for sexual satisfaction? The roles of intimacy and attachment avoidance in sexual satisfaction across five types of ongoing sexual relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 24*(2), 174–183. doi:10.3138/cjhs.242-A5
- Bowman, C. P. (2014). Women's masturbation: Experiences of sexual empowerment in a primarily sex-positive sample. *Psychology of Women Quarterly, 38*(3), 363–378. doi:10.1177/0361684313514855
- Carrobles, J. A. & Sanz, A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Carrobles, J. A., Gámez-Guadix, M., & Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología, 27*(1), 27–34. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1437144402?accountid=14542>
- Cecil, H. & Pinkerton, S. D. (1998). Reliability and validity of a self-efficacy instrument for protective sexual behaviors. *Journal of American College Health, 47*(3), 113–121. doi:10.1080/07448489809595631
- Cheung, M. W. (2009). Comparison of methods for constructing confidence intervals of standardized indirect effects. *Behavior Research Methods, 41*(2), 425–438. doi:10.3758/BRM.41.2.425
- Escribano, S., Espada, J. P., Morales, A., & Orgilés, M. (2015). Mediation analysis of an effective sexual health promotion intervention for Spanish adolescents. *AIDS and Behavior, 19*(10), 1850–1859. doi:10.1007/s10461-015-1163-2
- Fallis, E. E., Rehman, U. S., Woody, E. Z., & Purdon, C. (2016). The longitudinal association of relationship satisfaction and sexual satisfaction in long-term relationships. *Journal of Family Psychology, 30*(7), 822–831. doi:10.1037/fam0000205
- Gavey, N. (2012). Beyond "empowerment"? Sexuality in a sexist world. *Sex Roles, 66* (11-12), 718–724. doi:10.1007/s11199-011-0069-3

- Goodman, M. L., Harrell, M. B., Gitari, S., Keiser, P. H., & Raimor-Goodman, L. (2016). Self-efficacy mediates the association between partner trust and condom usage among females but not males in a Kenyan cohort of orphan and vulnerable youth. *African Journal of Reproductive Health*, 20(2), 94–103. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1840866610?accountid=14542>
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 399–419. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/205926256?accountid=14542>
- Hay, P. E., Kerry, S. R., Normansell, R., Horner, P. J., Reid, F., Kerry, S. M., & Oakeshott, P. (2016). Which sexually active young female students are most at risk of pelvic inflammatory disease? A prospective study. *Sexually Transmitted Infections*, 92(1), 63–66. doi:10.1136/sextrans-2015-052063
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408–420. doi:10.1080/03637750903310360
- Hayes, A. F. (2012). *PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling*. Retrieved from <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.
- Impett, E. A., Schooler, D., & Tolman, D. L. (2006). To be seen and not heard: Femininity ideology and adolescent girl's sexual health. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 131–144. doi:10.1007/s10508-005-9016-0
- Jones, D., Thomas-Purcell, K. B., Lewis-Harris, J., & Richards, C. (2016). Correlation between self-efficacy in sexual negotiation and engagement in risky sexual behaviors: Pilot study of adolescents attending a secondary school in Grenada, West Indies. *International Public Health Journal*, 8(3), 397–405. Retrieved from

<http://search.proquest.com/docview/1841979036/fulltextPDF/9C2DF94F15CC4057PQ/12?accountid=14542>

- Khadr, S. N., Jones, K. G., Mann, S., Hale, D. R., Johnson, A. M., Viner, R. M., & Wellings, K. (2016). Investigating the relationship between substance use and sexual behaviour in young people in Britain: Findings from a national probability survey. *BMJ Open*, 6(6), e011961. doi:10.1136/bmjopen-2016-011961.
- Khajehei, M., Doherty, M., & Tilley, P. J. M. (2015). An update on sexual function and dysfunction in women. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 423–433. doi:10.1007/s00737-015-0535-y
- Khoury, C. B. & Findlay, B. M. (2014). What makes for good sex? The associations among attachment style, inhibited communication and sexual satisfaction. *Journal of Relationships Research*, 5(e7), 1–11. doi:10.1017/jrr.2014.7
- Koon-Magnin, S. & Ruback, B. (2012). Young adults' perceptions of non-forcible sexual activity: The effects of participant gender, respondent gender, and sexual act. *Sex Roles*, 67(11-12), 646–658. doi:10.1007/s11199-012-0201-z
- Lafrance, M. N., Stelzl, M., & Bullock, K. (2016). "I'm not gonna fake it": University women's accounts of resisting the normative practice of faking orgasm. *Psychology of Women Quarterly*, 1–13. doi:10.1177/0361684316683520
- Lai, Y. & Hynie, M. (2011). A tale of two standards: An examination of young adults' endorsement of gendered and ageist sexual double standards. *Sex Roles*, 64(5), 360–371. doi:10.1007/s11199-010-9896-x
- Lamb, S. (2010). Feminist ideals for a healthy female adolescent sexuality: A critique. *Sex Roles*, 62(5-6), 294–306. doi:10.1007/s11199-009-9698-1
- Levay, S. & Valente, S. M. (2006). *Human Sexuality*. Sunderland, Ma: Sinauer Associates.
- Lévesque, S., Rodrigue, C., Beaulieu-Prévost, D., Blais, M., Boislard, M., & Lévy, J. J. (2016). Intimate partner violence, sexual assault, and reproductive health among

- university women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(1), 9–20. doi:10.3138/cjhs.251-A5
- Lopiccolo, J. & Stock, W. E. (1986). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 158–167. Retrieved from: <http://search.proquest.com/docview/614302849/fulltextPDF/741BE3D5F239406EPQ/4?accountid=14542>
- MacKinnon, D. P. & Pirlott, A. G. (2015). Statistical approaches for enhancing causal interpretation of the M to Y relation in mediation analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 19(1), 30–43. doi:10.1177/1088868314542878
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 593-614. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085542
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99–128. doi:10.1207/s15327906mbr3901_4
- Mahat, M., Scoloveno, M. A., & Ayres, C. (2014). Comparison of adolescents' HIV/AIDS knowledge and self-efficacy across two cultures. *Journal of Cultural Diversity*, 21(4), 152–158. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1634452092?accountid=14542>
- Marquardt, D. W. (1980). You should standardize the predictor variables in your regression models. *Journal of the American Statistical Association*, 75(369), 87–91. doi:10.1080/01621459.1980.10477430
- Martino, S. C., Collins, R. B., Kanouse, D. E., Elliott, M., & Berry, S. H. (2005). Social cognitive processes mediating the relationship between exposure to television's sexual content and adolescents' sexual behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(6), 914–924. doi:10.1037/0022-3514.89.6.914
- McCool, M. E., Apfelbacher, C., Brandstetter, S., Mottl, M., & Loss, J. (2016). Diagnosing and treating female sexual dysfunction: A survey of the perspectives of obstetricians and gynaecologists. *Sexual Health (Online)*, 13(3), 234–240. doi:10.1071/SH15187

- McNulty, J. K., Wenner, C. A. & Fisher, T. D. (2016). Longitudinal associations among relationship satisfaction, sexual satisfaction, and frequency of sex in early marriage. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 85–97. doi:10.1007/s10508-014-0444-6
- Morrison, D. M., Masters, N. T., Wells, E. A., Casey, E., Beadnell, B., & Hoppe, M. J. (2015). "He enjoys giving her pleasure": Diversity and complexity in young men's sexual scripts. *Archives of Sexual Behavior*, 44(3), 655–668. doi:10.1007/s10508-014-0354-7
- Offman, A. & Matheson, K. (2005). Sexual compatibility and sexual functioning in intimate relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14(1/2), 31–39. Retrieved from <http://connection.ebscohost.com/c/articles/18713289/sexual-compatibility-sexual-functioning-intimate-relationships>
- Ogallar-Blanco, A. I., Godoy-Izquierdo, D., Vázquez, M. L., & Godoy, J. F. (in press). Sexual satisfaction among young women: The frequency of sexual activities as a mediator. *Anales de Psicología*.
- Olmstead, S. B., Negash, S., Pasley, K., & Fincham, F. D. (2013). Emerging adults' expectations for pornography use in the context of future committed romantic relationships: A qualitative study. *Archives of Sexual Behavior*, 42(4), 625–635. doi:10.1007/s10508-012-9986-7
- Petersen, J. L. & Hyde, J. S. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993–2007. *Psychological Bulletin*, 136(1), 21–38. doi:10.1037/a0017504
- Pratte, K., Whiteshell, N., McFarlane, M., & Bull, S. (2010). Factor analyses of condom attitudes, norms and self-efficacy. Measures in different samples. *Journal of Nursing Measurement*, 18(3), 153–175. doi:10.1891/1061-3749.18.3.153
- Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 36(4), 717–731. doi:10.3758/BF03206553

- Preacher, K. J. & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods, 40*(3), 879–891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Sachs-Ericsson, N., Medley, A. N., Kendall-Tackett, K., & Taylor, J. (2011). Childhood abuse and current health problems among older adults: The mediating role of self-efficacy. *Psychology of Violence, 1*(2), 106–120. doi:10.1037/a0023139
- Schmidt-Kirkpatrick, C. (1980). Sex roles and sexual satisfaction in women. *Psychology of Women Quarterly, 4*(4), 444–459. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Seehuus, M., Clifton, J., & Rellini, A. H. (2015). The role of family environment and multiple forms of childhood abuse in the shaping of sexual function and satisfaction in women. *Archives of Sexual Behavior, 44*(6), 1595–1608. doi:10.1007/s10508-014-0364-5
- Sheer, V. C. (2014). A meta-synthesis of health-related self-efficacy instrumentation: Problems and suggestions. *Journal of Nursing Measurement, 22*(1), 77–93. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1515912480?accountid=14542>
- Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M. P., ..., & Rothman, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health Psychology, 35*(11), 1178–1188. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1794829633?accountid=14542>
- Stephenson, K. R. & Sullivan, K. T. (2009). Social norms and general sexual satisfaction: The cost of misperceived descriptive norms. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 18*(3), 89–105. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=79a9eecf-7370-42ad-bf8b-8f45b4689846%40sessionmgr120&hid=113>
- Tirone, V., Shorey, R. C., Nathanson, A. M., & Rhatigan, D. L. (2014). The effect of self-efficacy on the association between social support and relationship alternatives among

- female intimate partner violence victims. *Partner Abuse*, 5(3), 279–296. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1538341326?accountid=14542>
- Tolman, D. (2012). Female adolescents, sexual empowerment and desire: A missing discourse of gender inequity. *Sex Roles*, 66(11), 746–757. doi:10.1007/s11199-012-0122-x
- Volkman, T., Wagner, K. D., Strathdee, S. A., Semple, S. J., Ompad, D. C., Chavarin, C. V., & Patterson, T. L. (2014). Correlates of self-efficacy for condom use among male clients of female sex workers in Tijuana, Mexico. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 719–27. doi:10.1007/s10508-013-0149-2
- Wagner, A. C., McShane, K. E., Hart, T. A., & Margoless, S. (2016). A focus group qualitative study of HIV stigma in the Canadian healthcare system. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(1), 61–71. doi:10.3138/cjhs.251-A6
- Widman, L., Noar, S. M., Choukas-Bradley, S., & Francis, D. B. (2014). Adolescent sexual health communication and condom use: A meta-analysis. *Health Psychology*, 33(10), 1113–1124. doi:10.1037/hea0000112
- Zhao, X. Lynch Jr., J. G., & Chen, Q.(2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37(2), 197–206. doi:10.1086/651257

CAPÍTULO 9:

ESTUDIO 3:

**Multidimensional psychosocial profiles clustering predictors
of sexual behaviour and sexual satisfaction among young women:
A person-oriented approach**

Enviado a:

Journal of Sex Research

[Índice de impacto de la revista en junio de 2015: 2.862

Fuente: Journal Citation Reports JCR

Ranking 2/93 en categoría Social Sciences, Interdisciplinary.

Ranking 24/121 en categoría Psychology, Clinical]

Abstract

Sexual satisfaction, a possible consequence of sexual behaviours, can be used as an indicator of pleasurable sexual experiences and sexual health status. The complex relations between knowledge, beliefs, attitudes and perceived self-efficacy, and their role on sexual behaviour have been widely proved but there is a lack of research exploring their role on sexual satisfaction. This study aims to establish whether there are multidimensional configurations of these psychosocial predictors of sexual behaviour and whether they are differently related to sexual behaviours and sexual satisfaction. Using a person-centred approach, a cluster analysis identified three profiles in a sample of women in their youth and emerging adulthood: a *low-risk cluster*, which showed comparatively more appropriate knowledge, healthy and flexible attitudes and beliefs and higher self-efficacy, a *high-risk cluster*, which included women with lower levels of all cognitive-motivational variables, and a *moderate-risk cluster*, which showed lower knowledge, more biased attitudes and beliefs but stronger, possibly deceptive, perceived self-efficacy. The clusters were also compared in other variables, with religiosity grade standing out: the moderate-risk cluster demonstrated higher religious beliefs. These three intra-individual profiles, clearly differentiated from each other in terms of the schemata formed by cognitive and motivational competences regarding sexuality, relate in turn differently with sexual behaviours and satisfaction among young and early-adult women, favouring the cluster with better psychosocial competences. In addition, we have confirmed, based on these general patterns, that self-efficacy beliefs constitute a core factor for sexual behaviour and satisfaction. Examining particular configurations of psychosocial predictors of sexual behaviour and their association with sexual behaviour and satisfaction may be helpful for establishing the focus of sexual health promoting interventions and identifying individuals at an increased risk for unhealthy and unsatisfactory sexuality.

Keywords: Sexual behaviour; sexual satisfaction; self-efficacy; sexual knowledge; sexual attitudes and beliefs; cluster analysis; religiosity.

Introduction

The last definition of sexual health proposed by the World Health Organisation (WHO) in 2002 states that it is "...a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences..." (WHO, 2002, p. 5). This approach involves that, in order to reach the maximum possible level of sexual health, interventions should be oriented not only to the prevention and rehabilitation of sexual problems or dysfunctions but also to achieving the highest possible level of quality in sexual experiences.

However, despite the fact that sexual health and well-being is receiving growing attention, as evidenced by the noticeable increase in the number of studies on these topics, especially in women (Amaro, Raj, & Reed, 2001), much of the current research regarding sexuality is still focused on the rehabilitation of alterations in sexual functioning (e.g., Basgol & Oskay, 2016; Lúcio, D'Ancona, Lopes, Perissinotto, & Damasceno, 2014) or on risk prevention (e.g., Gravningen, Braaten, & Schirmer, 2016; Houck et al., 2014). Even though this approach is essential for the achievement of sexual health by reducing the impact of problems, dysfunctions and alterations on sexual function, we believe that, according to the aims established by the definition of the WHO, efforts oriented to the study and development of the best possible sexual quality should also be taken into account, so that the investigation of the variables that can foster positive aspects of sexuality, such as sexual quality, sexual well-being or sexual pleasure or satisfaction, especially in people without dysfunctions or problems and particularly among women, should receive equal attention.

Sexual satisfaction

Following the above-mentioned definition of sexual health, sexual satisfaction is one of the possible variables that could be used as an indicator of pleasurable sexual experiences and, as such, of the level of sexual health.

As Rosen and Bachmann (2008) stated, contrary to terms such as sexual functioning or sexual dysfunction, which have clear and widely accepted definitions, finding a consensual definition of sexual satisfaction is complicated. Whilst the first definitions of the term were too simple or even tautological, or referred only to the absence of sexual dissatisfaction or dysfunction, some of the last attempts have included important dimensions, such as the degree of happiness a person has in relation to the sexual aspects of his or her relationships. In this line, Carrobes and Sanz (1991) evaluated sexual satisfaction in terms of the degree of well-being and fullness experienced by a person regarding their sexual activity. Haavio-Manila and Kontula (1997) differentiated between physical sexual satisfaction, related to satisfaction obtained from sexual practices such as sexual intercourse, and emotional sexual satisfaction, related to the happiness produced by sexual relationships. More recently, Offman and Matheson (2005) (combining the works published by Hurlbert and Apt in 1994 and Lawrance and Byers in 1995) defined sexual satisfaction as "the affective response that arises from an individual's evaluations of his or her sexual relationship including perceptions that one's sexual needs are being met and fulfilling one's own and the partner's sexual expectations" (p.32). Gil (2007, as cited in Penhollow, 2008) considered sexual satisfaction as a multidimensional experience that involves thoughts, feelings, personal and socio-cultural attitudes and beliefs, in combination with biological factors. In short, sexual satisfaction results from the subjective assessment of the degree to which personal needs and expectations are met in relation to individual and partnered sexuality, resulting in an affective or emotional response of pleasure, well-being or happiness, at both physical and psychological levels.

Even though many definitions agree on the importance of the affective and emotional aspects experienced in relation to sexuality, a considerable number of the studies focused on sexual satisfaction commonly employ as indicators of it physiological measures such as orgasmic frequency/consistency, frequency of intercourse or levels of sexual desire and arousal (i.e., measures of sexual functioning) instead of measures of the emotional well-being or subjective pleasure experienced by the person, i.e., the affective and emotional components of sexual satisfaction (e.g., Bohns, Scholer, & Rehman, 2015; Penteadó, Fonseca, Bagnoli, Assis, & Pinotti, 2003).

In spite of the controversy regarding its definition and evaluation, that sexual satisfaction is an essential component for subjective well-being seems beyond discussion. For many people, sexual satisfaction is an essential component for general well-being (Stephenson & Sullivan, 2009) and has been amply related with a variety of benefits, both at an individual level and beyond (e.g., with the partner), such as mental and physical health (Ménard & Offman, 2009; Penhollow, 2008; Schwartz & Young, 2009; Stephenson & Sullivan, 2009), quality of life (Penhollow, 2008; Sprecher, 2002) or subjective well-being/happiness (Carrobles, Gámez-Guadix, & Almendros, 2011; Stephenson, Ahrold, & Meston, 2011; Stephenson & Sullivan, 2009). Due to all the positive consequences that sexual satisfaction has on many other aspects of sexual health and general well-being, it can be considered as a good indicator of health status and subjective well-being which may reveal not only the absence of a problem concerning sexual and reproductive health, but also whether or not a person can actually enjoy pleasurable and healthy sexual experiences and to what extent.

Sexual behaviours and their psychosocial predictors

Sexual satisfaction is a possible consequence of sexual behaviours, so that predictors of sexual behaviours become an important research topic. The influence of knowledge, beliefs, attitudes and personal values on behaviours, and the role of behaviours as an antecedent of the former, has been widely investigated. For example, some meta-analyses have probed the causal relation between attitudes and behaviour (Albarracín et al., 2005; Glasman & Albarracín, 2006; Sheeran, Abraham, & Orbell, 1999; Sheeran et al., 2016), beliefs, knowledge and behaviour (Albarracín et al., 2005; Sheeran, Abraham, & Orbell, 1999), the importance of both one-sided and relevant information and stronger beliefs about behaviour's consequences in the development of stronger and more accurate attitudes towards a certain behaviour (Glasman & Albarracín, 2006) or the importance of knowledge in behavioural change in general (Fonner, Armstrong, Kennedy, O'Reilly, & Sweat, 2014) and in HIV prevention in particular (Noguchi, Albarracín, Durantini, & Glasman, 2007). Moreover, social learning theory, or self-efficacy theory (Bandura, 1977, 1997), is one of the most successful theories that explain and predict behaviour.

Self-efficacy, socio-cognitive variables and sexual behaviour

According to Bandura, perceived self-efficacy refers to the set of "beliefs in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments" (1997, p. 3). These beliefs on one's own agency have an influence not only on how people decide to behave, but also on the efforts and motivation to be invested, the thought patterns and the emotional reactions. Although knowledge is necessary to generate attitudes and to develop self-efficacy beliefs (Bandura, 1990), enactive mastery experience, or the real evidence that people acquire through direct experience about their own skills for both performing properly a certain behaviour and obtaining the desired outcomes as a result, is the most powerful source of perceived self-efficacy. Vicarious experience, or the evidence of other's success, is the second most powerful source. Verbal persuasion and physiological and affective states are also sources of perceived efficacy, although they are less powerful sources.

Self-efficacy has become a central construct in health research because of its capacity to unite cognitive, motivational, emotional and behavioural processes. In relation to sexual health, self-efficacy has been shown to influence the execution of sexual behaviours, and its relation with socio-cognitive variables such as knowledge, beliefs and attitudes has been widely confirmed. Lindberg (2000) demonstrated how specific knowledge on condom use has positive effects on both perceived self-efficacy for condom use and condom use behaviour, and concluded that knowledge influences the use of condoms indirectly through self-efficacy, agreeing with Bandura's theory, which states that knowledge can increase self-efficacy and that self-efficacy enhances the performance of behaviour. Mahat, Scoloveno and Ayres (2014) mentioned the strong correlation that existed between knowledge about HIV/AIDS and self-efficacy beliefs for limiting risk behaviours, and concluded noticing the importance of providing accurate information about sexual transmitted diseases and HIV prevention when developing interventions to promote healthy behaviours in adolescents. Farmer and Meston (2006) concluded that sexually active persons with stronger self-efficacy beliefs about condom use also had more positive attitudes toward its use. Montanaro and Bryan (2014) showed that attitudes regarding condom use and condom use self-efficacy were both associated to condom use. Hopkins (2010) demonstrated that a lack of sexual knowledge decreases sexual self-efficacy which

in turn deteriorates sexual satisfaction: when an individual trusts in the knowledge they have acquired, they feel confident for applying it in their sexual experiences, and this makes such sexual experiences more satisfactory.

Thus, the multiple and complex relations that exist between knowledge, beliefs, attitudes and perceived self-efficacy, and their role on sexual behaviour have been widely proved. However, to the best of our knowledge, research involving those four variables regarding not only preventive but also health promoting sexual behaviours, or analyzing their relationship with sexual satisfaction, is lacking.

Based on this limited existing empirical evidence, this study aims to establish whether there are configurations of these psychosocial predictors of sexual behaviour (i.e., knowledge, attitudes and beliefs on sexuality and sexual self-efficacy beliefs) that are differently related to sexual behaviours and sexual satisfaction. We aimed to identify groups, or profiles, of young women who share a similar pattern of cognitive-motivational schemata. In the event that such configurations existed, we also wanted to know the characteristics of each of these profiles in terms of sociodemographic, sexuality-related and psychosocial factors. No research, as far as we know, has conducted a profile analysis based on the variables of the present study, so our hypotheses cannot be grounded on previous evidence. However, some studies have used this analytical procedure to predict other behavioural outcomes, such as use of oral contraception (e.g., Dempsey, Johnson, & Westhoff, 2011) or changes in sexual risk behaviours such as unprotected intercourse (e.g., Kalichman, Cain, Knetch, & Hill, 2005). Other studies have used sexual behaviours to cluster individuals and established attitudes toward condom use and self-efficacy to both agree to use it and to refuse unsafe sex based on such clusters (Gomes & Nunes, 2015). Based on this evidence, we expected to find different configurations, with at least one group with a schema indicating an appropriate cognitive-motivational background for behaviour, a group with a poor or dysfunctional background and an intermediate group that is differentiated from the other two profiles. We also expected to find that profiles will be differently related with sexual behaviour and sexual satisfaction, with the former exhibiting higher levels on both outcomes, the second one showing the lowest levels on both outcomes and the latter showing intermediate levels on both outcomes.

