

REVISTA DE

# PSICOTERAPIA

Investigación en psicoterapia  
en Iberoamérica

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ €

128

Ψ

---

### Editorial

- Género y Sexualidad: Nuevos Enfoques Terapéuticos  
Francisco Javier del Río Olvera y Antonio Daniel García Rojas ..... 1-3

### Monográficos

- The Impact of a Brief Online Mindfulness Intervention to Support Erectile Dysfunction in African Caribbean men: A Pilot Waitlist Controlled Randomised Controlled Trial