Method

Participants.

An initial nation-wide sample ($N = 467$) of potential participants was obtained by non-probabilistic sampling using targeted samples, including women who voluntarily accessed to and completed the online survey as described in Procedure. Of them, 136 subjects did not answer all the questions concerning the variables of this study, so they were removed from the database. In addition, 7 cases were also removed following methodological criteria (3 test cases, 4 repeated cases). Another 59 cases were eliminated because they did not meet the inclusion criteria of this study: 29 men, 10 women over 40 years, 19 foreigners who had lived in Spain for less than 10 years and one case of a Spanish woman who had been brought up outside Spain.

Thus, 265 Caucasian women aged 18-40 years ($M = 23.27$, $SD = 3.69$) from all over the nation participated in this study. Of these, 259 were Spanish and 6 came from different European and Latin American countries, although they had resided in Spain for 10 years or more. Ninety-seven percent of the participants had had a sexual partner in the past, 34% had no partner at the time of the study, while the remaining 66% had (average time of relationship = 45.4 months, $SD = 38.52$), although only 17% lived with him/her. Of the remaining not living with their partner, 50.6% lived with their family, 27.5% with friends, 0.8% in student residences and 4.2% alone. Eighty-three percent considered themselves as heterosexual, 9.8% bisexual, 3.4% homosexual and 3.8% reported that they had not yet defined their sexual orientation. Other characteristics of the participants refer to their education level, religious beliefs and sexual experiences (Table 1).

Table 1
Socio-demographic data and participants' sexual experiences (N = 265).

Education Level	N	%
High School	4	1.5
Professional Training	5	1.9
University	219	82.6
University Postgraduate (Master/PhD)	37	14
Religion	N	%
Catholic	121	45.7
Buddhist	2	0.8
Muslim	1	0.4
Protestant	1	0.4
Agnostic	43	16.2
Atheist	97	36.6
Religiosity grade	N	%
Non-believer (not religious at all)	129	48.7
Something believer (rather not religious)	96	36.2
Quite believer (rather religious)	30	11.3
Very believer (very religious)	10	3.8
Political ideology	N	%
None	40	15.1
Conservative	5	1.9
Centre	48	18.1
Progressive	124	46.8
No identified by the participant	48	18.1
Time of relationship with the current partner	N	%
Less than 1 year	28	10.8
Between 1 and 5 years	96	36.8
Between 5 and 10 years	45	17.2
More than 10 years	6	2.4
No partner at the time of the study	90	34
First sexual behaviour	N	%
Kisses	4	1.6
Coitus	74	27.9
Heteromasturbation	7	2.8
Masturbation	148	55.9
Oral sex	20	7.7
Not specified	11	4.3
Desire Level	N	%
Null	1	.5
Very low	3	1.4
Moderate	55	25.8
High	101	47.4
Very high	53	24.9
Arousal Level	N	%
Not aroused at all	1	.5
Something aroused	6	2.8
Moderately aroused	27	12.7
Quite aroused	130	61
Very aroused	49	23
Number of sexual partners	M	SD
	.76	1.23
Importance conceded to sexuality	M	SD
	2.41	.58

Measures.

Based on a semi-structured interview specifically designed by the authors to carry out a preliminary study and the findings obtained (Ogallar-Blanco, Godoy-Izquierdo, Vázquez, & Godoy, in press), several self-reports were prepared with 58 questions grouped in 9 sections, of which the following were used for the present study:

(A) Sexual Knowledge (1 question). It includes 20 true/false items to assess knowledge on general sexuality-related notions (e.g., types and aims of different sexual behaviours, definition of terms such as "sexuality", different sexual orientations) and certain aspects of pregnancy and sexually transmitted diseases (STD) prevention. The average of all the responses was calculated. Higher values reveal higher knowledge.

(B) Sexual Beliefs (3 questions). This section assesses beliefs regarding women's sexual roles (5 items), contraceptive methods (10 items) and sexual behaviours (10 items), rated in a 4-point Likert-type scale (0 = strongly disagree to 3 = strongly agree). The average score was obtained. The higher the value, the less biased, more accurate the beliefs.

(C) Sexual Attitudes (5 questions). This section assesses attitudes toward feminine and masculine sexuality (15 items), contraceptive methods (20 items), masturbation (10 items), intercourse, oral and anal sex (21 items) and sexual orientation (15 items). All items use a 4-point Likert-type response scale (0 = strongly disagree to 3 = strongly agree). The average was calculated with all the answers. The higher the global score, the more positive attitudes toward sexuality.

(D) Sexual Self-efficacy (3 questions). A differentiation was made between personal efficacy beliefs: a) to refuse engaging in unwanted sexual relationships in ten different situations, b) to talk with the partner in relation to ten issues related to sexuality, and c) to perform 30 different sexual behaviours, all answered on a Likert-type response scale from 0 = very incapable to 4 = very capable. Some of the items in the section on sexual behaviours were drawn from the questionnaires of Kasen, Vaughan and Walter (1992, cited in Cecil & Pinkerton, 1998) and Pratte, Whiteshell, McFarlane and Bull (2010). The average for the scores on each sub-dimension was calculated, and then the average of them was calculated. The higher the value, the higher the self-efficacy for sexuality.

(E) Sexual Behaviours (5 questions). A self-report about the usual frequency of performing a wide range (i.e., 25) of sexual behaviours, both individual (e.g., masturbation, fantasy use) and with the partner (e.g., kissing, practicing intercourse), was included. Responses were given on a Likert-type scale (0 = I have never done it, 3 = I do it very frequently). Other questions included behaviours in relation to sexuality and communication with the partner that are not strictly sexual but have great importance for intimate relationships, including communication (from 0 = no, never; to 4 = always), taking the initiative within the relationship (0 = always my partner; to 4 = always me) and the use of fantasies (0 = no, never; to 3 = many times). Finally, the use of methods of contraception was evaluated (from 0 = no, never; to 5 = always - when it is recommended for the prevention of diseases and unwanted pregnancies). Given the asymmetry in the response scale, the addition of the scores for all the items and subdomains was computed to obtain the *Behaviour Summation* variable. The higher the value, the higher the frequency of sexual behaviours.

(F) Sexual Satisfaction (4 questions). This section includes four face-valid items with responses on a Likert-type scale (0 = not satisfactory/not interested, 3 = very satisfactory) to assess both the actual sexual satisfaction (individual and with the partner), and the desired sexual satisfaction (individual and with the partner). The average of the four mentioned items of satisfaction was calculated to obtain the variable *Global Sexual Satisfaction*. The higher the values, the higher the levels of sexual satisfaction.

Besides, other data from the participants were collected regarding their socio-demographic conditions (age, sexual orientation, ethnic group, nationality, time residing in Spain, cohabitation -partner, family, peers, etc.-, education level, spiritual beliefs, religiosity grade, political ideology, whether they currently had a sexual partner or not, and for how much time, and in case they lived with the partner, for how much time) and sexual experiences (number of stable and sporadic sexual partners, importance conceded to sexuality, first sexual behaviour performed, desire and arousal level).

Procedure.

An on-line version of the assessment protocol was developed on the Limesurvey® platform. This survey was publicized through online media (e.g., social networks of professionals of Psychology and Sexology, specialized web pages, institutional e-mailing, social forums) and traditional media (e.g., direct requests to students from different Spanish universities and students attending training courses of several specialties of Psychology).

On the first page of the online survey the participants were informed about the study, their rights as participants, the confidentiality of their responses and its use exclusively for scientific purposes. They were also informed about the content of the survey, as well as the type of questions included and how to answer them. Once they had given their consent after reading this information, participants acceded to the measures. Participants received no compensation or feedback on their results.

This research was approved by the ethics committee of the authors' institution.

Study design and data analyses.

This is a descriptive, correlational study with a cross-sectional design and it is based on self-reported data.

Preliminary and exploratory data analyses were conducted to detect (and correct) possible errors in data entry, missing data or outliers. After checking assumptions of normality and homoscedasticity, we conducted descriptive analyses of central tendency and dispersion of data, Pearson's correlation analyses and parametric ANOVAs and Student's *t* comparisons for independent samples. In addition, to obtain different profiles based on the participants' knowledge, beliefs and attitudes regarding sexuality and on sexual self-efficacy beliefs, a multivariate non-hierarchical k-means cluster analysis was performed, with the Euclidean distance as a measure of similarity (Jain, Murty, & Flynn, 1999). We used this analysis to maximize within-group homogeneity and the separation among configurations or clusters (low between-group homogeneity). Previously, raw

scores were transformed to standard scores (Z). We followed criteria published by Clatworthy et al. (2005) for the use and reporting of cluster analyses in Health Psychology. To determine the appropriate number of clusters, we calculated the pseudo F index (PSF) (Calinski & Harabasz, 1974), which is considered the most efficient statistic for determining the goodness of fit of the cluster solution (Milligan & Cooper, 1985). The number of clusters with a greater PSF is the optimal solution. Moreover, we used the Goodman-Kruskal's λ index (the closer to 0, the better the variables are operating in configuring the clusters) and the percentage of cases correctly classified (the higher, the better the clustering). Furthermore, we took into account the suggestion by Clatworthy et al. (2007) of considering three groups as this number of clusters is relatively frequent in Health Psychology research in general.

A discriminant analysis was performed using all variables included in the cluster analysis to identify which variables should be included in the following analyses to obtain the best clustering, that is, to corroborate the relevance of the profiles and identify the variables responsible for the clustering. In addition, an initial univariate ANOVA was conducted to explore significant differences among the clusters for all the variables in order to determine the configurating variables to be finally used to create the profiles. Once the configurations (clusters) were established, an ANOVA and pairwise t comparisons were conducted to explore significant differences between profiles.

Then, we performed univariate one-way ANOVAs and multiple pairwise comparisons to explore significant differences among the multidimensional profiles in relation to two outcomes, i.e., sexual behaviour and sexual satisfaction. Both indicators were used not only as criterion variable to cross-validate the cluster solution that was found (i.e., external validation; Clatworthy et al., 2005), but also as outcome variables to explore expected different results derived from different psychosocial configurations.

Cluster analytic techniques are particularly sensitive to outliers and multicollinearity. Univariate and multivariate (Mahalanobis' distance test) tests confirmed the absence of outliers; thus, the cluster analysis was performed with data from all participants. No multicollinearity was detected (for all of the variables, variance inflation factor $VIF < 10$, tolerance index $> .1$; the condition index, the most robust test of multicollinearity, was very low for all); thus, none of the variables was excluded from the cluster analysis.

Data analyses were performed using SPSS 22.0. The significance level was set at $p < .05$.

Results

Table 2 shows the descriptive results for all the variables. The mean value obtained for knowledge, beliefs and attitudes regarding sexuality was moderate and the low standard deviation indicated high homogeneity among the participants. The mean for self-efficacy was considerably high and the standard deviation showed quite homogeneity among participants. For sexual behaviours, the mean score was moderate and the between-subject variability shown by the standard deviation was remarkable. Finally, sexual satisfaction had both a high mean score and a low standard deviation.

Table 2
Participants' (raw) scores on the main study variables.

Variable (scores range)	M ± SD [min-max]
Knowledge (-1 - 1)	.52 ± .17 [-.10 - .90]
Beliefs (0 - 3)	2.02 ± .28 [1.16 - 2.76]
Attitudes (0 - 3)	2.24 ± .22 [1.32 - 2.80]
Sexual self-efficacy (0 - 4)	3.30 ± .43 [1.18 - 4.00]
Behaviour Summation (0 - 91)	43.95 ± 12.76 [14 - 88]
Global Sexual Satisfaction (0 - 3)	2.48 ± .41 [1.25 - 3.00]

Pearson's correlation analyses (Table 3) indicated that knowledge, beliefs, attitudes and self-efficacy correlated with each other. Sexual behaviour correlated with all the psychosocial variables. Sexual satisfaction correlated with all the variables, excepting knowledge (for all, $p < .05$).

Table 3
Pearson's correlations.

	2	3	4	5	6
1. Knowledge	.325**	.384**	.256**	.141*	.105
	.000	.000	.000	.037	.124
2. Beliefs	–	.659**	.269**	.194**	.139*
		.000	.000	.004	.042
3. Attitudes		–	.400**	.353**	.317**
			.000	.000	.000
4. Self-efficacy			–	.267**	.246**
				.000	.000
5. Sexual behaviour				–	.385**
					.000
6. Global Sexual Satisfaction					–

** $p < .01$, * $p < .05$

To explore the existence of particular configurations of psychosocial predictors (i.e., knowledge, beliefs and attitudes regarding sexuality, sexual self-efficacy beliefs) of sexual behaviour, a k-means cluster analysis was conducted with such cognitive-motivational indicators as the variables configuring the profiles. Given the lack of previously published empirical evidence, we tentatively explored solutions with two, three and four clusters. We chose the 3-cluster solution because it had a higher percentage of participants that were correctly grouped in each cluster, it was the most informative with the least number of clusters (i.e., greater parsimony), it did not group a small number of atypical cases in a cluster (i.e., greater replicability) and it had an easier and more meaningful conceptual interpretation. Furthermore, this 3-cluster solution was supported by the value of PSF and λ indexes as well as the percentage of cases correctly classified, all of which reached optimal values for the chosen solution.

Moreover, a discriminant analysis confirmed the goodness of fit of the solution offered by the cluster analysis, and indicated significant between-group differences while demonstrating high discriminative power, with a null proportion of the total variance in the discriminant scores which was not explained by the differences found between profiles

(Wilks' lambda indexes of canonical discriminant functions for the global model were .197 [$\chi^2 = 330.281, p = .000$] and .514 [$\chi^2 = 135.556, p = .000$]; the full discriminant function explained 100% (62.9% and 37.1%) of the variability among groups). Using the 3-cluster solution, 96.2% of the cases were correctly classified. An initial ANOVA confirmed significant differences among the clusters for all the configurating variables; thus, all the variables were retained in subsequent analyses.

Thus, three clusters were identified, each characterized by a different configuration of the psychosocial predictors included in the study (Figure 1). Based on these profiles, which indicated different configurations of cognitive-motivational variables concerning sexuality, we decided to name such configurations as *high cognitive-motivational/high self-efficacy* (cluster I), *low cognitive-motivational/moderate self-efficacy* (cluster II) and *low cognitive-motivational/low self-efficacy* (cluster III). The value of $\pm .5$ standard deviations of Z scores was used as criterion to set as high, moderate or low the value for each subscale; thus, scores $\pm .5 SD$ around the standardized mean were considered as indicating moderate differences from the z-mean, scores higher than $\pm .5 SD$ were considered as indicating high differences, and scores below $\pm .5 SD$ were considered as indicating low differences (Dezutter et al., 2014). Because the clusters were defined using z-scores for the total sample, each cluster's mean z-scores indicate how far that cluster deviates from the total sample mean score and from the means of the other clusters. The distances, in standard-deviation units, among the clusters' means (and between each cluster mean and the total sample mean, which is standardized to zero) may be interpreted as an index of effect size. Analogous to Cohen's *d* (1988), $.2 SD$ represents a small effect size, $.5 SD$ represents a moderate effect size, and $.8 SD$ represents a large effect size.

Cluster I (50% of participants) was comprised of participants whose knowledge, beliefs and attitudes regarding sexuality and their efficacy beliefs were approximately $.5 SD$ or higher above the mean. A symmetry can be observed for all of the configurating variables. These participants have, comparatively, higher cognitive, motivational and attitudinal competences for living a healthy and satisfactory sexuality and they feel more confident for doing so.

Cluster II (24%) was composed of participants who had the poorest knowledge, beliefs and attitudes regarding sexuality (up to $-1 SD$ below the mean), although their efficacy

beliefs stand out at $.25 SD$ above the mean. As such, these women could be considered at a *moderate risk* for an unhealthy or unsatisfactory sexuality, even when their sexual self-efficacy was positive.

Cluster III (26%) included those participants who had poorer knowledge, beliefs and attitudes regarding sexuality (up to $-.5 SD$ below the mean) and comparatively the lowest level, approximately $-1.25 SD$ below the mean, of efficacy beliefs. Given their (standardized) dramatically lowered sexual self-efficacy, as well as their poor cognitive-motivational resources, this configuration can be considered at *high risk* for an unhealthy or unsatisfactory sexuality.

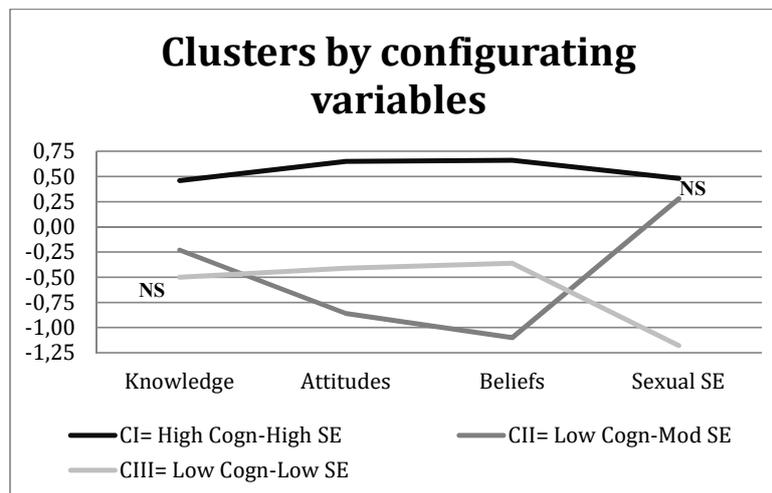


Figure 1. Graphical representation (centroids for Z scores) of the profiles identified in the cluster analysis. All the comparisons, $p < .01$, excepting NS, non-significant differences.

The clusters were then compared by the set of variables involved in the configuration (i.e., knowledge, beliefs, attitudes and self-efficacy beliefs) using univariate ANOVAs and *a posteriori* pairwise comparisons. ANOVAs revealed significant differences among the clusters for all of the variables involved in the configuration (Table 4). Bonferroni's or Games-Howell's pairwise comparisons, according to Levene's F value for testing homoscedasticity, indicated that there were significant differences among the three clusters

for each of the variables ($p < .001$), excepting for knowledge between clusters II and III ($p = .353$) and for self-efficacy between clusters I and II ($p = .171$).

Table 4
Clusters centroids (Z scores) and comparisons for clustering variables (N=208).

Variables	CI	CII	CIII	F(2,205)	p
	High Cogn. High SE. (N = 104)	Low Cogn. Mod. SE. (N = 50)	Low Cogn. Low SE. (N = 54)		
Knowledge	.46	-.23	-.50	24.209	.000**
Attitudes	.65	-.86	-.41	89.862	.000**
Beliefs	.66	-1.10	-.36	116.219	.000**
Sexual Self-efficacy	.48	.28	-1.18	101.937	.000**

** $p < .01$

The clusters were also compared in other socio-demographic and sexuality-related variables in order to gain understanding of their characteristics. There were no differences due to age, $F(2,207) = 1.738$, $p = .179$; education level, $F(2,207) = 2.433$, $p = .090$; political ideology, $F(2,207) = .914$, $p = .403$; number of (stable or sporadic) sexual partners, $F(2,207) = 2.156$, $p = .118$; or importance conceded to sexuality, $F(2,207) = 1.368$, $p = .257$. Contrarily, there were significant differences among the clusters due to religiosity grade, $F(2,207) = 10.639$, $p = .000$. Cluster II showed significantly higher religiosity grade ($M = 1.12$, $SD = .94$) compared to Cluster I ($M = .49$, $SD = .70$) and III ($M = .67$, $SD = .82$) ($p = .000$, $p = .012$, respectively). Clusters I and III did not differ in their spiritual commitment ($p = .561$).

Finally, the clusters were compared by the outcome variables sexual behaviours and the global indicator of sexual satisfaction using ANOVAs and *a posteriori* pairwise comparisons. ANOVAs revealed significant differences among the clusters for both outcomes (Table 5, Figure 2). Bonferroni's or Games-Howell's pairwise comparisons, according to Levene's F value, indicated that there were significant differences among the three clusters for each of the variables ($p < .05$), excepting for sexual behaviours between clusters II and III ($p = .741$) and for sexual satisfaction between clusters I and II ($p = .142$) and II and III ($p = .498$).

Table 5
Clusters centroids (Z scores) and comparisons for outcome variables (N=208).

Outcomes	CI	CII	CIII	F (2,205)	p
	High Cogn. High SE. (N = 104)	Low Cogn. Mod. SE. (N = 50)	Low Cogn. Low SE. (N = 54)		
Behaviour Summation	.27	-.18	-.39	9.822	.000**
Global Sexual Satisfaction	.22	-.10	-.34	6.378	.002**

** $p < .01$

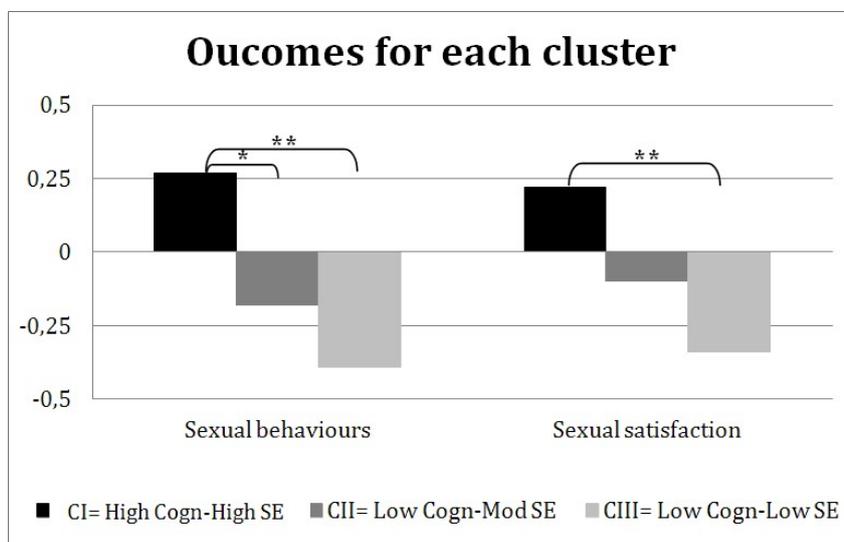


Figure 2. Outcomes (centroids for Z scores) for the profiles identified in the cluster analysis. ** $p < .01$, * $p < .05$.

Discussion

Using a person-oriented, idiographic approach, and dedicating attention to an issue, female sexuality, which has been largely ignored, misinterpreted, neglected or rejected to date (e.g., Bass, 2016; Gavey, 2012; Lamb, 2010; Tolman, 2012), the present study demonstrated that there are different configurations of cognitive-motivational predictors of sexual behaviour among women in their youth and early adulthood that in turn relate differently with their sexual behaviours and sexual satisfaction.

Descriptive results showed that participants' level of knowledge was, in general, adequate but somewhat deviated from the desired and expected level. Moreover, the

sample in general seems to have fairly flexible and healthy attitudes and not very biased beliefs regarding sexuality. In contrast, their self-efficacy was very high. However, the participants showed less frequent and assorted sexual behaviours, with remarkable between-subject variability. Nevertheless, they referred quite good levels of sexual satisfaction.

All the study variables showed the expected positive relations among them, with the exception of knowledge and sexual satisfaction, with no relation. This could be due to the moderate level of knowledge shown by the sample and stresses the relevance of interventions aimed at increasing cognitive competences for a healthier and satisfactory sexuality (Hopkins, 2010; Lindberg, 2000; Mahat et al., 2014; Montanaro & Bryan, 2014).

However, our main goal was not to identify young women's knowledge, beliefs and attitudes regarding sexuality and their efficacy self-perceptions in isolation but by establishing intra-individual configurations of cognitive, attitudinal and motivational predictors of sexual behaviour. Individuals do not have beliefs, values, attitudes and so forth that are independent and function separately; in contrast, these psychosocial factors are interconnected and form a general schema. Thus, in order to analyse their impact (e.g., on sexual behaviour and sexual satisfaction) it is more appropriate to examine the scheme as a whole. Moreover, if different groups of individuals share specific profiles of such schemes that reveal different associations with outcomes, it makes little sense to conduct nomothetic analyses using variables in isolation and for the entire sample, which would mask the real contributions of such factors. These profiles, and their prevalence, may be more informative and easily interpreted than descriptive values of mean and standard deviations for all the individuals. In addition, if there are diverse configurations that are differentially associated with sexual behaviour and sexual satisfaction, identifying people with these profiles could help in the design of sexual health promoting actions.

Cluster analytic techniques allowed us to establish such profiles and identify their specific configuration in terms of some cognitive and motivational competences related to sexual behaviours and sexual satisfaction that could be the focus of psychoeducation and health promoting interventions. To our knowledge, no study has examined intra-individual configurations of psychosocial predictors of sexual behaviour and satisfaction at a

multivariate level. Therefore, this study makes an especially interesting contribution to the field.

The cluster analysis identified three clusters that were each characterized by a different configuration of cognitive and motivational competences regarding sexuality (Figure 1) and indicated different combinations of knowledge, beliefs, attitudes and self-efficacy beliefs referred to sexuality. Half of the women were encompassed in a *low-risk cluster*, showing comparatively better level of knowledge regarding both prevention of STDs and non-desired pregnancy and topics concerning different types of sexual behaviours, including non-strictly preventive ones, but also those which are displayed mainly for enjoying and obtaining pleasure. They had also more healthy and flexible attitudes regarding female and male sexuality, acceptance and normalization of different sexual orientations, masturbation and other potentially pleasurable behaviours and use of contraceptive methods, and less biased sexual beliefs in relation to women sexual roles or about the aims of certain sexual behaviours such as sexual fantasies. Participants included in this *low-risk cluster* feel more confident in being able to perform not only preventive behaviours, such as using condoms correctly, but also behaviours which could make their sexual activities more pleasurable, such as communicating their desires to their partner. This configuration of higher knowledge and less biased beliefs and attitudes regarding sexuality is coherent with Fishbein and Ajzen's (2010) reasoned behaviour theory, which explains how attitudes regarding certain attitudinal object (in this case, a healthy and satisfying sexuality) are the result of fairly complex cognitive processes involving the knowledge about the object and the beliefs that people develop toward it. It could be expected, therefore, that women with a high level of knowledge would develop more positive, flexible, healthier and less biased beliefs and attitudes. Regarding this cluster's high level of self-efficacy beliefs, it is also coherent with Bandura's self-efficacy theory (1977, 1990, 1997) that women with accurate information regarding sexuality-related issues, who have also developed non-biased and flexible beliefs and attitudes, would therefore develop strong self-efficacy beliefs, which would increase the possibilities of having success in developing healthier sexual behaviours that would, in turn enhance their self-efficacy beliefs (through enactive mastery experience).

The rest of the participants were almost equally divided into a *high-risk cluster* and a *moderate-risk cluster*. The *high-risk cluster* includes those women whose level of knowledge is comparatively the lowest, showing a lack of both accurate information regarding prevention topics such as use of contraception and about the aims and uses of potentially pleasurable behaviours, and more biased and less flexible and healthy beliefs and attitudes. Their confidence for displaying healthier and more pleasurable behaviours is comparatively extremely low. Again, as happened with the low-risk cluster, reasoned action theory can explain the configuration of knowledge, beliefs and attitudes of this cluster: having less knowledge regarding healthy and satisfying topics toward sexuality forms an inaccurate basis that lead the development of biased beliefs which at the end result in more inflexible, unhealthy attitudes. The fact that their level of self-efficacy is also low is also plausible given that the less accurate the knowledge, and the more biased the beliefs and attitudes, the less likely is the development of self-efficacy beliefs in accordance to healthier and satisfactory behaviours. As enactive mastery experience is the most influential source of self-efficacy information (Bandura, 1997), this lack of mastery experience could explain the lower self-efficacy judgments shown by the participants grouped in this cluster. These findings parallel those of Gomes and Nunes (2015), who found a cluster grouping participants who performed more risky sexual behaviours (e.g., younger age at first intercourse, inconsistent condom use) who also showed weaker self-efficacy beliefs regarding unsafe sex refusal and communication about condom use and more biased attitudes regarding condom use. Although this study analyzed only preventive behaviours, and not as an outcome but as a clustering variable, the link among biased attitudes, weaker self-efficacy beliefs and less healthier behaviours appears to be congruent with our findings.

Faced with the two previous clusters, which shows a homogeneous distribution of both the cognitive-motivational variables and self-efficacy beliefs, the third group, labelled as *moderate-risk cluster* showed a lower level of knowledge and poorer attitudes and beliefs, but in contrast, it also showed higher level of self-efficacy beliefs. This high level of self-efficacy even though the apparent inexistence of an appropriate cognitive-motivational basis for both the development of perceived self-efficacy and the performance of successful healthy and pleasurable sexual behaviours that could enhance it, can be viewed as deceptive. Moreover, it raises certain questions. A first possible explanation could be

that the lack of accurate knowledge could have a contrary effect upon these women who, instead of feeling unable or less skilled in relation to the performance of healthier and more satisfying behaviours, feel paradoxically more confident. Ignoring certain information about fertility, use of condoms or the use of potentially pleasurable behaviours could make them unaware of certain both risky or, on the contrary, positive or pleasurable consequences. This could make them feel that their behaviours are successful when they actually aren't, but their self-efficacy beliefs feed from this. For example, a woman could practice intercourse without protection against STDs if she thinks that she cannot be infected, due to a lack of knowledge regarding STD transmission, so if, for a lucky chance, she has avoided this non-desired consequences, she might think her behaviour is successful, when it isn't actually, and have strong beliefs about her ability to avoid STDs. In a similar way, she could have a very inflexible or biased beliefs about certain sexual behaviours such as masturbation, oral sex, etc., which could make her reluctant to practice them, thinking that they "cannot be" pleasurable, and therefore she thinks that her levels of self-efficacy for pleasure are higher that they really are. In this hypothetical case, women may think they have achieved mastery in performing certain behaviours and attribute this to their abilities instead of attributing the supposed success to luck or probability. Vicarious experience or verbal persuasion could be other sources of self-efficacy beliefs for this cluster. These women could base their ability to perform certain behaviours that they think are successful just because they have heard or seen their peers have done so before, or have been told that. The possibility that the behaviour has not resulted as successful as they might think is in this case even higher, just because it is easier that they do not have access to all the information. In other words, in absence of an appropriate cognitive-motivational schema, they base their self-efficacy beliefs (and their behaviour) in what others do or have told them, but there is a chance that they are not aware of behaviours' consequences because this information is not available, excluded, hidden or even transformed by the sources themselves.

Another possible explanation for the unexpected divergences found in this cluster between self-efficacy and cognitive-motivational levels could be that, for some women, the awareness of their lack of knowledge could create the need to put into practice protective behaviours, so they develop higher self-efficacy for sexuality. For example, a woman who is aware of her lack of accurate knowledge regarding non-desired pregnancy could fear not

performing correctly a preventive behaviour, such as avoiding practicing intercourse in the moment when pregnancy is more probable, so she performs a variety of alternative behaviours that lead her to safety, such as being able to negotiate condom use with her partner or avoiding intercourse, this increasing her levels of self-efficacy. In this cases, self-efficacy act as a control mechanism that helps women to develop stress-reducing, protective, preventive and perhaps even health promoting behaviours regarding sexuality.

However, there are other possible explanations which involve the remaining composing characteristics of the clusters. Specifically, the clusters were different in their religiosity grade, being the moderate-risk cluster the only one who showed increased religiosity beliefs. The influence of religious beliefs on sexual attitudes, beliefs and knowledge has been amply investigated and results are consistent with our findings: more profound religiosity is related with lower levels of sexual knowledge and with less permissive, flexible and accurate beliefs and attitudes regarding sexual issues (Farrington, Holgate, McIntyre, & Bulsara, 2014; Hill, Siwatu, & Robinson, 2014; Kanamori, Pegors, Hulgus, & Cornelius-White, 2017). On the other hand, there is a lack of research concerning the relationship between self-efficacy beliefs and religious grade. However, Gomes and Nunes (2015) found that the cluster grouping participants with riskier sexual behaviours, who also showed weaker self-efficacy beliefs and more negative attitudes toward condom use, differed from the other clusters in their religion beliefs as well. Concretely, such individuals were less religious, being also the group with more non-catholic participants. These results are not congruent neither with those found by Farrington et al. (2014), Hill et al. (2014) or Kanamori et al. (2017) regarding the relationship between high religiosity and poorer sexual cognitive competences, nor with ours.

However, it could be hypothesized that religious beliefs might exert an influence over self-efficacy through an indirect mechanism, namely sexual behaviours. For example, research has found that religious beliefs are related with higher sexual abstinence, having fewer sexual partners, performing fewer sexual activities and lower frequency of sexual intercourse (Lefkowitz, Gillen, Shearer, & Boone, 2004), less sexual permissiveness (de Mamani, Mejia, Gurak, & Sapp, 2012), and delayed sexual behaviour (Hauser & Obeng, 2015). Their religious beliefs about the suitability of these sexual behaviours could make participants in the moderate-risk cluster feel more confident and successful regarding their

behaviours and thus, even though the actual lacking of the appropriate cognitive-motivational schema, their self-efficacy beliefs could be, therefore, enhanced. Another possible explanation for this effect might be that, since religiosity has also been related with greater levels of self-control (which fosters both internalization of behavioural standards, self-monitoring and desire to control or alter one's own behaviour) (Desmond & Kraus, 2012), optimism (Consiglio, 2012) and self-esteem (de Mamani et al., 2012), religious beliefs can play a mediating or even moderating role in the relationship between knowledge, beliefs and attitudes and self-efficacy beliefs. Future research should be conducted in order to analyze this possible relationship and test those hypotheses.

As for the comparisons among the three different clusters and the outcome variables, sexual behaviours and sexual satisfaction, the findings revealed that, as expected, only the *low-risk cluster* shows good levels of both sexual behaviours and sexual satisfaction. Women with higher cognitive-motivational competences as well as stronger self-efficacy beliefs actually perform more frequent and varied preventive and health promoting sexual behaviours, and consequently, display higher sexual satisfaction. This was expected given the fact that sexual self-efficacy has been previously related with the performance of preventive sexual behaviours (Boafo, Dagbanu, & Asante, 2014; Davis et al., 2014; Katz & Schneider, 2015), and, although a lack of supporting research, it is also expected to be related to health promoting sexual behaviours. Moreover, frequency and variety of sexual behaviours have been related to better levels of sexual satisfaction (Barrientos & Páez, 2006; Dunn, Croft, & Hackett, 2000; Fisher et al., 2015; Young, Denny, Luquis, & Young, 1998).

As expected, *high-risk* cluster is the cluster which revealed less frequent and assorted sexual behaviours and the worst levels of sexual satisfaction, both expected outcomes given the lower level of cognitive-motivational resources and self-efficacy shown by the components of this group. These findings are congruent with those found by other studies (e.g., Espada, Morales, Guillén-Riquelme, Ballester, & Orgilés, 2016; Mahat et al., 2014; Montanaro & Bryan, 2014).

The *moderate-risk cluster* showed healthier and more satisfactory sexual behaviours than the *high-risk* one, but still performed them at a lower level compared with the *low-risk cluster*, reinforcing that the particular cognitive and motivational schema of higher

knowledge, less biased beliefs and flexible and healthier attitudes in combination with stronger self-efficacy beliefs is the most efficient configuration regarding the performance of both more satisfying and health promoting sexual behaviours. Moreover, there is something that should be stressed regarding this moderate-risk configuration: even when their cognitive-motivational resources seem inappropriate, they apparently felt confident in executing sexuality-related behaviours. The quid question is whether they felt confident in executing actually healthy and satisfactory actions, based on their knowledge, beliefs and attitudes, or contrarily, as findings seem to point out, they felt efficacious for executing other (probably risky) behaviours due to their presumably inappropriate knowledge, beliefs and attitudes. This is an extremely relevant issue that merits to be addressed in the future.

Besides, the *moderate-risk cluster* showed better levels of sexual satisfaction than the *high-risk cluster*. Given the fact that the cognitive-motivational schema is similar for both groups, this difference in sexual satisfaction levels could be due in part, if not completely, to self-efficacy. Since self-efficacy beliefs are concerned to the exercise of control over performance (Bandura, 1997), it could be argued that for this moderate-risk cluster, the feeling of control over the situations they must manage could contribute to their levels of sexual satisfaction maybe simply by reducing the stress or fear toward possible expected negative consequences, or, as we discussed earlier, to their unawareness of the actual nature of the behaviours they execute and their consequences.

Despite the contributions of this study, there are several limitations that should be mentioned and conveniently addressed in future research. Future studies should increase the number and heterogeneity of participants to enhance the generalizability of the results. This research is focused in women in their youth and emerging or early adulthood, and the findings obtained herein might not be applicable to other women. Because sexuality is a multifactorial issue, more psychosocial factors for establishing multidimensional psychosocial profiles should be also included. Finally, this is a descriptive, cross-sectional study that was limited to finding clusters of individuals based on communalities. Thus, our findings should be replicated and expanded using other research designs and analytical techniques.

In conclusion, in this study we detected three intra-individual profiles that were clearly differentiated from each other and revealed that the cognitive and motivational

competences regarding sexuality form specific schemata that, in turn, relate differently with sexual behaviours and sexual satisfaction among young and early-adult women. In addition, we have confirmed, based on these general patterns, that self-efficacy beliefs constitute a core factor for sexual behaviour and satisfaction. Examining particular configurations of psychosocial predictors of sexual behaviour and their association with both sexual behaviour and sexual satisfaction may be of help for successfully establishing the focus of sexual health promoting interventions. Moreover, establishing the predictors of sexual behaviour can help in identifying individuals who are at an increased risk for unhealthy and unsatisfactory sexuality and to develop appropriate intervention actions.

Acknowledgments

This research was supported by the financial assistance provided to the “Psicología de la Salud/Medicina Conductual” Research Group (CTS-0267) by the Consejería de Economía y Conocimiento, Junta de Andalucía (Spain). We are grateful to all those who made this study possible.

References

- Albarracín, D., Gillette, J. C., Earl, A. N., Glasman, L. R., Durantini, M. R., & Ho, M. (2005). A test of major assumptions about behavior change: A comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. *Psychological Bulletin*, *131*(6), 856–897. doi:10.1037/0033-2909.131.6.856
- Amaro, H., Raj, A. & Reed, E. (2001). Women's sexual health: The need for feminist analyses in public health in the decade of behavior. *Psychology of Women Quarterly*, *25*(4), 324–334. doi:10.1111/1471-6402.00032
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. doi:10.1037/0033-2909.84.2.191
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*, *13*(1), 9–17. doi:10.1016/0149-7189(90)90004-G
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York, NY: W.H. Freeman & Company.
- Barrientos, J. E. & Páez, D. (2006). Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *32*(5), 351–368. doi:10.1080/00926230600834695
- Basgol, S., & Oskay, U. (2016). Examining the effectiveness of home-based pelvic floor muscle training in treating sexual dysfunction in women. *International Journal of Caring Sciences*, *9*(1), 135-143. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1786462307?accountid=14542>
- Bass, T. M. (2016). Exploring female sexuality: Embracing the whole narrative. *North Carolina Medical Journal*, *77*(6), 430–432. doi:10.18043/ncm.77.6.430
- Boafo, I. M., Dagbanu, E. A., & Asante, K. O. (2014). Dating violence and self-efficacy for delayed sex among adolescents in Cape Town, South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, *18*(2), 46–57. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1547708827/fulltextPDF/1C03CBD1002B4379PQ/5?accountid=14542>

- Bohns, V. K., Scholer, A. A., & Rehman, U. (2015). Implicit theories of attraction. *Social Cognition, 33*(4), 284–307. doi:101521soco2015334284
- Calinski, T. & Harabasz, J. (1974). A dendrite method for cluster analysis. *Communications in Statistics, 3*(1), 1–27. doi:10.1080/03610927408827101
- Carrobbles, J. A. & Sanz, A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Carrobbles, J. A., Gámez-Guadix, M., & Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología, 27*(1), 27–34. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1437144402?accountid=14542>
- Cecil, H. & Pinkerton, S. D. (1998). Reliability and validity of a self-efficacy instrument for protective sexual behaviors. *Journal of American College Health, 47*(3), 113–121. doi:10.1080/07448489809595631
- Clatworthy, J., Buick, D., Hankins, M., Weinman, J., & Horne, R. (2005). The use and reporting of cluster analysis in health psychology: A review. *British Journal of Health Psychology, 10*(3), 329–358. doi:10.1348/135910705X25697
- Clatworthy, J., Hankins, M., Buick, D., Weinman, J., & Horne, R. (2007). Cluster analysis in illness perception research: A Monte Carlo study to identify the most appropriate method. *Psychology & Health, 22*(2), 123–142. doi:10.1080/14768320600774496
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum.
- Consiglio, A. R. (2012). A possible neuroscience approach to some health benefits related to religion. *International Journal of Religion and Society, 3*(2), 137–149. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1720961217?accountid=14542>
- Davis, K. C., Masters, N. T., Eakins, D., Danube, C. L., George, W. H., Norris, J., & Heiman, J. R. (2014). Alcohol intoxication and condom use self-efficacy effects on

- women's condom use intentions. *Addictive Behaviors*, 39(1), 153–158. doi:10.1016/j.addbeh.2013.09.019
- de Mamani, A. W., Mejia, M., Gurak, K., & Sapp, S. (2012). Freewill perceptions and religion in patients with schizophrenia and their caregivers. *International Journal of Religion and Society*, 3(2), 121–135. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1720961264?accountid=14542>
- Dempsey, A. R., Johnson, S. S., & Westhoff, C. L. (2011). Predicting oral contraceptive continuation using the transtheoretical model of health behavior change. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(1), 23–29. doi:10.1363/4302311
- Desmond, S. A., & Kraus, R. (2012). Liar, liar: Adolescent religiosity and lying to parents. *Interdisciplinary Journal of Research on Religion*, 8, 1–26. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1346931979?accountid=14542>
- Dezutter, J., Waterman, A. S., Schwartz, S. J., Luyckx, K., Beyers, W., Meca, A., ... & Hardy, S. A. (2014). Meaning in life in emerging adulthood: A person-oriented approach. *Journal of Personality*, 82(1), 57–68. doi:10.1111/jopy.12033
- Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hackett, G. I. (2000). Satisfaction in the sex life of a general population sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 141–151. doi:10.1080/009262300278542
- Espada, J. P., Morales, A., Guillén-Riquelme, A., Ballester, R., & Orgilés, M. (2016). Predicting condom use in adolescents: A test of three socio-cognitive models using a structural equation modeling approach. *BMC Public Health*, 16(35), 1–10. doi:10.1186/s12889-016-2702-0
- Farmer, M. A. & Meston, C. M. (2006). Predictors of condom use self-efficacy in an ethnically diverse university sample. *Archives of Sexual Behavior*, 35(3), 313–326. doi:10.1007/s10508-006-9027-5
- Farrington, F., Holgate, C., McIntyre, F., & Bulsara, M. (2014). A level of discomfort! exploring the relationship between maternal sexual health knowledge, religiosity and

- comfort discussing sexual health issues with adolescents. *Sexuality Research & Social Policy*, 11(2), 95–103. doi:10.1007/s13178-013-0122-9
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: the reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
- Fisher, W. A., Donahue, K. L., Long, J. S., Heiman, J. R., Rosen, R. C., & Sand, M. S. (2015). Individual and partner correlates of sexual satisfaction and relationship happiness in midlife couples: Dyadic analysis of the international survey of relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 44(6), 1609–1620. doi:10.1007/s10508-014-0426-8
- Fonner, V. A., Armstrong, K. S., Kennedy, C. E., & Sweat, M. D. (2014). School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 9(3) doi:10.1371/journal.pone.0089692
- Gavey, N. (2012). Beyond "empowerment"? Sexuality in a sexist world. *Sex Roles*, 66 (11-12), 718–724. doi:10.1007/s11199-011-0069-3
- Glasman, L. R., & Albarracín, D. (2006). Forming attitudes that predict future behavior: A meta-analysis of the attitude-behavior relation. *Psychological Bulletin*, 132(5), 778–822. doi: 10.1037/0033-2909.132.5.778
- Gomes, A. & Nunes, C. (2015). Comparative analysis between condom use clusters and risk behaviours among Portuguese university students. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 350–360. doi:10.1590/S0104-1290201500100027
- Gravningen, K., Braaten, T., & Schirmer, H. (2016). Self-perceived risk and prevalent chlamydia infection among adolescents in norway: A population-based cross-sectional study. *Sexually Transmitted Infections*, 92(2), 91. doi:10.1136/sextrans-2014-051927
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 399–419. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9251837>

- Hauser, J. R., & Obeng, C. S., (2015). The influence of religiosity on sexual behaviors: A qualitative study of young adults in the midwest. *International Public Health Journal*, 7(4), 375–381. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1752118465?accountid=14542>
- Hill, N. J., Siwatu, M., & Robinson, A. K. (2014). "My religion picked my birth control": The influence of religion on contraceptive use. *Journal of Religion and Health*, 53(3), 825–833. doi: 10.1007/s10943-013-9678-1
- Hopkins, A. (2010). *The analysis of self-esteem, body image and sexual knowledge in single women 30-50 years of age: the study of their sexual satisfaction*. (Doctoral Thesis). Retrieved from ProQuest LLC. (UMI Number: 3426519).
- Houck, C., Swenson, R., Donenberg, G., Papino, A., Emerson, E., & Brown, L. K. (2014). Adolescents' emotions prior to sexual activity and associations with sexual risk factors. *AIDS and Behavior*, 18(8), 1615–1623. doi:10.1007/s10461-014-0716-0
- Jain, A.K., Murty, N.M., & Flynn, P.J. (1999). Data clustering: A review. *Computing Surveys*, 31(3), 264–322. doi:10.1145/331499.331504
- Kalichman, S. C., Cain, D., Knetch, J., & Hill, J. (2005). Patterns of sexual risk behavior change among sexually transmitted infection clinic patients. *Archives of Sexual Behavior*, 34(3), 307-19. doi:10.1007/s10508-005-3119-5
- Kanamori, Y., Pegors, T. K., Hulgus, J. F., & Cornelius-White, J. (2017). A comparison between self-identified evangelical christians' and nonreligious persons' attitudes toward transgender persons. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 75–86. doi:10.1037/sgd0000166
- Katz, J. & Schneider, M. E. (2015). (Hetero)sexual compliance with unwanted casual sex: Associations with feelings about first sex and sexual self-perceptions. *Sex Roles*, 72(9-10), 451–461. doi:10.1007/s11199-015-0467-z
- Lamb, S. (2010). Feminist ideals for a healthy female adolescent sexuality: A critique. *Sex Roles*, 62(5-6), 294–306. doi:10.1007/s11199-009-9698-1

- Lefkowitz, E. S., Gillen, M. M., Shearer, C. L., & Boone, T. L. (2004). Religiosity, sexual behaviors, and sexual attitudes during emerging adulthood. *The Journal of Sex Research*, 41(2), 150–159. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/215278591?accountid=14542>
- Lindberg, C. E. (2000). Knowledge, self-efficacy, coping, and condom use among urban women. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 11(5), 80–90. doi:10.1016/S1055-3290(06)60387-7
- Lúcio, A., D'Ancona, C., Lopes, M., Perissinotto, M. C., & Damasceno, B. P. (2014). The effect of pelvic floor muscle training alone or in combination with electrostimulation in the treatment of sexual dysfunction in women with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 20(13), 1761–1768. doi:10.1177/1352458514531520
- Mahat, M., Scoloveno, M. A., & Ayres, C. (2014). Comparison of adolescents' HIV/AIDS knowledge and self-efficacy across two cultures. *Journal of Cultural Diversity*, 21(4), 152–158. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1634452092?accountid=14542>
- Ménard, A. D. & Offman, A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18(1/2), 35–45. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=79a9eecf-7370-42ad-bf8b-8f45b4689846%40sessionmgr120&hid=113>
- Milligan, G.W. & Cooper, M.C. (1985). An examination of procedures for determining the number of clusters in a data set. *Psychometrika*, 50(2), 159–179. doi:10.1007/BF02294245
- Montanaro, E. A. & Bryan, A. D. (2014). Comparing theory-based condom interventions: Health belief model versus theory of planned behavior. *Health Psychology*, 33(10), 1251–1260. doi: 10.1037/a0033969
- Noguchi, K., Albarracín, D., Durantini, M. R., & Glasman, L. R. (2007). Who participates in which health promotion programs? A meta-analysis of motivations underlying

- enrollment and retention in HIV-prevention interventions. *Psychological Bulletin*, *133*(6), 955–975. doi:10.1037/0033-2909.133.6.955
- Offman, A. & Matheson, K. (2005). Sexual compatibility and sexual functioning in intimate relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *14*(1/2), 31–39. Retrieved from <http://connection.ebscohost.com/c/articles/18713289/sexual-compatibility-sexual-functioning-intimate-relationships>
- Ogallar-Blanco, A. I., Godoy-Izquierdo, D., Vázquez Pérez, M. L., & Godoy García, J. F. (in press). Sexual satisfaction among young women: The frequency of sexual activities as a mediator. *Anales de Psicología*.
- Penhollow, T. M. (2008). Predictors of sexual satisfaction: The role of body image and fitness. *Electronic Journal of Human Sexuality*, *11*. Retrieved from <http://vlex.com/vid/predictors-sexual-satisfaction-fitness-207667619>
- Penteado, S. R. L., Fonseca, A. M., Bagnoli, V. R., Assis, J. S., & Pinotti, J. A. (2003). Sexuality in healthy postmenopausal women. *Climacteric*, *6*(4), 321–329. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/198671713?accountid=14542>
- Pratte, K., Whitesell, N., McFarlane, M., & Bull, S. (2010). Factor analyses of condom attitudes, norms, and self-efficacy measures in diverse samples. *Journal of Nursing Measurement*, *18*(3), 153–175. doi:10.1891/1061-3749.18.3.153
- Rosen, R. C. & Bachmann, G. A. (2008). Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: The case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *34*(4), 291–297. doi:10.1080/00926230802096234
- Schwartz, P. & Young, L. (2009). Sexual satisfaction in committed relationships. *Sexuality Research & Social Policy*, *6*(1), 1–17. doi:10.1525/srsp.2009.6.1.1
- Sheeran, P., Abraham, C., & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *125*(1), 90–132. doi:10.1037/0033-2909.125.1.90

- Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M. P., ... Rothman, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health Psychology, 35*(11), 1178–1188. doi: 10.1037/hea0000387
- Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *The Journal of Sex Research, 39*(3), 190–196. doi:10.1080/00224490209552141
- Stephenson, K. R. & Sullivan, K. T. (2009). Social norms and general sexual satisfaction: The cost of misperceived descriptive norms. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 18*(3), 89–105. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=79a9eecf-7370-42ad-bf8b-8f45b4689846%40sessionmgr120&hid=113>
- Stephenson, K. R., Ahrold, T. K., & Meston, C. M. (2011). The association between sexual motives and sexual satisfaction: Gender differences and categorical comparisons. *Archives of Sexual Behavior, 40*(3), 607–618. doi:10.1007/s10508-010-9674-4
- Tolman, D. (2012). Female adolescents, sexual empowerment and desire: A missing discourse of gender inequity. *Sex Roles, 66*(11), 746–757. doi:10.1007/s11199-012-0122-x
- World Health Organisation (2002). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health.* Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Young, M., Denny, G., Luquis, R. & Young, T. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 7*(2), 115–127. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/220809140?accountid=14542>

PARTE V

**DISCUSIÓN GENERAL, LIMITACIONES Y
PERSPECTIVAS FUTURAS**

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 10:
DISCUSIÓN GENERAL, LIMITACIONES Y
PERSPECTIVAS FUTURAS

10.1. Discusión general.

El motivo fundamental por el que se ha realizado esta Tesis Doctoral es investigar la sexualidad humana, concretamente la femenina, desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, poniendo el énfasis en los aspectos no tanto preventivos sino en la promoción de la salud sexual y la calidad de vida. Para ello propusimos que la satisfacción sexual, tanto en su dimensión individual como en pareja, podría ser considerada un indicador de los niveles de salud o bienestar sexuales. Nos propusimos de este modo explorar y analizar qué variables, y de qué manera, podían influir en los niveles de satisfacción sexual de mujeres jóvenes y en su adolescencia tardía.

Nuestro primer objetivo fue explorar los conocimientos, actitudes, creencias y valores en relación a la sexualidad en general y la sexualidad femenina en particular, las creencias de autoeficacia, la frecuencia y tipo de comportamientos y actividades sexuales y los niveles de satisfacción sexual, tanto a nivel individual como en pareja, y en sus dimensiones de satisfacción tanto real como deseada, en mujeres desde la adolescencia tardía a la adultez temprana.

En el *primer estudio* exploramos en profundidad varios predictores social-cognitivos del comportamiento sexual (conocimientos, actitudes, creencias y valores en relación con la sexualidad), las conductas sexuales, la frecuencia con la que se realizan ciertas actividades sexuales y la satisfacción sexual (individual y en pareja) tanto actual como deseada, de 48 mujeres jóvenes con edades comprendidas entre los 14 y los 20 años de edad. Estas participantes formaban un grupo bastante homogéneo en lo relativo a sus niveles de conocimientos, creencias, actitudes y valores. Mostraban unos niveles altos de actitudes positivas y flexibles hacia la sexualidad y moderadamente altos de creencias ajustadas. Sin embargo, sus conocimientos distaban del nivel esperado de competencias cognitivas y conceptuales sobre sexualidad, lo que nos indujo a pensar que este grupo de variables en concreto podrían ser un buen objetivo de intervención, y que un programa que no sólo fomentase sus niveles de conocimientos, sino que también favoreciera el establecimiento de actitudes y creencias más saludables, abiertas y flexibles basadas en dichos conocimientos, podría mejorar sensiblemente sus niveles de información y flexibilizar actitudes y creencias que aún eran, debido a la juventud de las participantes, muy moldeables.

Aunque el objetivo principal del *tercer estudio*, realizado con una muestra a nivel nacional de 265 mujeres de entre 18 y 40 años, no era el explorar estas características, los resultados descriptivos mostraron que las participantes de ese estudio también tenían un moderado nivel de conocimientos en relación a la sexualidad saludable. Los resultados en relación a las actitudes y las creencias también fueron muy similares, ya que las participantes también mostraban actitudes bastante flexibles y saludables en relación a la sexualidad y no mostraban creencias muy sesgadas en relación a ésta.

En lo referente al comportamiento sexual, las participantes del *primer estudio* mostraban una frecuencia de actividades sexuales sensiblemente restringida y un escaso repertorio conductual. Entre las actividades realizadas con mayor frecuencia, tal y como era esperable dada la edad media de la muestra, se encontraban las técnicas no coitales. Dado que las restricciones contextuales (e.g., disponibilidad de espacio para la intimidad, recursos económicos) son menores para dichas actividades y debido a que estas técnicas las pueden realizar todas y cada una de las participantes (independientemente de si han tenido/tienen habitualmente experiencias coitales), nos pareció natural que dichas actividades resultaran ser las más comunes. El coito, la heteromasturbación y el sexo oral (esta última con una frecuencia muy baja) fueron, por orden, las actividades más realizadas tras las no coitales, siendo destacable el hecho de que todas ellas son actividades que se realizan en pareja. La actividad menos realizada por este grupo fue la masturbación.

Estos resultados se asemejan bastante a los encontrados en el *segundo estudio*, a pesar de que la muestra de éste era considerablemente mayor y a que ampliamos el rango de edades (de 18 a 40 años). Detectamos que este nuevo grupo de participantes tenía una frecuencia y un rango de comportamientos sexuales muy parecidos a los del primer estudio. Del mismo modo, las actividades que decían realizar con mayor frecuencia eran los comportamientos que se realizan en pareja (coito vaginal, besos/caricias/abrazos, heteromasturbación). Los comportamientos individuales como la masturbación, el uso de las fantasías o la imaginación tenían una frecuencia menor. Otros comportamientos también considerados como "menos tradicionales", como el sexo oral, también mostraban una baja frecuencia.

El hecho de que la masturbación, el uso de fantasías o el sexo oral fueran menos frecuentes en ambos grupos no resulta sorprendente, debido a que históricamente estos

comportamientos se han considerado inapropiados, desagradables, pecaminosos o incluso insalubres (especialmente en el caso de la masturbación) (Levay y Valente, 2006). La masturbación, a pesar de constituir una expresión saludable y satisfactoria de la sexualidad, todavía está muy estigmatizada hoy en día y está particularmente mal vista (Bowman, 2014). Por otra parte, el hecho de que las participantes de ambos estudios no mostrasen mucho interés por el uso de materiales pornográficos tampoco es sorprendente, sino más bien esperable en una muestra de mujeres ya que, aunque este tipo de materiales cada vez son más accesibles y más tolerados a nivel social, muchos estudios han hecho notar que existen patrones de consumo diferentes según el género, siendo los hombres los que más los emplean, quizá debido a que "la mayoría de la pornografía está orientada hacia el público masculino" (Olmstead, Negash, Pasley y Finchman, 2013, p. 626).

En el caso de las mujeres del *primer estudio*, además, la frecuencia de actividades realizadas coincidía con el tipo de actividades que decían encontrar más satisfactorias: En primer lugar, los besos, caricias, abrazos, etc. y en segundo lugar el coito (las demás actividades mostraban unas puntuaciones muy bajas). Esta relación entre satisfacción sexual y comportamientos afectivos como los besos, caricias y abrazos y coito está bien documentada (e.g., Heiman et al., 2011; Hughes y Kruger, 2011; Kruger y Hughes, 2010). No obstante, estos resultados plantean el interrogante de si las mujeres muy jóvenes practican estas actividades con más frecuencia porque son las que les resultan más placenteras, o si son las más satisfactorias porque son aquellas que más posibilidades tienen de realizar. Conocer la relación existente entre el tipo de actividad considerada más satisfactoria y la frecuencia de realización de dicha actividad podría ser un buen indicador de la satisfacción sexual. Investigaciones futuras deben incidir en esta cuestión, incluyendo en el protocolo de evaluación preguntas referidas a la razón por la cual realizan dichas actividades.

A pesar de que las participantes de ambos estudios muestran un repertorio conductual algo restringido, la frecuencia y tipo de comportamientos que realizan parecen suficientes para garantizarles un aceptable nivel de satisfacción sexual. No obstante, es destacable el hecho de que tanto las mujeres del *primer estudio* como las del *segundo* parecen vivir con mayor satisfacción su vida sexual en pareja: En ambos estudios, las participantes no sólo mostraban una sexualidad individual menos satisfactoria que su sexualidad en pareja, sino

que parecían no tener especial interés en mejorarla, mientras que sí desearían, y mucho, que su sexualidad en pareja mejorara. En el caso de las participantes del *primer estudio*, la mayoría de los factores que, en su opinión, causan o favorecen su satisfacción sexual implican a otra persona. Esto indica que la actuación, o siquiera la existencia de una pareja, puede ejercer un gran peso en la satisfacción sexual de estas mujeres. Estos resultados parecen congruentes con los hallazgos de otros estudios. Por ejemplo, Hulbert y Apt (1994, citado por Bridges et al., 2004) detectaron que la satisfacción sexual de la mujer suele estar muy ligada a factores emocionales de la relación, mientras que Bridges et al. (2004) demostraron que las mujeres que se encontraban cómodas comunicando sus necesidades a la pareja estaban más satisfechas con sus relaciones sexuales que aquéllas que se sentían incómodas.

Por otra parte, debido a que la sexualidad tiene un componente social incuestionable, consideramos que mejorar la satisfacción con la pareja también podría influir en otros aspectos no estrictamente sexuales de la relación de pareja, como la comunicación (MacNeil y Byers, 2009, citado en Birnie-Porter y Hunt, 2015) o en los afectos recíprocos y los niveles de intimidad (Rubin y Campbell, 2012, citado en Birnie-Porter y Hunt, 2015). En realidad, la satisfacción sexual se ha considerado uno de los factores que contribuyen a la mejora de la relación de pareja (Fallis et al., 2016) y muchos estudios han demostrado que, dado que la satisfacción sexual es un refuerzo significativo de la relación, estar más satisfechos sexualmente puede hacer que la gente se sienta más satisfecha con la relación en general (McNulty et al., 2016). Esto podría explicar el gran interés de las participantes por mejorar su satisfacción con la pareja en lugar de su satisfacción individual: mejorar la satisfacción en actividades que se realizan en pareja podría conllevar beneficios no sólo a nivel individual, sino también a nivel social, más allá del aspecto sexual. Aún más, aunque la mejora de la satisfacción sexual obtenida a través de actividades no compartidas podría tener beneficios secundarios (como mejorar el auto-conocimiento, la autoestima, los niveles de relajación, aumentar la probabilidad de orgasmo, etc.), estos efectos podrían ser desconocidos por las participantes, o ser menos valorados por ellas. Esta cuestión resulta muy interesante y futuras investigaciones deberían analizarla.

Otra posible explicación para estos resultados podría ser que las participantes de ambos estudios considerasen que la satisfacción sexual obtenida a través de actividades

individuales sea accesoria o menos importante que la satisfacción obtenida con actividades compartidas con la pareja. Existen diferentes expectativas, creencias, sesgos y estereotipos culturales que pueden estar a la base de dichas percepciones, cuyo origen podría estar en la poca atención y reconocimiento que la satisfacción sexual femenina ha recibido tradicionalmente, de forma que ésta se ha considerado sólo con su finalidad reproductiva (en cuyo caso el placer sería innecesario para obtener los objetivos deseados) o con la finalidad de favorecer el placer masculino (Bowman, 2014). A pesar de que el placer femenino ha recibido cada vez más reconocimiento y ha ganado en importancia, aún sigue considerándose una consecuencia esperable de las acciones, experiencia y conocimientos de la pareja sexual (e.g., LaFrance, Stelzl y Bullock, 2016; Morrison et al., 2015). Además, también es necesario tener en cuenta la existencia de una doble moral en relación con la sexualidad (Koon-Magnin y Ruback, 2011; Lai y Hynie, 2012; Petersen y Hyde, 2010).

En el *segundo estudio*, las correlaciones mostraron que cuanto mayor era la satisfacción actual en pareja, mayor era la satisfacción deseada en pareja y que entre la satisfacción individual actual y deseada existía la misma relación: cuanto más satisfactorias eran las prácticas sexuales individuales más deseaban incrementar esos niveles de satisfacción. Esto podría explicarse por un mero efecto de condicionamiento, dado que la capacidad de estas teorías para explicar diferentes aspectos tanto de la sexualidad sana como disfuncional ha quedado ampliamente demostrada (e.g., Bickham et al., 2007; Lopiccolo y Stock, 1986). El papel del refuerzo también podría explicar el hecho de que no exista la misma relación entre la satisfacción sexual actual con la pareja y la satisfacción deseada individual, ni entre la satisfacción actual individual y la satisfacción deseada con la pareja: los niveles de satisfacción obtenidos individualmente o con la pareja no tienen posibilidad de reforzar los niveles de satisfacción con la pareja o individuales. Además, también se encontró una relación positiva entre la satisfacción actual individual y la satisfacción actual con la pareja (y entre las deseadas): cuanto mayor es la satisfacción individual, actual o deseada, mayor es la satisfacción con la pareja, actual o deseada. Esto podría deberse al hecho de que ciertas actividades sexuales realizadas con la pareja (e.g., el uso de fantasías o juegos sexuales) pueden facilitar o incrementar los niveles individuales de satisfacción, y viceversa (e.g., masturbación, autoexploración).

El último objetivo específico en el que se desglosaba el primer objetivo general que aún no hemos discutido es el referido a la autoeficacia sexual. En el *segundo estudio*, las participantes mostraron tener un elevado nivel de creencias de autoeficacia, y en el *tercero* comprobamos que de los tres grupos o conglomerados mostrados por los análisis de cluster realizados, dos de ellos se caracterizaban por tener unas altas creencias de autoeficacia, mientras que el tercero demostraba una eficacia percibida comparativamente muy baja.

Nuestra *primera hipótesis* postulaba que las participantes mostrarían niveles moderados de conocimientos referidos a la sexualidad, así como creencias, actitudes y valores moderadamente flexibles y positivos; que sus niveles de autoeficacia en relación con la sexualidad serían moderadamente elevados, mientras que su satisfacción sexual sería también moderadamente elevada, aunque esperábamos diferencias en función de la dimensión específica de satisfacción (real, deseada, individual, en pareja). En base a los resultados obtenidos, esta hipótesis queda confirmada. Como se ha descrito anteriormente, ambos grupos muestran unos niveles moderados en todas las variables sociocognitivas, las creencias de autoeficacia y los niveles de satisfacción son ligeramente más elevados de lo esperado, aunque sí se han encontrado grandes diferencias entre las diferentes dimensiones: en ambos grupos, la satisfacción deseada es mayor que la real y la satisfacción en pareja es mayor que la individual, de forma que la satisfacción deseada en pareja obtiene las puntuaciones más elevadas, mientras que la satisfacción actual individual recibe la menor puntuación de todas.

Nuestro segundo objetivo consistía en analizar y describir el tipo de relaciones directas e indirectas entre todas las variables, prestando especial atención a la relación y posible incidencia de éstas sobre el comportamiento y la satisfacción sexual, así como en la propia relación entre estas dos variables.

En el *primer estudio* no se encontró ninguna de las relaciones esperadas entre los niveles de conocimientos, creencias, actitudes y valores y las conductas sexuales, lo que chocaba con los postulados teóricos y evidencias previas que señalan tales variables como antecedentes de la conducta (e.g., Awotidebe, Phillips y Lens, 2014; Kumsa, 2015; Lemer, Blodgett-Salafia y Benson, 2013; Twenge, Sherman y Wells, 2015). No obstante, la ausencia de estas relaciones podría deberse al reducido tamaño de la muestra. Los análisis del *tercer estudio* revelaron la existencia de tres grupos o perfiles diferentes, cada uno

caracterizado por una combinación multidimensional particular de variables cognitivo-motivacionales. Sólo uno de ellos, el llamado *grupo de bajo riesgo*, mostraba niveles altos de conocimientos, así como actitudes y creencias flexibles y saludables. Este era el único grupo que mostraba una mayor frecuencia y variedad de comportamientos sexuales saludables. No obstante, este grupo también mostraba unas altas expectativas de autoeficacia.

Los otros dos grupos coincidían entre sí en mostrar bajos niveles de conocimientos, así como creencias y actitudes menos flexibles y saludables, aunque diferían en los niveles de autoeficacia: uno de ellos, etiquetado como *grupo de alto riesgo*, también mostraba bajos niveles de autoeficacia y era el que mostraba menos comportamientos sexuales saludables. El otro grupo, denominado de *riesgo moderado*, con altas expectativas de autoeficacia y niveles moderados-bajos en las demás variables sociocognitivas, mostraba comportamientos algo más saludables, aunque la frecuencia y variedad de éstos era mucho peor que la del grupo de bajo riesgo. Esto nos induce a pensar que los conocimientos, creencias, actitudes y valores podrían, efectivamente, influir en los comportamientos sexuales, aunque sería necesario realizar más análisis para establecer con claridad el tipo de influencia que realiza cada variable a la conducta sexual. No obstante, nuestros resultados parecen indicar que un adecuado nivel de conocimientos, acompañado por creencias ajustadas y actitudes favorables, así como una elevada autoeficacia sexual se asocian a una mayor variedad y frecuencia de comportamientos saludables y placenteros, y viceversa. Por otra parte, estos hallazgos también señalan el importantísimo papel que las creencias de autoeficacia tienen para el comportamiento, como discutiremos más profundamente a continuación.

En cuanto a la relación entre los conocimientos, actitudes, creencias y valores y la satisfacción sexual, en el *primer estudio*, las correlaciones sólo mostraban algunas relaciones positivas entre los niveles de conocimientos y actitudes y la satisfacción actual individual y las satisfacciones deseadas individual y en pareja. No obstante, quisimos explorar con mayor profundidad estas asociaciones. En el *tercer estudio* encontramos que el grupo con mejores niveles de conocimientos y actitudes y creencias más flexibles y saludables (*grupo de bajo riesgo*) mostraban mejores niveles de satisfacción sexual que los grupos con peores conocimientos y actitudes y creencias más sesgadas. Al igual que en el

caso anterior, de los dos grupos con peores niveles de conocimientos, actitudes y creencias, también aquel con mejores creencias de autoeficacia (*grupo de riesgo moderado*) mostraba mejores resultados en cuanto a su satisfacción sexual, aunque sus niveles eran considerablemente peores que los del grupo de bajo riesgo. Nuevamente, estos hallazgos parecen indicar una influencia de estas variables sobre la satisfacción sexual, aunque sería necesario realizar otros estudios para analizar en profundidad cuál es la naturaleza de dicha relación.

En cuanto al análisis de la relación entre los comportamientos sexuales y la satisfacción sexual, en los *estudios primero y segundo* se plantea como uno de los objetivos explorar dicha relación y establecer la naturaleza de ésta, así como analizar el papel de las variables sociocognitivas, incluida la autoeficacia, en esta relación. En el *primer estudio*, una vez comprobado que las relaciones directas esperadas entre las variables no se confirmaban, se procedió a analizar los mecanismos que podían explicar las asociaciones a través de un efecto indirecto (*cómo* opera, o efectos de mediación) (Hayes, 2012), ya que responder a esta pregunta (así como a *cuándo* ocurre, o efectos de moderación, estableciendo sus condiciones límite o contingencias) podría ayudarnos a comprender en profundidad el fenómeno investigado y aportar claves sobre cómo ese conocimiento podría utilizarse (Hayes, 2012).

Para ello, se establecieron una serie de modelos de mediación con el objetivo de predecir la satisfacción sexual actual (tanto individual como de pareja consideradas conjuntamente), considerando los comportamientos sexuales, la frecuencia de las actividades sexuales, los conocimientos, las creencias y las actitudes. Los resultados del modelo que mejor se ajustaba a los datos revelaron que sólo los comportamientos sexuales se asociaban a la satisfacción sexual tanto de forma directa como indirecta, a través de la frecuencia con la que se practican las actividades sexuales. De este modo, una mayor variedad de comportamientos sexuales y una mayor frecuencia sexual incrementan la satisfacción sexual. Este hallazgo coincide con otros estudios previos en los que se ha demostrado que la frecuencia sexual predice la satisfacción sexual (e.g., Blair y Pukall, 2014; Greeley, 1991, citado por Christopher y Sprecher, 2000; Haavio-Manila y Kontula, 1997; Laumann, Gagnon, Michael y Michaels, 1994; Muise, Schimmack e Impett, 2016; Schoenfeld, Loving, Pope, Huston y Štulhofer, 2016). En este *primer estudio* no pudimos

demostrar, por tanto, si algunas de las variables sociocognitivas del estudio mediaban en la relación comportamiento sexual-satisfacción sexual.

En nuestro *segundo estudio*, una vez hubimos detectado las relaciones esperadas entre los comportamientos sexuales, las creencias de autoeficacia y la satisfacción sexual, procedimos a analizar los mecanismos que podrían explicar dichas asociaciones de forma indirecta (efectos de mediación) (Hayes, 2012). Los resultados revelaron que los comportamientos sexuales se asociaban a la satisfacción sexual tanto de manera directa como indirecta, a través tanto de la autoeficacia percibida como de la importancia concedida a tener una sexualidad activa y saludable. Esto es, una mayor variedad y frecuencia de comportamientos sexuales, creencias de autoeficacia más elevadas y mayor importancia concedida a la sexualidad saludable incrementan la satisfacción sexual global. Por lo tanto, los análisis de mediación indicaron que la relación entre conducta y satisfacción sexual es una relación compleja en la que intervienen otras variables. Aunque algunos estudios han demostrado que la autoeficacia puede mediar entre diferentes variables individuales e interpersonales y el comportamiento sexual (e.g., Goodman et al., 2016; Impett, Schooler y Tolman, 2006) o entre los comportamientos sexuales y sus consecuencias (e.g., Sachs-Ericsson, Medley, Kendall-Tackett y Taylor, 2011), no hemos encontrado investigaciones previas en las que se haya analizado esta relación de proceso entre estas variables. No obstante, dado que tanto la relación entre el comportamiento sexual y la satisfacción sexual, como entre las creencias de autoeficacia y los comportamientos sexuales han sido demostrados en otros estudios (e.g., Sheer, 2014; Sheeran et al., 2016; Volkmann et al., 2014), nuestros resultados parecen en sintonía con las investigaciones previas.

Nuestra *segunda hipótesis* establecía que un mayor nivel de conocimientos y actitudes, creencias y valores más abiertos, flexibles y saludables predecirían una mayor frecuencia y variedad de comportamientos saludables. En base a los resultados obtenidos no podemos confirmar dicha hipótesis, ya que al analizar las relaciones entre conocimientos, creencias, actitudes y valores y los comportamientos sexuales en el primer estudio no pudimos confirmar dicha relación, probablemente debido al tamaño de la muestra. No obstante, consideramos que el hecho de que otros estudios sí hayan obtenido este resultado, y que los hallazgos del tercer estudio apuntaran la existencia de patrones diferentes de

comportamientos sexuales entre el grupo de altos conocimientos y actitudes y creencias flexibles y los grupos de bajos conocimientos y actitudes y creencias menos flexibles, indican que dicha relación puede existir. Sin embargo, dado que en este tercer estudio nuestro objetivo principal no era demostrar dicha relación, y que los grupos también difieren en los niveles de creencias de autoeficacia, no podemos dar dicha hipótesis por confirmada. No obstante, consideramos que es muy probable que futuras investigaciones con muestras más amplias puedan arrojar resultados que confirmen dicha hipótesis.

La *tercera hipótesis* que planteábamos proponía que mayores creencias de autoeficacia predecirían un mejor desempeño sexual. Tal y como esperábamos, en el *segundo estudio* los resultados revelan que las mujeres con mayores niveles de autoeficacia también mostraban un mejor repertorio conductual y mayor frecuencia de actividades sexuales. Esta relación entre las expectativas de autoeficacia y el comportamiento sexual es coherente con la teoría de la autoeficacia de Bandura (1982, 1997), no sólo porque, tal y como establece esta teoría, la autoeficacia está relacionada con el control sobre el comportamiento (de manera que cuanto mayores sean las expectativas de autoeficacia, mayores deben ser, y son, la frecuencia y el repertorio conductual), sino también porque esos comportamientos sexuales placenteros y saludables (que se han llevado a cabo gracias a la existencia de esas expectativas de autoeficacia) también pueden actuar como reforzadores de esas mismas expectativas, a través de lo que Bandura denomina "logros de ejecución" (Bandura, 1977, 1986, 1997). Nuestros resultados coinciden con los hallados en otros estudios (Sheeran et al., 2016; Volkmann et al., 2014). Por otra parte, los análisis de mediación demostraron que la autoeficacia mediaba en la relación entre comportamiento sexual y satisfacción sexual. Dados los resultados obtenidos en los estudios, podemos confirmar esta hipótesis.

Nuestra *cuarta hipótesis* suponía que una mayor variedad y frecuencia de comportamientos sexuales predecirían una mayor satisfacción sexual. Los resultados obtenidos en los dos primeros estudios avalan esta hipótesis, ya que ambos demuestran que los comportamientos sexuales predicen la satisfacción sexual de manera directa, además de hacerlo indirectamente, a través de la frecuencia de las actividades sexuales en el caso del primer estudio, y a través de las creencias de autoeficacia y de la importancia concedida a la sexualidad activa y saludable en el segundo.

La *quinta hipótesis* manifestaba que las variables cognitivo-motivacionales podrían predecir tanto el nivel de comportamientos como los niveles de satisfacción sexual. En el *primer estudio* no obtuvimos el resultado esperado, ya que ni los conocimientos, ni las actitudes, ni las creencias o los valores resultaron ser predictoras del comportamiento ni de la satisfacción sexual, aunque sí se aprecian algunas relaciones entre el nivel de conocimientos y algunos de los indicadores de satisfacción sexual. En el *segundo estudio*, la autoeficacia resultó actuar como variable mediadora entre el comportamiento y la satisfacción sexual. Por último, en el *tercer estudio* se aprecia cómo los diferentes esquemas o patrones de variables cognitivo-motivacionales influyen de manera diferente sobre los comportamientos y la satisfacción sexual. Nuestros resultados indican, por lo tanto, que las variables sociocognitivas afectan los niveles de las variables de resultado, aunque sería necesario replicar sus efectos predictivos en otros estudios.

La *sexta hipótesis* suponía que la relación entre los comportamientos sexuales y la satisfacción sexual sería compleja y estaría influenciada por la acción mediadora de las variables sociocognitivas, especialmente la autoeficacia. Como hemos comentado anteriormente, el segundo estudio confirmó la existencia de esta relación indirecta a través de la cual las expectativas de autoeficacia mediaban en la relación entre comportamiento sexual y la satisfacción sexual, con lo que podemos confirmar esta hipótesis. No obstante, no se pudo confirmar si las demás variables cognitivo-motivacionales podían mediar en esta relación. Consideramos que sería necesario y conveniente repetir los análisis de mediación con otras muestras más amplias para determinar si esta relación existe, además de comprobarse la existencia de otros efectos indirectos, incluyendo efectos de moderación simple, moderación mediada, mediación moderada o mediación múltiple serial o paralela (Hayes, 2012).

Por último, nuestro tercer objetivo pretendía detectar si existen diferentes patrones o configuraciones intraindividuales de las variables cognitivo-motivacionales y creencias de autoeficacia que pudieran afectar de manera diferente a los comportamientos y actividades sexuales y la satisfacción sexual.

El *tercer estudio* planteaba como objetivos específicos tanto detectar si existían perfiles intraindividuales diferenciados como analizar el impacto de dichos patrones sobre el tipo y frecuencia de los comportamientos sexuales y sobre los niveles de satisfacción sexual. Los

resultados indicaron que existían tres conglomerados diferenciados entre sí. El primer conglomerado, al que denominamos *grupo de bajo riesgo*, contenía exactamente a la mitad de la muestra. Estas participantes tenían un buen nivel de conocimientos en relación a la sexualidad saludable y placentera, así como actitudes y creencias flexibles, saludables y poco sesgadas. Además, también mostraban unas altas creencias de autoeficacia en relación a su capacidad para realizar no sólo comportamientos de tipo preventivo sino también otros comportamientos que tuvieran como objetivo hacer sus actividades sexuales más placenteras. El resto de las participantes se distribuyeron casi equitativamente entre el grupo al que denominamos *alto riesgo* y el de *riesgo moderado*. El grupo de alto riesgo incluyó a las participantes que mostraban muy bajos niveles de todas las variables: disponían de, comparativamente, poca información adecuada en relación tanto a la prevención como en cuanto a los objetivos y empleo de comportamientos potencialmente placenteros, actitudes y creencias más sesgadas, menos flexibles y poco saludables, así como poca confianza en su capacidad para poner en práctica comportamientos más saludables o satisfactorios. Por último, en contraposición a los dos conglomerados anteriores, en los que los niveles de las variables sociocognitivas se mostraban homogéneos, las participantes del grupo de riesgo moderado mostraban bajos niveles de conocimientos, actitudes y creencias pero, en contraste, mostraban unas creencias de autoeficacia casi tan elevadas como el grupo de bajo riesgo.

Tanto el perfil de bajo riesgo como el de alto riesgo muestran configuraciones esperables. La configuración de alto nivel de conocimientos y actitudes y creencias menos sesgadas en relación con la sexualidad es coherente con la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (2010), que explica cómo las actitudes sobre cierto objeto actitudinal (en este caso la sexualidad saludable y placentera) son el resultado de procesos cognitivos complejos que involucran el conocimiento que se tiene sobre el objeto actitudinal y las creencias que las personas desarrollan respecto a éste. Era esperable, por lo tanto, suponer que las participantes con mayores niveles de conocimientos desarrollarían creencias y actitudes más flexibles, positivas, saludables y menos sesgadas, y viceversa. Esto se cumple para los tres perfiles detectados: el grupo con más conocimientos tiene creencias y actitudes poco sesgadas, mientras que los dos grupos con peor nivel de conocimientos también muestran creencias y actitudes menos saludables y flexibles.

En cuanto a las creencias de autoeficacia, resulta coherente con la teoría de la autoeficacia de Bandura (1977, 1990, 1997) que las mujeres con mejor información que han desarrollado creencias y actitudes no sesgadas, desarrollen, por lo tanto, creencias de autoeficacia que incrementen la probabilidad de realizar con éxito comportamientos sexuales saludables. Este éxito, a su vez, aumentaría dichas expectativas de autoeficacia (a través de los logros de ejecución). Del mismo modo, aquellas participantes con menos información y creencias y actitudes más sesgadas tendrían menos probabilidad de poner en práctica comportamientos saludables. Dado que los logros de ejecución son la fuente más influyente en las creencias de autoeficacia (Bandura, 1977), esta falta de logros podría explicar los bajos niveles de ésta. Nuestros resultados son similares a los del estudio de Gomes y Nunes (2015), quienes encontraron un conglomerado que agrupaba participantes que, además de realizar más comportamientos sexuales de riesgo (e.g., iniciarse en la práctica del coito a una edad más temprana o utilizar el preservativo de manera inconsistente) también mostraban creencias de autoeficacia más débiles y actitudes más sesgadas en relación al uso del preservativo. A pesar de que este estudio analizaba sólo comportamientos preventivos, y no como resultado sino como una de las variables de categorización, la relación entre actitudes sesgadas, menores creencias de autoeficacia y peores niveles de conocimientos en relación con la sexualidad saludable parecen congruentes con nuestros hallazgos.

El caso más notable y difícil de explicar es el del perfil de *riesgo moderado*, en el cual las creencias de autoeficacia son elevadas a pesar de la ausencia del esquema cognitivo-motivacional apropiado. Por ello, es posible que sea una autoeficacia excesiva o falaz. Una posible explicación podría ser que la falta de conocimientos tuviera un efecto contrario sobre estas participantes, las cuales, en lugar de sentirse incapaces de realizar un determinado comportamiento saludable o placentero, se sintieran más seguras de poder hacerlo. Ignorar cierta información sobre fertilidad, el uso de preservativos, o sobre el uso de otros posibles comportamientos placenteros podría hacer que no tuvieran consciencia de los potenciales riesgos de sus comportamientos o, en el extremo contrario, de las posibles consecuencias deseables derivadas de la realización de otro tipo de comportamientos. Esto podría hacer que sintieran que sus conductas son eficaces cuando realmente éstas no lo son, aumentando así sus creencias de autoeficacia. La experiencia vicaria o persuasión verbal podría ser otra fuente de autoeficacia para este grupo concreto. Las amistades de

este grupo podrían haberles comentado que ellos/as ya han realizado con éxito cierto comportamiento con anterioridad, lo cual podría crear en las participantes una creencia sobre su propia habilidad para realizar este mismo comportamiento, que considerarían apropiado, basándose sólo en la experiencia que sus amistades han comentado. La posibilidad de que dicho comportamiento no resultara eficaz y que ellas desconocieran dicha circunstancia es incluso mayor que en el caso anterior, puesto que no tienen acceso a toda la información. Otra posible explicación podría ser que estas mujeres fueran conscientes de su falta de conocimientos y que esto las moviese a poner en práctica comportamientos preventivos eficaces que aumentarían sus creencias de autoeficacia. Por ejemplo, una mujer podría ser consciente de que no sabe con exactitud en qué momento tiene más probabilidades de quedarse embarazada si practica el coito. Ante esta falta de conocimiento, decide realizar otros comportamientos preventivos complementarios que la hacen sentirse segura, como el negociar correcta y consistentemente el uso del preservativo siempre que practica el coito. En estos casos, la autoeficacia actuaría como un mecanismo de control que ayudaría a estas mujeres a realizar conductas preventivas o incluso que promocionen la satisfacción sexual.

No obstante, existen otras posibles explicaciones para esta discrepancia entre niveles de conocimientos, creencias y actitudes, y las creencias de autoeficacia, que implican el resto de las características analizadas en la composición de los conglomerados. Éstos también diferían entre sí en relación a su nivel de religiosidad, siendo este grupo de riesgo moderado el único que mostraba un alto nivel de creencias religiosas.

La influencia de las creencias religiosas en las actitudes, creencias y conocimientos sexuales ha sido ampliamente investigada y los resultados coinciden con los nuestros: un mayor grado de religiosidad se relaciona con menores niveles de conocimientos y con creencias y actitudes más inflexibles y menos permisivas y saludables (Farrington, Holgate, McIntyre y Bulsara, 2014; Hill, Siwatu y Robinson, 2014; Kanamori, Pegors, Hulgus y Cornelius-White, 2017). Por otra parte, no existen muchos estudios sobre la relación entre el nivel de religiosidad y las creencias de autoeficacia. No obstante, Gomes y Nunes (2015) encontraron que el conglomerado que agrupaba a participantes con más comportamientos de riesgo y que mostraba actitudes más negativas y menores niveles de autoeficacia, también se diferenciaba de los demás conglomerados en su nivel de

religiosidad. En concreto, este grupo era menos religioso e incluía más participantes que se declaraban no-católicos. Este resultado es incongruente tanto con los de Farrington et al. (2014), Hill et al. (2014) y Kanamori et al. (2017) en cuanto a la relación entre religiosidad y competencias cognitivas, como con los nuestros.

Sin embargo, también se podría hipotetizar que dichas creencias religiosas podrían influir en la autoeficacia a través de un mecanismo indirecto, como los comportamientos sexuales. Por ejemplo, existen estudios que han encontrado que las creencias religiosas se relacionan con una mayor abstinencia sexual, tener un menor número de parejas sexuales, menor frecuencia del coito, menor variedad de actividades sexuales (Lefkowitz, Gillen, Shearer y Boone, 2004), menor permisividad sexual (de Mamani, Mejia, Gurak, & Sapp, 2012) y con posponer la realización de comportamientos sexuales (Hauser y Obeng, 2015). Las creencias religiosas sobre la idoneidad de estos comportamientos podrían hacer que las participantes del grupo de riesgo moderado sientan que sus conductas son apropiadas y exitosas, lo que reafirmaría sus creencias de autoeficacia a pesar de la falta del esquema cognitivo-motivacional apropiado. Por otra parte, dado que la religiosidad se ha relacionado con mayores niveles de autocontrol (que fomenta tanto la internalización de normas conductuales, como el deseo para controlar y/o alterar los propios comportamientos) (Desmond y Kraus, 2012), el optimismo (Consiglio, 2012) y la autoestima (de Mamani et al., 2012), otra posible explicación para este efecto podría ser que las creencias religiosas jueguen un papel como mediadoras o moderadoras en la relación entre el conocimiento, las creencias y las actitudes, y las creencias de autoeficacia. Son necesarios otros estudios para analizar esta posible relación y comprobar estas nuevas hipótesis.

En cuanto a las comparaciones entre los tres conglomerados y su impacto sobre los comportamientos y la satisfacción sexual, los resultados mostraron que los tres perfiles influían de manera diferente sobre las variables de resultado. Únicamente el grupo etiquetado como bajo riesgo mostraba buenos niveles de comportamientos y de satisfacción sexual. Las mujeres de este grupo, que muestran elevados niveles en todas las variables sociocognitivas, efectivamente muestran comportamientos sexuales saludables más frecuentes y variados y, en consecuencia, también muestran mayores niveles de satisfacción sexual. Este resultado era esperable dado que la relación entre autoeficacia y la

realización de comportamientos sexuales (preventivos) está ampliamente demostrada (Boafo et al., 2014; Davis et al., 2014; Katz y Schneider, 2015). Por otra parte, a pesar de la falta de estudios sobre la relación entre autoeficacia y satisfacción sexual, este resultado también era previsible debido a que la relación entre comportamientos sexuales más frecuentes y variados sí se ha asociado a mayores niveles de satisfacción sexual (Barrientos y Páez, 2006; Dunn et al., 2000; Fisher et al., 2015; Young et al., 1998).

El perfil de alto riesgo mostraba, por el contrario, los peores niveles de satisfacción y de comportamientos sexuales, tal y como se esperaba. Estos resultados son congruentes con los obtenidos en otros estudios (e.g., Espada et al., 2016; Mahat et al., 2014; Montanaro y Bryan, 2014).

El grupo de riesgo moderado mostraba niveles de comportamientos saludables y de satisfacción sexual mucho menores que los del grupo de bajo riesgo, pero aún así mejores que los del grupo de alto riesgo. La combinación de alto nivel de conocimientos, creencias y actitudes menos sesgadas y más saludables, junto con mayores expectativas de autoeficacia es, por lo tanto, la que resulta más eficaz en cuanto a la ejecución de más frecuentes y variados comportamientos sexuales y la consecución de mayores niveles de satisfacción sexual. Que los grupos con mayores expectativas de autoeficacia sean los que muestran mejores niveles de comportamientos y de satisfacción era esperable debido a que la autoeficacia se ha relacionado ampliamente con la ejecución de comportamientos preventivos (e.g., Davis et al., 2014; Ritchwood, et al., 2014; Tenkorang y Maticka-Tyndale, 2014; Tingey et al., 2017).

Nuestra *séptima hipótesis* estipulaba que mayores niveles de conocimientos, creencias y actitudes más flexibles, abiertas y saludables se asociarían con mayores niveles de autoeficacia en relación con la sexualidad. Los resultados no nos permiten confirmar completamente dicha hipótesis, puesto que, si bien dos de los tres perfiles hallados muestran una relación positiva entre los niveles de conocimientos, creencias y actitudes y la autoeficacia, uno de los grupos muestra una relación inversa: a pesar de mostrar un esquema cognitivo-motivacional inapropiado, las participantes del grupo de riesgo moderado se sentían muy capacitadas para realizar comportamientos sexuales saludables. Deberían realizarse futuras investigaciones para determinar si efectivamente las participantes se creían eficaces para realizar comportamientos saludables, o si, tal y como

sugieran nuestros hallazgos, en realidad tienen creencias de autoeficacia no tanto para realizar comportamientos saludables, sino otro tipo de comportamientos (probablemente de riesgo) como consecuencia de tener conocimientos, creencias y actitudes inapropiadas.

Nuestra última hipótesis planteaba que los análisis revelarían diferentes perfiles intraindividuales con patrones propios en relación a los niveles de conocimientos, tipos de actitudes y creencias sobre sexualidad y expectativas de autoeficacia sexual, y que dichos patrones serían diferentes también respecto al tipo y frecuencia de los comportamientos sexuales y los niveles de satisfacción sexual. Los resultados confirman esta hipótesis, ya que los análisis revelaron tres configuraciones distintas de las variables cognitivo-motivacionales y éstas impactaron de manera diferente tanto en el comportamiento como en la satisfacción sexual.

En función de los resultados obtenidos, podemos afirmar que esta Tesis Doctoral ha cumplido los tres objetivos generales propuestos, así como los objetivos específicos en los que éstos se desglosan. Asimismo, los resultados nos han permitido confirmar completamente cuatro de las ocho hipótesis específicas planteadas, así como refutar una de ellas. Las restantes tres hipótesis no se han podido confirmar, pero los hallazgos obtenidos tampoco permiten descartarlas completamente y sugieren seguir investigando en esas líneas para obtener información suficiente que permita decidir sobre su veracidad.

Además de recabar información sobre los objetivos propuestos, a la hora de diseñar el segundo estudio consideramos que podríamos utilizar una variable adicional no prevista inicialmente en esta Tesis Doctoral: la importancia concedida a tener una sexualidad activa y satisfactoria, ya que suponíamos que podía influir sobre los niveles de satisfacción sexual y deseábamos explorar esta posible relación. Los resultados indicaron que las participantes del estudio concedían mucha importancia a tener una sexualidad activa y saludable y que cuanto mayores eran estos niveles, mayores eran los niveles de satisfacción sexual actual y deseada con la pareja y satisfacción deseada individual. También se asociaba positivamente con los comportamientos sexuales y la autoeficacia. Esto parece lógico, puesto que si una persona tiene interés por tener una sexualidad saludable y activa es más probable que ponga en práctica con mayor frecuencia más comportamientos sexuales, tanto para prevenir consecuencias no deseadas como para facilitar el placer y la satisfacción sexual. Esta importancia podría, por tanto, motivar y reforzar esos comportamientos. La

existencia de estas relaciones nos animó a incluir dicha variable en los modelos de mediación, y descubrimos que esta variable actuaba como mediadora en la relación entre los comportamientos y la satisfacción. Estos resultados son novedosos ya que no encontramos otros estudios en los que esta variable y su relación con la satisfacción sexual fuera analizada. Únicamente se había analizado una variable similar, la importancia concedida al sexo (como conducta, no como característica biológica), en el estudio de Haavio-Manila y Kontula (1997). En el caso de las mujeres del estudio de estos autores, la falta de importancia concedida al sexo conllevaba mayores niveles de insatisfacción. Nuestro estudio revela una relación incluso más compleja entre esta variable y la satisfacción sexual, lo que aconseja que se tenga en cuenta en el diseño de futuros estudios.

10.2. Limitaciones.

A pesar de las contribuciones aportadas por los tres estudios que forman parte de esta Tesis Doctoral, éstos presentan algunas limitaciones que requieren ser comentadas y que deberán resolverse convenientemente en futuras investigaciones.

La principal limitación de los estudios, especialmente del primero, ha sido el reducido tamaño de la muestra. Las características de la recogida de datos (tanto el contenido como la extensión de sendos instrumentos de medida desarrollados) han dificultado considerablemente conseguir la colaboración de más participantes. Además, los tres estudios se han centrado en estudiar algunos aspectos de la sexualidad en mujeres adolescentes y jóvenes, por lo que los hallazgos obtenidos en cada uno de ellos deben ser interpretados de forma restrictiva en relación al colectivo que representa cada muestra, los cuales no comparten con otros colectivos de la sociedad (e.g., mujeres de otras edades, madres solas, personas con discapacidad) muchas condiciones vitales. Por estos motivos, los resultados encontrados deberían replicarse con otras muestras más amplias y heterogéneas. En el caso particular del primer estudio, además, debemos considerarlo como un estudio preliminar que guíe futuras investigaciones. En el caso del tercer estudio, dado que la sexualidad consta de muchos factores, deberían incluirse más variables psicosociales para establecer modelos de perfiles psicosociales multidimensionales.

Por otra parte, los análisis de efectos indirectos son considerablemente menos potentes que otros tipos de análisis (MacKinnon, Lockwood y Williams, 2004), de forma que sólo los efectos de mediación muy fuertes tenían posibilidad de ser detectados. Dado el tamaño de nuestras muestras, especialmente la del primer estudio, cabe la posibilidad de que las relaciones existan y no hayamos podido detectarlas. Además, en el futuro debería comprobarse la existencia de otros efectos indirectos, incluyendo efectos de moderación simple, moderación mediada, mediación moderada o mediación múltiple serial o paralela (Hayes, 2012), así como otras posibles relaciones entre las variables (por ejemplo, modelos tipo propuestos en PROCESS). Igualmente, debería explorarse el papel de estas variables en la satisfacción deseada, de pareja y/o individual.

10.3. Perspectivas futuras.

Esta Tesis Doctoral ha obtenido hallazgos relevantes e interesantes en relación a la satisfacción sexual femenina (en mujeres jóvenes) y ha proporcionado respuestas a las cuestiones de investigación que pretendíamos abordar con este trabajo. No obstante, no hemos obtenido todos los resultados esperados y, además, algunos de los resultados obtenidos también nos han suscitado nuevas preguntas que requieren del diseño de nuevos estudios.

En primer lugar, disponemos de muchos datos cualitativos obtenidos para el primer estudio. Aunque el uso de metodologías mixtas nos ha permitido realizar análisis cuantitativos con los datos y, además, hemos podido emplearlos para diseñar los autoinformes que hemos utilizado para recoger los datos de los dos últimos estudios, analizar estos datos empleando técnicas cualitativas también podría ayudarnos a describir y conocer aún mejor la muestra.

Por otra parte, como mencionábamos anteriormente, algunas de nuestras hipótesis no han podido confirmarse ni refutarse en su totalidad. Es el caso especialmente de aquellas que involucran a los conocimientos, las creencias, los valores y las actitudes. Creemos que la ausencia de las relaciones esperadas se debe al reducido tamaño de las muestras, por lo que consideramos que sería muy conveniente repetir estos análisis con muestras mayores y

explorar otras formas de relación entre estas variables, el comportamiento y la satisfacción sexual.

Otra línea de investigación futura consistiría en diseñar estudios que nos permitan confirmar algunos de los resultados más curiosos o inesperados obtenidos en nuestros estudios como, por ejemplo, contrastar nuestras hipótesis sobre los motivos por los que se pueden dar niveles altos de creencias de autoeficacia a pesar de tener bajos niveles de conocimientos y creencias y actitudes poco saludables, o que efectivamente, tal y como ocurre en nuestros dos primeros estudios las mujeres parecen considerar su sexualidad en pareja más importante que su sexualidad individual. De esta forma podríamos desestimar que estos resultados se deban a la mera idiosincrasia de las participantes. También sería necesario indagar el porqué de algunos de nuestros resultados (en la misma línea podríamos, por ejemplo, diseñar estudios para detectar los motivos por los que algunas mujeres parecen considerar su sexualidad en pareja más importante que su sexualidad individual).

Concretamente, deseáramos analizar en detalle cuál es la relación existente entre el tipo de actividad considerada más satisfactoria y la frecuencia real de realización de dicha actividad para determinar cuáles son los verdaderos motivos por los que las mujeres realizan o no realizan determinados comportamientos. También resultaría muy interesante analizar qué relaciones existen entre la satisfacción sexual individual y la realización de comportamientos sexuales individuales (como el uso de fantasías o la masturbación).

Por otra parte, tal y como comentábamos anteriormente, sería muy conveniente profundizar en los resultados obtenidos e ir más allá, por ejemplo, explorando la posible incidencia de otras variables en la relación entre comportamiento y satisfacción sexual, además de las variables sociocognitivas ya propuestas, así como detectar posibles efectos de moderación y/o mediación. Sería interesante también analizar la naturaleza de otras relaciones como, por ejemplo, determinar si la relación entre frecuencia y satisfacción sexual es lineal, curvilínea o de otro tipo.

Por último, debido a que no encontramos ningún instrumento de medida que se adaptase a nuestras necesidades, optamos por crear varios autoinformes que sería necesario depurar y analizar psicométricamente en el futuro, ya que eso permitiría crear instrumentos de

medida específicamente diseñados para valorar, entre otras variables, la satisfacción sexual o los conocimientos en relación con la sexualidad desde la perspectiva de la promoción de la salud y la calidad de vida sexual.

CAPÍTULO 11:
CONCLUSIONES GENERALES

Basándonos en la revisión de la literatura especializada sobre las cuestiones de estudio y en función de los resultados obtenidos en los tres estudios que constituyen esta Tesis Doctoral, podemos extraer las siguientes conclusiones generales.

Aunque el interés por estudiar la satisfacción sexual se ha incrementado en los últimos tiempos, muchos de los estudios que hemos encontrado utilizan esta variable como un indicador de los correctos niveles de funcionamiento sexual, o como un indicador de la existencia o inexistencia de un trastorno o disfunción sexual. Por este motivo, también muchos de los instrumentos de medida diseñados para medir este constructo en realidad miden otros constructos relacionados como, por ejemplo, la consistencia orgásmica. Por otra parte, los estudios que analizan la satisfacción sexual desde una perspectiva más amplia, no meramente centrada en la prevención, sólo miden la satisfacción sexual en general, sin diferenciar entre los niveles de satisfacción individuales y en pareja. Esto puede deberse a que el componente social de la sexualidad humana es uno de los más salientes de su naturaleza y también uno de los considerados más relevantes. Además, prácticamente todos los estudios que exploran los antecedentes o consecuentes de la satisfacción sexual lo hacen en relación con la actividad coital, actividad sexual más utilizada como medida de comportamiento en las diferentes investigaciones. Esta focalización en los aspectos coitales de la relación sexual también explica el frecuente interés por medir otras variables que, si bien están relacionadas con la satisfacción sexual (frecuencia y consistencia orgásmica, por ejemplo), no siempre resultan los mejores indicadores de los niveles de satisfacción sexual, tal y como expusimos en el segundo capítulo de esta Tesis Doctoral.

Por este motivo, la novedad de esta Tesis Doctoral estriba, por un lado en el interés por estudiar la satisfacción sexual desde una visión amplia y en consonancia con la Psicología de la Salud, entendiéndola como un posible indicador de la salud sexual, y por otro en el hecho de que hemos intentado medirla tanto en sus niveles individuales como en relación con la pareja. Además, consideramos interesante medir también los niveles deseados para contrastarlos con los niveles reales de satisfacción, lo que nos ha permitido obtener información muy relevante en relación con la sexualidad femenina. Por último, hemos puesto especial cuidado en incluir en los estudios un amplio abanico de comportamientos sexuales, incluyendo tanto aquellos que pueden prevenir consecuencias no deseadas como

aquellos cuya única finalidad es la obtención del placer, así como incorporando no sólo comportamientos que se realizan en pareja, sino también actividades individuales como el uso de las fantasías.

A pesar de que no hemos logrado confirmar todos los efectos que nos proponíamos, en parte debido al limitado tamaño de las muestras, hemos obtenido algunos resultados que creemos que contribuyen al conocimiento acumulativo sobre los correlatos psicosociales de la satisfacción sexual en las mujeres jóvenes. Hemos hallado que la frecuencia de las actividades sexuales, así como las creencias de autoeficacia en relación a la sexualidad saludable y la importancia concedida a tener una sexualidad saludable y activa, contribuyen de manera significativa a la satisfacción sexual de mujeres jóvenes cuando se considera el comportamiento sexual. Los dos primeros estudios han esclarecido los mecanismos directos e indirectos a través de los cuales el comportamiento sexual parece influir en la satisfacción sexual y han abierto nuevas posibles líneas de investigación. Estos resultados tienen implicaciones prácticas derivadas de gran interés y aplicabilidad en relación con la sexualidad femenina. En primer lugar, dado que el tipo y la frecuencia de los comportamientos sexuales tienen una influencia directa en la satisfacción sexual, sería interesante analizar en el futuro la relación entre diferentes actividades sexuales y su frecuencia y concretar cuál es su contribución a los niveles de satisfacción tanto individual como con la pareja. En segundo lugar, ya que las creencias de autoeficacia median en la relación entre comportamientos y satisfacción, futuras intervenciones destinadas a incrementar los niveles de satisfacción deberían sin lugar a dudas fomentar las expectativas de autoeficacia en relación a la sexualidad saludable.

Aunque la influencia de las creencias de autoeficacia sobre el comportamiento sexual es una de las relaciones que más se ha investigado, por norma general se ha hecho desde el punto de vista de la prevención, y no tanto desde la posibilidad de la promoción de la salud. Nuestros resultados nos animan a ampliar el abanico de creencias de autoeficacia, evitando centrarnos exclusivamente en la habilidad o capacidad para emplear métodos anticonceptivos, en la negativa a involucrarse en relaciones sexuales no deseadas o en la comunicación con la pareja en relación con la puesta en práctica de comportamientos preventivos, todos ellos comportamientos de indudable importancia, sino también incluyendo las habilidades para incrementar el repertorio conductual de forma que se

facilite la promoción de la salud y la calidad sexual. Como hemos justificado ampliamente hasta ahora, esto debería hacerse no sólo en cuanto a la satisfacción en pareja, sino también a nivel individual, incluyendo la habilidad para erotizar el uso del preservativo, proponer variaciones y alternativas en las relaciones sexuales, tomar la iniciativa, incluir comportamientos más novedosos o menos tradicionales (e.g., las fantasías sexuales), investigar y obtener información sobre cómo conseguir una vida sexual satisfactoria (en lugar de limitarse a obtener información para solucionar un problema una vez éste ha aparecido).

También encontramos tres perfiles con esquemas específicos en cuanto a los niveles de conocimientos, actitudes, creencias y expectativas de autoeficacia que, además, se han relacionado de manera diferente con los comportamientos sexuales y la satisfacción sexual. Las creencias de autoeficacia se revelaron como un factor central en la determinación del comportamiento y la satisfacción. Consideramos que examinar configuraciones de predictores psicosociales para estas dos variables será de gran ayuda para establecer el foco apropiado en el que deberán centrarse las intervenciones destinadas a promocionar la salud sexual, además de permitir la detección de personas que se encuentran en mayor riesgo para desarrollar acciones que se ajusten a sus necesidades específicas.

Por último, cabe destacar el uso de metodología mixta en el primer estudio, en la que una primera fase cualitativa guió la siguiente fase centrada en el análisis cuantitativo de los datos recogidos. A pesar de las limitaciones y las complicaciones que supone el empleo de esta metodología, consideramos que la riqueza de la información recabada permitió describir y conocer ampliamente la muestra. Por este motivo, consideramos que sería apropiado realizar más estudios empleando dicha metodología, puesto que debido a la complejidad de la sexualidad y a la gran variedad de factores que la afectan, así como la diversidad de experiencias subjetivas en relación a la misma, los resultados obtenidos empleando dichas técnicas constituirían un aporte de inapreciable valor en el estudio de la sexualidad, especialmente la femenina, que históricamente se ha visto ignorada, olvidada, rechazada o supeditada al comportamiento masculino.

De forma resumida, las principales conclusiones que podemos derivar de los hallazgos obtenidos en los estudios empíricos incluidos en esta Tesis Doctoral son las siguientes:

1. Las mujeres jóvenes tienen niveles moderados de conocimientos, y algo más altos de creencias ajustadas y actitudes favorables con respecto a la sexualidad, por lo que se beneficiarían de intervenciones de educación sexual y promoción de la salud sexual.
2. Las mujeres jóvenes se perciben a sí mismas como capaces de desarrollar una sexualidad activa, saludable y satisfactoria. No obstante, es necesario explorar estas creencias en relación con sus competencias cognitivo-motivacionales, con el fin de comprender la verdadera naturaleza e influencias de estas percepciones de autoeficacia.
3. Las mujeres jóvenes muestran un abanico relativamente reducido de comportamientos sexuales. Aquellos comportamientos más frecuentes suelen asociarse a mayores niveles de satisfacción, pero es necesario saber si son realizados precisamente por ello, o por otras razones, como las posibilidades reales de ejecutarlos.
4. La frecuencia de realización de comportamientos sexuales media la relación entre el comportamiento y la satisfacción sexual. De esta forma, las intervenciones para promocionar la salud sexual en las mujeres deben considerar la posibilidad de realizar una amplia variedad de comportamientos sexuales y la frecuencia de los mismos para el incremento de la satisfacción sexual femenina.
5. Las mujeres jóvenes muestran niveles moderadamente altos de satisfacción sexual. No obstante, un análisis profundo de las dimensiones de ésta revela que su satisfacción sexual deseada con la pareja es mayor que su satisfacción sexual real con la pareja, y que su satisfacción sexual deseada individual es mayor que su satisfacción real individual, siendo ésta última, con diferencia, la más pobre de todas.
6. Las creencias de autoeficacia sexual y las percepciones sobre la importancia de una sexualidad activa, saludable y placentera median la relación entre la conducta

sexual y la satisfacción sexual, de aquí la importancia de considerar ambos aspectos en las intervenciones destinadas a promocionar la sexualidad saludable.

7. Existen diferentes configuraciones o esquemas generales de variables cognitivo-motivacionales, en concreto de conocimientos, creencias, actitudes y percepciones de eficacia personal, que se asocian de forma diferente a la conducta sexual y la satisfacción sexual. De cara a la promoción de estos dos últimos resultados, indicadores de una sexualidad saludable, deben ser tenidas en cuenta dichas configuraciones intraindividuales multidimensionales.
8. Otras variables personales inicialmente no relacionadas con la sexualidad propiamente dicha pueden tener a su vez un impacto fundamental en la conducta sexual y la satisfacción sexual. Entre ellas, destacan las creencias religiosas, que se confirman como un factor de riesgo de cara a mantener una sexualidad saludable.
9. Las mujeres jóvenes, con sus múltiples y diversos recursos cognitivos, motivacionales, emocionales y comportamentales, constituyen un colectivo de especial relevancia para el desarrollo de actuaciones destinadas a la promoción de la salud sexual desde la perspectiva de la Psicología de la Salud.

Esta Tesis Doctoral ha abordado el estudio de la sexualidad femenina desde un enfoque poco explorado hasta ahora, poniendo el énfasis en los aspectos positivos que se pueden potenciar para mejorar la experiencia y la calidad de la vida sexual de mujeres jóvenes, en la línea de los postulados de la Psicología de la Salud. Para ello hemos diseñado instrumentos de medida que tengan en cuenta no sólo aspectos preventivos en relación con la sexualidad, sino también aspectos orientados a la promoción de la salud sexual, incluyendo en las medidas un amplio abanico conductual, creencias de autoeficacia en relación a comportamientos potencialmente placenteros, conocimientos relacionados con el placer y el disfrute de la sexualidad, etc. Los resultados obtenidos nos han permitido obtener respuestas a nuestras preguntas, pero también han suscitado otras incógnitas que requerirán el diseño de futuras investigaciones que profundicen en la exploración y el análisis de las características y los determinantes de la satisfacción, la calidad y la salud sexuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias

- Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M. y Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *127*(1), 142–161. doi:10.1037//0033-2909.127.1.142
- Armbrust, W., Lelieveld, O. H., Tuinstra, J., Wulffraat, N. M., Joyce, G. J., Cappon, J., ... Hagerdoorn, M. (2016). Arthritis: Relationship to perceived health, physical health, self-efficacy, and participation. *Pediatric Rheumatology*, *14*(65), 1–9. doi: 10.1186/s12969-016-0125-1
- Awotidebe, A., Phillips, J. y Lens, W. (2014). Factors contributing to the risk of HIV infection in rural school-going adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *11*(11), 11805–11821. doi:10.3390/ijerph111111805
- Baele, J., Dusseldorp, E. y Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy: Effect on intended and actual condom use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *28*(5), 421–431. doi:10.1016/S1054-139X(00)00215-9
- Bahamón Muñetón, M. J., Vianchá Pinzón, M. A. y Tobos Vergara, A. R. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes. Una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, *31*(2), 327–353. doi:10.14482/psdc.31.2.3070
- Bancroft, J., Loftus, J. y Long, J. S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, *32*(3), 193–208. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/205935334/fulltextPDF/98C9045CAC5E46D6PQ/1?accountid=14542>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. doi:10.1037/0033-29rX.84.2.191
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, *37*(2), 122–147. doi:10.1037/0003-066X.37.2.122

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*, 13(1), 9–17. doi:10.1016/0149-7189(90)90004-G
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. y Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87–99. doi:10.1037/0021-9010.88.1.87
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Barrientos, J. E. y Páez, D. (2006). Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(5), 351–368. doi:10.1080/00926230600834695
- Basen-Engquist, K. Masse, L. C., Coyle, K., Kirby, D., Parcel, G. Banspach, S. y Nodora, J. (1998). Sexual Risk Behavior Beliefs and Self-Efficacy Scales. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 541–544). California: SAGE Publications.
- Bickham, P. J., O’Keefe, S. L., Baker, E., Berhie, G., Kommor, M. J. y Harper-Dorton, K. V. (2007). Correlates of Early Overt and Covert Sexual Behaviors in Heterosexual Women. *Archives of Sexual Behavior*, 36(5), 724–740. doi:10.1007/s10508-007-9220-1
- Birnie-Porter, C. y Hunt, M. (2015). Does relationship status matter for sexual satisfaction? The roles of intimacy and attachment avoidance in sexual satisfaction across five types of ongoing sexual relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 174–183. doi:10.3138/cjhs.242-A5
- Blair, K. L. y Pukall, C. F. (2014). Can less be more? Comparing duration vs. frequency of sexual encounters in same-sex and mixed-sex relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(2), 123–136. doi:10.3138/cjhs.2393

- Boafo, I. M., Dagbanu, E. A. y Asante, K. O. (2014). Dating violence and self-efficacy for delayed sex among adolescents in Cape Town, South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 18(2), 46–57. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1547708827/fulltextPDF/1C03CBD1002B4379PQ/5?accountid=14542>
- Bowman, C. P. (2014). Women's masturbation: Experiences of sexual empowerment in a primarily sex-positive sample. *Psychology of Women Quarterly*, 38(3), 363–378. doi:10.1177/0361684313514855
- Brafford, L. J. y Beck, K. H. (1991). Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *Journal of American College Health*, 39(5), 219–225. doi:10.1080/07448481.1991.9936238
- Bridges, S. K., Lease, S. H. y Ellison, C. R. (2004). Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. *Journal of Counseling and Development*, 82(2), 158–166. doi:10.1002/j.1556-6678.2004.tb00297.x
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *The Journal of Sex Research*, 42(5), 113–118. doi:10.1080/00224490509552264
- Byers, E. S. y MacNeil, S. (1997). The relationships between sexual problems, communication, and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 6(4), 277. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/220816794?accountid=14542>
- Byers, E. S. y MacNeil, S. (2006). Further validation of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(1), 53–69. doi:10.1080/00926230500232917
- Calinski, T. y Harabasz, J. (1974). A dendrite method for cluster analysis. *Communications in Statistics*, 3(1), 1–27. doi:10.1080/03610927408827101
- Callejas Pérez, S., Fernández Martínez, B., Méndez Muñoz, P., León Martín, M. A., Fábrega Alarcón, C., Villarín Castro, A., ... Fernández Rodríguez, O. (2005)

- Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Revista Española de Salud Pública*, 79(5), 581–589. doi:10.1590/S1135-57272005000500008
- Caro, I. (1987). Revisión crítica de la teoría de la autoeficacia de A. Bandura. *Boletín de Psicología*, 16, 61–89. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N16-4.pdf>
- Caron, S. L. y Carter, D. B. (1997). The relationships among sex role orientation, egalitarianism, attitudes toward sexuality, and attitudes toward violence against women. *The Journal of Social Psychology*, 137(5), 568–587. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/199800919/fulltextPDF/CF72EEC9BEA4701PQ/5?accountid=145>
- Carrobbles, J. A. y Sanz, A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Carrobbles, J. A., Gámez-Guadix, M. y Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, 27(1), 27–34. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1437144402?accountid=14542>
- Cecil, H. y Pinkerton, S. D. (1998). Reliability and validity of a self-efficacy instrument for protective sexual behaviors. *Journal of American College Health*, 47(3), 113–121. doi:10.1080/07448489809595631
- Chair, S. Y., Wong, K. B., Tang, J. Y., Wang, Q. y Cheng, H. Y. (2015). Social support as a predictor of diet and exercise self-efficacy in patients with coronary artery disease. *Contemporary Nurse*, 51(2-3), 188–199. doi: 10.1080/10376178.2016.1171726
- Cheung, M. W. (2009). Comparison of methods for constructing confidence intervals of standardized indirect effects. *Behavior Research Methods*, 41(2), 425–438. doi:10.3758/BRM.41.2.425

- Christopher, S. F. y Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. *Journal of Marriage and Family*, 62, 999-1017. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.00999x
- Clatworthy, J., Buick, D., Hankins, M., Weinman, J. y Horne, R. (2005). The use and reporting of cluster analysis in health psychology: A review. *British Journal of Health Psychology*, 10(3), 329–358. doi:10.1348/135910705X25697
- Clatworthy, J., Hankins, M., Buick, D., Weinman, J. y Horne, R. (2007). Cluster analysis in illness perception research: A Monte Carlo study to identify the most appropriate method. *Psychology & Health*, 22(2), 123–142. doi:10.1080/14768320600774496
- Clayton, A. H., McGarvey, E. L. y Clavet, G. J. (1997). The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development, reliability, and validity. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(4), 731–745. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/212441913/fulltextPDF/726A7A2F14D4507PQ/19?accountid=14542>
- Consiglio, A. R. (2012). A possible neuroscience approach to some health benefits related to religion. *International Journal of Religion and Society*, 3(2), 137–149. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1720961217?accountid=14542>
- Cowart-Steckler, D. y Pollack, R. H. (1998). The Cowart-Pollack Scale of Sexual Experience. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 104–105). California: SAGE Publications.
- Cupach, W. R. y Comstock, J. (1990). Satisfaction with sexual communication in marriage: Links to sexual satisfaction and dyadic adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 179–186. doi: 10.1177/0265407590072002
- Davis, K. C., Masters, N. T., Eakins, D., Danube, C. L., George, W. H., Norris, J. y Heiman, J. R. (2014). Alcohol intoxication and condom use self-efficacy effects on women's condom use intentions. *Addictive Behaviors*, 39(1), 153–158. doi:10.1016/j.addbeh.2013.09.019

- de Mamani, A. W., Mejia, M., Gurak, K. y Sapp, S. (2012). Freewill perceptions and religion in patients with schizophrenia and their caregivers. *International Journal of Religion and Society*, 3(2), 121–135. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1720961264?accountid=14542>
- DelCampo, R. L. y DelCampo, D. S. (1998). Contraceptive Knowledge Inventory. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 153–155). California: SAGE Publications.
- Derogatis, L. R. (1998). The Derogatis Sexual Functioning Inventory. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 269–271). California: SAGE Publications.
- Desmond, S. A. y Kraus, R. (2012). Liar, liar: Adolescent religiosity and lying to parents. *Interdisciplinary Journal of Research on Religion*, 8. 1–26. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1346931979?accountid=14542>
- Dundon, C. M. y Rellini, A. H. (2010). More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40–70. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2 Pt 2), 896–904. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01557.x
- Dunn, K. M., Croft, P. R. y Hackett, G. I. (2000). Satisfaction in the sex life of a general population sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 141–151. doi: 10.1080/009262300278542
- Dures, E., Rumsey, N., Morris, M. y Gleeson, K. (2011). Mixed methods in health psychology: Theoretical and practical considerations of the third paradigm. *Journal of Health Psychology*, 16(2), 332–341. doi: 10.1177/1359105310377537
- Eagly, A. H. y Mladinic, A. (1989). Gender stereotypes and attitudes toward women and men. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 15(4), 543–558. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0146167289154008>
- Edwards, W. M. y Coleman, E. (2004). Defining sexual health: A descriptive overview. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 189–195. doi:10.1023/B:ASEB.0000026619.95734.d5

- Ehrhardt, A. A. (1996). Editorial: Our view of adolescent sexuality: A focus on risk behavior without the developmental context. *American Journal of Public Health*, 86(11), 1523–1525. doi:10.2105/AJPH.86.11.1523
- Espada, J. P., Morales, A., Guillén-Riquelme, A., Ballester, R. y Orgilés, M. (2016). Predicting condom use in adolescents: A test of three socio-cognitive models using a structural equation modeling approach. *BMC Public Health*, 16(35), 1–10. doi:10.1186/s12889-016-2702-0
- Espada, J. P., Morales, A., Orgilés, M., Piqueras, A y Carballo, J. L. (2013). Comportamiento sexual bajo la influencia del alcohol en adolescentes españoles. *Adicciones*, 25(1), 55–62. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1609097227?accountid=14542>
- Fahs, B. y Swank, E. (2011). Social identities as predictors of women's sexual satisfaction and sexual activity. *Archives of Sexual Behavior*, 40(5), 903–914. doi:10.1007/s10508-010-9681-5
- Fallis, E. E., Rehman, U. S., Woody, E. Z. y Purdon, C. (2016). The longitudinal association of relationship satisfaction and sexual satisfaction in long-term relationships. *Journal of Family Psychology*, 30(7), 822–831. doi:10.1037/fam0000205
- Farmer, M. A. y Meston, C. M. (2006). Predictors of condom use self-efficacy in an ethnically diverse university sample. *Archives of Sexual Behavior*, 35(3), 313–326. doi:10.1007/s10508-006-9027-5
- Farrington, F., Holgate, C., McIntyre, F. y Bulsara, M. (2014). A level of discomfort exploring the relationship between maternal sexual health knowledge, religiosity and comfort discussing sexual health issues with adolescents. *Sexuality Research & Social Policy*, 11(2), 95–103. doi:10.1007/s13178-013-0122-9
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.

- Fisher, W. A. (1998). The Sexual Opinion Survey. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 218–222). California: SAGE Publications.
- Fisher, W. A., Byrne, D., White, L. A. y Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality [Resumen]. *The Journal of Sex Research*, 25(1), 123–151. doi:10.1080/00224498809551448
- Fisher, W. A., Donahue, K. L., Long, J. S., Heiman, J. R., Rosen, R. C. y Sand, M. S. (2015). Individual and partner correlates of sexual satisfaction and relationship happiness in midlife couples: Dyadic analysis of the international survey of relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 44(6), 1609–1620. doi:10.1007/s10508-014-0426-8
- Foster, D. W., Dukes, K. y Sartor, C. E. (2016). The road to drink is paved with high intentions: Expectancies, refusal self-efficacy, and intentions among heavy drinking college students. *Alcohol*, 50, 65–71. doi:10.1016/j.alcohol.2015.11.004
- Giambra, L. M. y Singer, J. L. (1998). Sexual Daydreaming Scale of the Imaginal Processes Inventory. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 234–235). California: SAGE Publications.
- Gibbons, F. X., Gerrard, M., Blanton, H. y Rusell, D. W. (1998). Reasoned action and social reaction: Willingness and intention as independent predictors of health risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1164–1180. doi:10.1037/0022-3514.74.5.1164
- Godoy, J. F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 39–76). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gomes, A. y Nunes, C. (2015). Comparative analysis between condom use clusters and risk behaviours among Portuguese university students. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 350–360. doi:10.1590/S0104-1290201500100027

- Goodman, M. L., Harrell, M. B., Gitari, S., Keiser, P. H., y Raimer-Goodman, L. (2016). Self-efficacy mediates the association between partner trust and condom usage among females but not males in a Kenyan cohort of orphan and vulnerable youth. *African Journal of Reproductive Health*, 20(2), 94–103. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1840866610?accountid=14542>
- Haavio-Mannila, E. y Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 399–419. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9251837>
- Haddock, G., Zanna, M. P. y Esses, V. M. (1993). Assessing the structure of prejudicial attitudes: The case of attitudes toward homosexuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1105–1118. doi:10.1037/0022-3514.65.6.1105
- Hald, G. H. (2006). Gender differences in pornography consumption among young heterosexual danish adults. *Archives of Sexual Behavior*, 35(5), 577–585. doi:10.1007/s10508-006-9064-0
- Hald, G. H. y Malamuth, N. M. (2008). Self-perceived effects of pornography consumption. *Archives of Sexual Behavior*, 37(4), 614–625. doi:10.1007/s10508-007-9212-1
- Hauser, J. R. y Obeng, C. S., (2015). The influence of religiosity on sexual behaviors: A qualitative study of young adults in the midwest. *International Public Health Journal*, 7(4), 375–381. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1752118465?accountid=14542>
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408–420. doi:10.1080/03637750903310360
- Hayes, A. F. (2012). *PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling*. Recuperado de <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>

- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.
- Heiman, J. R. y LoPiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic: a sexual and personal growth program for women*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Heiman, J. R., Long, J. S., Smith, S. N., Fisher, W. A., Sand, M. S. y Rosen, R. C. (2011). Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 741–753. doi: 10.1007/s10508-010-9703-3
- Hill, N. J., Siwatu, M. y Robinson, A. K. (2014). "My religion picked my birth control": The influence of religion on contraceptive use. *Journal of Religion and Health*, 53(3), 825–833. doi: 10.1007/s10943-013-9678-1
- Holt, L. (2015). *Female sexual satisfaction and sexual identity*. (Tesis doctoral). Recuperado de ProQuest LLC. (Número UMI: 3703483).
- Hopkins, A. (2010). *The analysis of self-esteem, body image and sexual knowledge in single women 30-50 years of age: the study of their sexual satisfaction*. (Tesis doctoral). Recuperado de ProQuest LLC. (Número UMI: 3426519).
- Hudson, W. W. (1998). Index of Sexual Satisfaction. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 512–513). California: SAGE Publications.
- Hudson, W. W. y Murphy, G. G. (1998). Sexual Attitude Scale. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 83–84). California: SAGE Publications.
- Hudson, W. W., Harrison, D. F. y Crosscup, P. C. (1981). Index of Sexual Satisfaction (ISS) [Resumen]. A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *The Journal of Sex Research*, 17(2), 157–174. doi:10.1080/00224498109551110
- Huerta-Franco, R., Díaz de León, J. y Malacara, J. M. (1996). Knowledge and attitudes toward sexuality in adolescents and their association with family and other factors.

- Adolescence*, 31(121), 179–191. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/195942141/fulltextPDF/40B6D9B047814C5DPQ/1?accountid=14542>
- Hughes, S. M. y Kruger, D. J. (2011). Sex differences in post-coital behaviors in long-and short-term mating: An evolutionary perspective. *Journal of Sex Research*, 48(5), 496–505. doi:10.1080/00224499.2010.501915
- Hurlbert, D. F., Apt, C. y Rabehl, S. M. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistressed marriages. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(3), 154–165. doi:10.1080/00926239308404899
- Impett, E. A. y Tolman, D. L. (2006). Late adolescent girls' sexual experiences and sexual satisfaction. *Journal of Adolescent Research*, 21(6), 628–646, doi:10.1177/0743558406293964
- Impett, E. A., Schooler, D. y Tolman, D. L. (2006). To be seen and not heard: Femininity ideology and adolescent girl's sexual health. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 131–144. doi:10.1007/s10508-005-9016-0
- Instituto Nacional de Estadística (2016) *SIDA. Serie 1981-2013. Actualización a 30 de junio de 2013*. Recuperado de www.ine.es/jaxi/tabla.do
- Jain, A.K., Murty, N.M. y Flynn, P.J. (1999). Data clustering: A review. *Computing Surveys*, 31(3), 264–322. doi:10.1145/331499.331504
- Johnson, R. B., Ongwuegbuzie, A. J. y Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112–133, doi: 10.1177/1558689806298224
- Kalichman, S. C., Eaton, L., Cain, D., Cherry, C., Pope, H. y Kalichman, M. (2006). HIV treatment beliefs and sexual transmission risk behaviors among positive HIV men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(5), 401–410. doi: 10.1007/s10865-006-9066-3

- Kalmbach, D. A., Ciesla, J. A., Janata, J. W. y Kingsberg, S. A. (2015). The validation of the Female Sexual Function Index, Male Sexual Function Index, and profile of female sexual function for use in healthy young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 44(6), 1651–1662. doi:10.1007/s10508-014-0334-y
- Kanamori, Y., Pegors, T. K., Hulgus, J. F. y Cornelius-White, J. (2017). A comparison between self-identified evangelical christians' and nonreligious persons' attitudes toward transgender persons. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 75–86. doi:10.1037/sgd0000166
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. Nueva York: Brunner Mazel.
- Katz, J. y Schneider, M. E. (2015). (Hetero)sexual compliance with unwanted casual sex: Associations with feelings about first sex and sexual self-perceptions. *Sex Roles*, 72(9-10), 451–461. doi:10.1007/s11199-015-0467-z
- Kennett, D. J., Humphreys, T. P. y Bramley, J. E. (2013). Sexual resourcefulness and gender roles as moderators of relationship satisfaction and consenting to unwanted sex in undergraduate women. *Canadian Journal of Human Sexuality* 22(1), 51–61. doi:10.3138/cjhs.933
- Khoury, C. B. y Findlay, B. M. (2014). What makes for good sex? The associations among attachment style, inhibited communication and sexual satisfaction. *Journal of Relationships Research*, 5(e7), 1–11. doi: 10.1017/jrr.2014.7
- Kirby, D. (1998). Mathtech Questionnaires: Sexuality questionnaires for adolescents. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 35–47). California: SAGE Publications.
- Koon-Magnin, S. y Ruback, B. (2012). Young adults' perceptions of non-forcible sexual activity: The effects of participant gender, respondent gender, and sexual act. *Sex Roles*, 67(11-12), 646–658. doi:10.1007/s11199-012-0201-z

- Kouta, C. y Tolma, E. L. (2008). Sexuality, sexual and reproductive health: An exploration of the knowledge, attitudes and beliefs of the Greek-Cypriot adolescents. *IUHPE – Promotion & Education*, 15(4), 24–31. doi:10.1177/1025382308097695
- Kruger, D. J. y Hughes, S. (2010). Variation in reproductive strategies influences post-coital experiences with partners. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*, 4(4), 254–264. doi:10.1037/h0099285
- Kumsa, D. M. (2015). Factors affecting the sexual behavior of youth and adolescent in Jimma town, Ethiopia. *European Scientific Journal*, 11(32) Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1750933968?accountid=14542>
- Lafrance, M. N., Stelzl, M. y Bullock, K. (2016). "I'm not gonna fake it": University women's accounts of resisting the normative practice of faking orgasm. *Psychology of Women Quarterly*, 1–13. doi:10.1177/0361684316683520
- Lai, Y. y Hynie, M. (2011). A tale of two standards: An examination of young adults' endorsement of gendered and ageist sexual double standards. *Sex Roles*, 64(5), 360–371. doi:10.1007/s11199-010-9896-x
- Laumann, E. O., Gagnon, H. J., Michael, R. T. y Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J. H., Wang, T., Levinson, B., ... Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 145–161. doi:10.1007/s10508-005-9005-3
- Lawrance, K. y Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in longterm heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267–285. doi: 10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x
- Lawrance, K. y Byers, E. S. (1998). Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis.

- (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 514–519). California: SAGE Publications.
- Lefkowitz, E. S., Gillen, M. M., Shearer, C. L. y Boone, T. L. (2004). Religiosity, sexual behaviors, and sexual attitudes during emerging adulthood. *The Journal of Sex Research*, 41(2), 150–159. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/215278591?accountid=14542>
- Lemer, J. L., Blodgett Salafia, E. H. y Benson, K. E. (2013) The Relationship Between College Women’s Sexual Attitudes and Sexual Activity: The Mediating Role of Body Image *International Journal of Sexual Health*, 25(2), 104–114. doi: 10.1080/19317611.2012.722593
- Levy, S. y Valente, S. M. (2006). *Human Sexuality*. Sunderland, Ma: Sinauer Associates.
- Levinson, R. A. (1998). Contraceptive Self-Efficacy Scale. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 166–167). California: SAGE Publications.
- Lief, H. I. (1998). The Sex Knowledge and Attitude Test. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 439–442). California: SAGE Publications.
- Lindberg, C. E. (2000). Knowledge, self-efficacy, coping, and condom use among urban women. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 11(5), 80–90. doi:10.1016/S1055-3290(06)60387-7
- Litzinger, S. y Gordon, K. C. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(5), 409–424. doi:10.1080/00926230591006719
- Lopiccolo, J. y Stock, W. E. (1986). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 158–167. Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/614302849/fulltextPDF/741BE3D5F239406EPQ/4?accountid=14542>

- Lottes, I. L. y Weinberg, M. S. (1998). Attitudes Toward Erotica Questionnaire. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 553–554). California: SAGE Publications.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J. y Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 593–614. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085542
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M. y Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99–128. doi:10.1207/s15327906mbr3901_4
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M. y Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99–128. doi:10.1207/s15327906mbr3901_4
- Mahat, M., Scoloveno, M. A., y Ayres, C. (2014). Comparison of adolescents' HIV/AIDS knowledge and self-efficacy across two cultures. *Journal of Cultural Diversity*, 21(4), 152–158. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1634452092?accountid=14542>
- Marquardt, D. W. (1980). You should standardize the predictor variables in your regression models. *Journal of the American Statistical Association*, 75(369), 87–91. doi:10.1080/01621459.1980.10477430
- May, E. M., Hunter, B. A., Ferrari, J., Noel, N. y Jason, L. A. (2015). Hope and abstinence self-efficacy: Positive predictors of negative affect in substance abuse recovery. *Community Mental Health Journal*, 51(6), 695–700. doi:10.1007/s10597-015-9888-y
- McClelland, S. I. (2011). Who is the "self" in self reports of sexual satisfaction? Research and policy implications. *Sexuality Research and Social Policy*, 8(4), 304–320. doi:10.1007/s13178-011-0067-9
- McNulty, J. K., Wenner, C. A. y Fisher, T. D. (2016). Longitudinal associations among relationship satisfaction, sexual satisfaction, and frequency of sex in early marriage. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 85–97. doi:10.1007/s10508-014-0444-6

- Ménard, A. D. y Offman, A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18(1/2), 35–45. Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=79a9eecf-7370-42ad-bf8b-8f45b4689846%40sessionmgr120&hid=113>
- Meston, C. M y Derogatis, L. R. (2002). Validated instruments for assessing female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(S1), 155–164. doi: 10.1080/00926230252851276
- Meston, C. M. y Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). *Journal of Sexual Medicine*, 2(1), 66–81. doi:10.1111/j.1743-6109.2005.20107.x
- Milhausen, R. R., Buchholz, A. C., Opperman, E. A. y Benson, L. E. (2015). Relationships between body image, body composition, sexual functioning, and sexual satisfaction among heterosexual young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 44(6), 1621–1633. doi:10.1007/s10508-014-0328-9
- Milligan, G.W. y Cooper, M.C. (1985). An examination of procedures for determining the number of clusters in a data set. *Psychometrika*, 50(2), 159–179. doi:10.1007/BF02294245
- Montanaro, E. A. y Bryan, A. D. (2014). Comparing theory-based condom interventions: Health belief model versus theory of planned behavior. *Health Psychology*, 33(10), 1251–1260. doi: 10.1037/a0033969
- Montesi, J. L., Conner, B. T., Gordon, E. A., Fauber, R. L., Kim, K. H. y Heimberg, R. G. (2013). On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual communication, and sexual satisfaction in young couples. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 81–91. doi:10.1007/s10508-012-9929-3
- Moore, S. y Rosenthal, D. (1993). *Sex knowledge inventory form X*. Durham: Family Life Publications.

- Morales, J. F. (1999a). Actitudes. En Autor (Coord.) *Psicología Social* (pp.193–205). Madrid: McGraw-Hill.
- Morales, J. F. (1999b). Relaciones entre actitud y conducta. En Autor (Coord.) *Psicología Social* (pp. 207–213). Madrid: McGraw-Hill.
- Morrison, D. M., Masters, N. T., Wells, E. A., Casey, E., Beadnell, B. y Hoppe, M. J. (2015). "He enjoys giving her pleasure": Diversity and complexity in young men's sexual scripts. *Archives of Sexual Behavior*, 44(3), 655–668. doi:10.1007/s10508-014-0354-7
- Mosher, D. L. (1998). Negative Attitudes Toward Masturbation. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 475–476). California: SAGE Publications.
- Muehlenhard, C. L. y Quackenbush, D. M. (1998). Sexual Double Standard Scale. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 186–188). California: SAGE Publications.
- Muise, A., Schimmack, U. e Impett, E. A. (2016). Sexual frequency predicts greater well-being, but more is not always better. *Social Psychological and Personality Science*, 7(4), 295–302. doi:10.1177/1948550615616462
- Nesoff, E. D., Dunkle, K. y Lang, D. (2016). The impact of condom use negotiation self-efficacy and partnership patterns on consistent condom use among college-educated women. *Health Education & Behavior*, 43(1), 61–67. doi: 0.1177/1090198115596168
- Offman, A. y Matheson, K. (2005). Sexual compatibility and sexual functioning in intimate relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14(1/2), 31–39. Recuperado de <http://connection.ebscohost.com/c/articles/18713289/sexual-compatibility-sexual-functioning-intimate-relationships>
- Olmstead, S. B., Negash, S., Pasley, K., y Fincham, F. D. (2013). Emerging adults' expectations for pornography use in the context of future committed romantic relationships: A qualitative study. *Archives of Sexual Behavior*, 42(4), 625–635. doi:10.1007/s10508-012-9986-7

- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud (1975). *Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals. Report of a WHO Meeting. (Technical Reports Series. No. 572)*. Ginebra: Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38247/1/WHO_TRS_572_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, OMS y WAS. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Recuperado de http://www1.paho.org/spanish/hcp/hca/salud_sexual.pdf
- Ozan, S., Aras, S., Semin, S. y Orcin, E. (2005). Sexual attitudes and behaviors among medical students in Dokuz Eylul University, Turkey. *European Journal of Contraceptive & Reproductive Health Care*, 10(3), 171–183. doi: 10.1080/13625180500282205
- Pearson, J. (2006). Personal control, self-efficacy in sexual negotiation, and contraceptive risk among adolescents: The role of gender. *Sex Roles*, 54(9-10), 615–625. doi: 10.1007/s11199-006-9028-9
- Penhollow, T. M. (2008). Predictors of sexual satisfaction: The role of body image and fitness. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 11. Recuperado de <http://vlex.com/vid/predictors-sexual-satisfaction-fitness-207667619>
- Petersen, J. L. y Hyde, J. S. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993–2007. *Psychological Bulletin*, 136(1), 21–38. doi:10.1037/a0017504

- Philippsohn, S. S. y Hartmann, U. U. (2009). Determinants of sexual satisfaction in a sample of german women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(4), 1001–1010. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00989.x
- Planes, M., Gras, M. E. y Soto, J. (2002) Comportamiento anticonceptivo en estudiantes universitarios y riesgo de infección con el virus de inmunodeficiencia humana. *Anuario de Psicología*, 33(1), 97–110. Recuperado de <http://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8790/11022>
- Pratte, K., Whitesell, N., McFarlane, M. y Bull, S. (2010). Factor analyses of condom attitudes, norms, and self-efficacy measures in diverse samples. *Journal of Nursing Measurement*, 18(3), 153–175. doi:10.1891/1061-3749.18.3.153
- Preacher, K. J. y Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 36(4), 717–731. doi:10.3758/BF03206553
- Preacher, K. J. y Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879–891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Ramiro, L., Reis, M., Gaspar de Matos, M., Alves Diniz, J., Ehlinger, V. y Godeau, E. (2014). Sexually transmitted infections prevention across educational stages: Comparing middle, high school and university students in Portugal. *Creative Education*, 5, 1405–1417. doi:10.4236/ce.2014.515159
- Rellini, A. H. y Meston, C. M. (2011). Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 351–362. doi:10.1007/s10508-010-9694-0
- Ritchwood, T. D., Penn, D. C., DiClemente, R. J., Rose, E. S. y Sales, J. M. (2014). Influence of sexual sensation-seeking on factors associated with risky sexual behavior among African-American female adolescents. *Sexual Health*, 11(6), 540–546. doi:10.1071/SH14075

- Rosen, R. C. y Bachmann, G. A. (2008). Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: The case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 291–297. doi:10.1080/00926230802096234
- Rosen, R. C., Taylor, J. F. y Leiblum, S. R. (1998). Brief Index of Sexual Functioning for Women. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 251–255). California: SAGE Publications.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., ... D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191–208. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/71074515?accountid=14542>
- Ross, P. D. (2008). *Older women's knowledge and attitudes regarding sexuality, intimacy and HIV/AIDS* (Tesis doctoral). Recuperado de ProQuest LLC. (Número UMI: 304802797).
- Rust, J. y Golomboc, S. (1998). The GRISS: A psychometric scale and profile of sexual dysfunction. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 192–194). California: SAGE Publications.
- Sachs-Ericsson, N., Medley, A. N., Kendall-Tackett, K. y Taylor, J. (2011). Childhood abuse and current health problems among older adults: The mediating role of self-efficacy. *Psychology of Violence*, 1(2), 106–120. doi:10.1037/a0023139
- Schoenfeld, E. A., Loving, T. J., Pope, M. T., Huston, T. L. y Štulhofer, A. (2016). Does sex really matter? Examining the connections between spouses' nonsexual behaviors, sexual frequency, sexual satisfaction and marital satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 489–501. doi:10.1007/s10508-015-0672-4
- Schwartz, P. y Young, L. (2009). Sexual satisfaction in committed relationships. *Sexuality Research & Social Policy*, 6(1), 1–17. doi:10.1525/srsp.2009.6.1.1

- Shaw, A. M. y Rogge, R. D. (2016). Evaluating and refining the construct of sexual quality with item response theory: Development of the Quality of Sex Inventory. *Archives of Sexual Behavior*, 45(2), 249–270. doi:10.1007/s10508-015-0650-x
- Sheer, V. C. (2014). A meta-synthesis of health-related self-efficacy instrumentation: Problems and suggestions. *Journal of Nursing Measurement*, 22(1), 77–93. doi:10.1891/1061-3749.22.1.77
- Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M. P., ... Rothman, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health Psychology*, 35(11), 1178–1188. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1794829633?accountid=14542>
- Shoveller, J. A., Johnson, J. L., Savoy, D. M. y Pietersma, W. A. (2006). Preventing sexually transmitted infections among adolescents: An assessment of ecological approaches and study methods. *Sex Education*, 6(2), 163–183. doi:10.1080/14681810600578859
- Sjöberg, L. (2005). The structure and importance of attitudes. *PsycCRITIQUES*, 50(42) doi:10.1037/05179812
- Skivis, D. S., Brooner, R. K., Rutigliano, P., Gazaway, P., Fagan, P y Gupman, A. (1996). Psychosexual functioning in opioid-dependent women. *The Journal of Sex Research*, 33(2), 103–111. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/215282854/fulltextPDF/CE8B948588E94E59PQ/5?accountid=14542>
- Snell, W. E., Finney, P. D. y Godwin, L. J. (1998). The Stereotypes about AIDS Scale. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 354–358). California: SAGE Publications.
- Sommer, M. y Mmari, K. (2015). Addressing structural and environmental factors for adolescent sexual and reproductive health in low- and middle-income countries.

- American Journal of Public Health*, 105(10), 1973–1981.
doi:10.2105/AJPH.2015.302740
- Spector, I. P., Carey, M. P. y Steinberg, L. (1996). The Sexual Desire Inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 22(3), 175–190. doi:10.1080/00926239608414655
- Spence, J. T., Helmreich, R. y Stapp, J. (1973). *Attitudes toward women scale-short version*. doi:http://dx.doi.org/10.1037/t16385-000
- Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *The Journal of Sex Research*, 39(3), 190–196. doi:10.1080/00224490209552141
- Sprecher, S., y Cate, R. M. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. En J. H. Harvey, A. Wenzel, y S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 235–256). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stephenson, K. R. y Meston, C. M. (2015). The conditional importance of sex: Exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(1), 25–38. doi:10.1080/0092623X.2013.811450
- Stephenson, K. R. y Sullivan, K. T. (2009). Social norms and general sexual satisfaction: The cost of misperceived descriptive norms. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18(3), 89–105. Recuperado de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=79a9eecf-7370-42ad-bf8b-8f45b4689846%40sessionmgr120&hid=113>
- Stephenson, K. R., Ahrold, T. K. y Meston, C. M. (2011). The association between sexual motives and sexual satisfaction: Gender differences and categorical comparisons. *Archives of Sexual Behavior*, 40(3), 607–618. doi:10.1007/s10508-010-9674-4
- Strauss, A. (1945). The concept of attitude in social psychology. *The Journal of Psychology*, 19(2), 329–339. doi:10.1080/00223980.1945.9917235

- Striepe, M. I. y Tolman, D. L. (2003). Mom, dad, I'm straight: The coming out of gender ideologies in adolescent sexual identity development. *The Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(4), 523–530. doi:10.1207/S15374424JCCP3204_4
- Štulhofer, A., Buško, V. y Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the New Sexual Satisfaction Scale [Resumen]. *Journal of Sex Research*, 47(4), 257–268. doi:10.1080/0022449093100561
- Stycos, J. M. (1987). Attitudes of Costa Rica students and teacher toward sex and demographic education [Resumen]. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, (Núm. Especial), 1–6. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12269046>
- Taylor, J. F., Rosen, R. C., y Leiblum, S. R. (1994). Self-report assessment of female sexual function: Psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. *Archives of Sexual Behavior*, 23(6), 627–643. doi:10.1007/BF01541816
- Tenkorang, E. Y. y Maticka-Tyndale, E. (2014). Individual- and community level influences on the timing of sexual debut among youth in Nyanza, Kenya. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(2), 68–78. doi:10.1363/4006814
- Tingey, L., Chambers, R., Rosenstock, S., Lee, A., Goklish, N y Larzelere, F. (2017). The impact of a sexual and reproductive health intervention for american indian adolescents on predictors of condom use intention. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), 284–291. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.08.025
- Tol, A., Alhani, F., Shojaezadeh, D., Sharifirad, G., y Moazam, N. (2015). An empowering approach to promote the quality of life and self-management among type 2 diabetic patients. *Journal of Education and Health Promotion*, 4, 1–8. doi:http://dx.doi.org/10.4103/2277-9531.154022
- Travers, J., Tincani, M., Whitby, P. S. y Boutot, E. A. (2014). Alignment of sexuality education with self determination for people with significant disabilities: A review of research and future directions. *Education and Training in Autism and Developmental*

- Disabilities*, 49(2), 232–247. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1526125087?accountid=14542>
- Troiden, R. R. y Jendrek, M. P. (1987). Does sexual ideology correlate with level of sexual experience? Assessing construct validity of the SAS. *Journal of Sex Research*, 23(2), 229–249. doi:10.1080/00224498709551361
- Twenge, J. M., Sherman, R. A. y Wells, B. E. (2015). Changes in American Adults' Sexual Behavior and Attitudes, 1972–2012. *Archives of Sexual Behavior*, 44(8), 2273–2285. doi:10.1007/s10508-015-0540-2
- Volkman, T., Wagner, K. D., Strathdee, S. A., Semple, S. J., Ompad, D. C., Chavarin, C. V. y Patterson, T. L. (2014). Correlates of self-efficacy for condom use among male clients of female sex workers in Tijuana, Mexico. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 719–27. doi:10.1007/s10508-013-0149-2
- Webb, T. L. y Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132(2), 249–268. doi:10.1037/0033-2909.132.2.249
- World Association for Sexual Health (1999). *Declaration of sexual rights*. Recuperado de <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration-of-sexual-rights.pdf>
- World Association for Sexual Health (2014). *Declaration of sexual rights 2014*. Recuperado de <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>
- Wright, L. S. y Wilson, L. (2015). Quality of life and self-efficacy in three dialysis modalities: Incenter hemodialysis, home hemodialysis, and home peritoneal dialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 42(5), 463–476. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1732759704/fulltextPDF/1D237DA20A8D461CPQ/8?accountid=14542>
- Yarber, W. L. (1998). STD Health Behavior Knowledge Test. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, y S. L. Davis. (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 562–564). California: SAGE Publications.

- Young, M., Denny, G., Luquis, R. y Young, T. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7(2), 115–127. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/220809140?accountid=14542>
- Zhang, J., Jemmott, J. B., III y Jemmott, L. S. (2015). Mediation and moderation of an efficacious theory-based abstinence-only intervention for african american adolescents. *Health Psychology*, 34(2), 1175–1184. doi: 10.1037/hea0000244

ANEXOS

ANEXO I:

Derechos Sexuales según la WAS, 2014



DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES

Reconociendo que los derechos sexuales son esenciales para el logro de los estándares más altos de salud sexual, **la Asociación Mundial para Salud Sexual:**

DECLARA que los derechos sexuales se fundamentan en los derechos humanos universales que ya están reconocidos en los instrumentos internacionales y regionales sobre derechos humanos, en constituciones y leyes nacionales, en principios y estándares de derechos humanos, así como en el conocimiento científico relacionado con la sexualidad humana y la salud sexual.

REAFIRMA que la sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vive y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y en relaciones interpersonales. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se viven o expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales.

RECONOCE que la sexualidad es una fuente de placer y bienestar y contribuye a la realización personal y a la satisfacción general.

REAFIRMA que la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como de la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

REAFIRMA que la salud sexual no puede ser definida, entendida o practicada sin una amplia comprensión de la sexualidad.

REAFIRMA que para que la salud sexual se logre y mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.

RECONOCE que los derechos sexuales se basan en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos e incluyen un compromiso referente a la protección del daño.

DECLARA que la igualdad y la no-discriminación son fundamento para la protección y promoción de todos los derechos humanos, e incluye la prohibición de toda distinción, exclusión o restricción por motivos de raza, etnicidad, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, incluida la discapacidad, edad, nacionalidad, estado civil y familiar, orientación sexual e identidad de género, estado de salud, lugar de residencia, situación social y económica.

RECONOCE que las orientaciones sexuales, las identidades de género y expresiones de género y las diversidades corporales de las personas requieren de la protección de los derechos humanos.

RECONOCE que todos los tipos de violencia, acoso, discriminación, exclusión y estigmatización son violaciones de los derechos humanos, y afectan al bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

AFIRMA que las obligaciones de respetar, proteger y hacer cumplir los derechos humanos son aplicables a todos los derechos y libertades sexuales.

AFIRMA que los derechos sexuales protegen los derechos de todas las personas para ejercer y expresar su sexualidad, además de disfrutar de la salud sexual, teniendo debidamente en cuenta los derechos de los demás.



WORLD ASSOCIATION FOR **SEXUAL HEALTH**

**LOS DERECHOS SEXUALES SON DERECHOS HUMANOS
RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD**



1 El derecho a la igualdad y a la no-discriminación

Toda persona tiene derecho a disfrutar de los derechos sexuales de esta declaración sin distinción alguna de raza, etnicidad, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, lugar de residencia, posición económica, nacimiento, discapacidad, edad, nacionalidad, estado civil y familiar, orientación sexual, identidad y expresión de género, estado de salud, situación social y económica o cualquier otra condición.

2 El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona

Toda persona tiene derecho a la vida, la libertad y la seguridad, estos derechos no pueden ser amenazados, limitados o retirados de forma arbitraria por razones relacionadas con la sexualidad. Estas razones incluyen: orientación sexual, comportamientos y prácticas sexuales consensuales, identidad y expresión de género, o por acceder o proveer servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva.

3 El derecho a la autonomía e integridad del cuerpo

Toda persona tiene el derecho de controlar y decidir libremente sobre asuntos relacionados con su cuerpo y su sexualidad. Esto incluye la elección de comportamientos, prácticas, parejas y relaciones interpersonales con el debido respeto a los derechos de los demás. La toma de decisiones libres e informadas requiere de consentimiento libre e informado previo a cualquier prueba, intervención, terapia, cirugía o investigación relacionada con la sexualidad.

4 El derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes

Nadie será sometido a torturas, tratos o penas degradantes, crueles e inhumanos relacionados con la sexualidad, incluyendo: prácticas tradicionales dañinas; la esterilización forzada, la anticoncepción o aborto forzados; y otras formas de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes cometidos por motivos relacionados con el sexo, género, orientación sexual, identidad y expresión de género y la diversidad corporal de la persona.

5 El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción

Toda persona tiene derecho a una vida libre de violencia y coerción relacionada con la sexualidad, esto incluye: la violación, el abuso sexual, el acoso sexual, el bullying, la explotación sexual y la esclavitud, la trata con fines de explotación sexual, las pruebas de virginidad, y la violencia cometida por razón de prácticas sexuales, de orientación sexual, de identidad, de expresión de género y de diversidad corporal reales o percibidas.

6 El derecho a la privacidad

Toda persona tiene derecho a la privacidad, relacionada con la sexualidad, la vida sexual, y las elecciones con respecto a su propio cuerpo, las relaciones sexuales consensuales y prácticas sin interferencia ni intrusión arbitrarias. Esto incluye el derecho a controlar la divulgación a otras personas de la información personal relacionada con la sexualidad.

7 El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras

Toda persona tiene el derecho de obtener el grado máximo alcanzable de salud y bienestar en relación con su sexualidad, que incluye experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras. Esto requiere de servicios de atención a la salud sexual de calidad, disponibles, accesibles y aceptables, así como el acceso a los condicionantes que influyen y determinan la salud, incluyendo la salud sexual.

8 El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten

Toda persona tiene el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones en relación con la sexualidad y la salud sexual.

9 El derecho a la información

Toda persona debe tener acceso a información precisa y comprensible relacionada con la sexualidad, la salud sexual y los derechos sexuales a través de diferentes recursos o fuentes. Tal información no debe ser censurada o retenida arbitrariamente ni manipulada intencionalmente.



DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES

- 10 El derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad**
Toda persona tiene derecho a la educación y a una educación integral de la sexualidad. La educación integral de la sexualidad debe ser apropiada a la edad, científicamente correcta, culturalmente competente y basada en los derechos humanos, la igualdad de género y con un enfoque positivo de la sexualidad y el placer.
- 11 El derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento**
Toda persona tiene el derecho a elegir casarse o no casarse y a, con libre y pleno consentimiento, contraer matrimonio, mantener una relación de pareja o tener relaciones similares. Todas las personas tienen los mismo derechos en cuanto a contraer matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución de las relaciones, sin discriminación ni exclusión de cualquier tipo. Este derecho incluye la igualdad de acceso a la asistencia social y otros beneficios, independientemente de la forma de dicha relación.
- 12 El derecho a decidir tener hijos, el número y espaciamiento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo**
Toda persona tiene el derecho de decidir tener o no hijos y el número y espaciamiento de los mismos. Para ejercer este derecho se requiere acceder a las condiciones que influyen y determinan la salud y el bienestar, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva relacionados con el embarazo, la anticoncepción, la fecundidad, la interrupción del embarazo y la adopción.
- 13 El derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión**
Toda persona tiene el derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión sobre la sexualidad y tiene el derecho a expresar su propia sexualidad a través de, por ejemplo, su apariencia, comunicación y comportamiento con el debido respeto al derecho de los demás.
- 14 El derecho a la libre asociación y reunión pacíficas.**
Toda persona tiene el derecho a organizarse pacíficamente, a asociarse, reunirse, protestar y a defender sus ideas con respecto a la sexualidad, salud sexual y derechos sexuales.
- 15 El derecho a participar en la vida pública y política.**
Toda persona tiene el derecho a un ambiente que permita la participación activa, libre y significativa y que contribuya a aspectos civiles, económicos, sociales, culturales, políticos y otros de la vida humana, a niveles locales, nacionales, regionales e internacionales. Especialmente, todas las personas tienen el derecho a participar en el desarrollo y la implementación de políticas que determinen su bienestar, incluyendo su sexualidad y salud sexual.
- 16 El derecho al acceso a la justicia y a la retribución y la indemnización.**
Toda persona tiene el derecho de acceso a la justicia, a la retribución y a la indemnización por violaciones a sus derechos sexuales. Esto requiere medidas efectivas, adecuadas, accesibles y apropiadas de tipo educativo, legislativo y judicial entre otras. La indemnización incluye el rescaramiento a través de la restitución, compensación, rehabilitación, satisfacción y la garantía de que no se repetirá el acto agravante.

La Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) es una organización internacional multidisciplinaria que incluye a sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales y profesionales en el campo de la sexualidad humana, que promueve la salud sexual a lo largo de toda la vida, y a través el mundo mediante el desarrollo, la promoción y el apoyo de la sexología y los derechos sexuales para todos. La WAS ha logrado todo esto mediante iniciativas de promoción y defensa y formación de redes; facilitando el intercambio de información, ideas y experiencias y mejorando la investigación sobre sexualidad, educación sexual y sexología clínica fundamentada en la ciencia, con un método multidisciplinario. La *Declaración de los Derechos Sexuales de WAS* fue originalmente proclamada en el 13er Congreso Mundial de Sexología en Valencia, España en 1997, posteriormente, en 1999, una revisión fue aprobada en Hong Kong por la Asamblea General de WAS y luego reafirmada en la *Declaración de WAS: "Salud Sexual para el Milenio"* (2008). La presente revisión de la declaración fue aprobada por el Consejo Consultivo de WAS en marzo de 2014.

ANEXO II:

Consentimiento Informado Entrevista



GRUPO DE INVESTIGACIÓN
"MEDICINA CONDUCTUAL/
PSICOLOGÍA DE LA SALUD"
CTS-267

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CAMPUS UNIVERSITARIO DE CARTUJA.
18071 - GRANADA (SPAIN)
TÉ: 958242331. FAX: 958243749

Ud. (o su hija, si es menor de edad) va a participar **VOLUNTARIAMENTE** en una investigación llevada a cabo por el Grupo de Investigación de "Medicina Conductual/Psicología de la Salud", de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada (España) sobre **sexualidad y salud sexual**.

La participación consistirá **únicamente en responder las preguntas que se le van a hacer en una entrevista**. No hay más obligaciones ni ahora ni en el futuro.

Además, necesitamos algunos datos personales, pero le aseguramos que los datos que solicitamos serán tratados con **TOTAL CONFIDENCIALIDAD** y no tendrán ningún tipo de consecuencia o repercusión personal.

Si tiene alguna duda o quiere información adicional no dude en ponerse en contacto con nosotros en los teléfonos **958243752 / 958242331 / 958249557** (pregunte por los profesores **Juan F. Godoy García** o **Déborra Godoy Izquierdo**).

Si está de acuerdo en la participación, lea y firme lo siguiente:

Yo, Dña. _____, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para, una vez informado/a sobre la investigación sobre **sexualidad y salud sexual** que está realizando el Grupo de Investigación "Medicina Conductual/Psicología de la Salud", de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada (España), participar en la misma, así como para que, siguiendo el protocolo científico, los datos obtenidos en esta investigación sean analizados y los resultados de dichos análisis publicados si resultan de interés para la comunidad científica y social.

En _____, a _____ de _____ de 20__.

Firma: _____

¡¡¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!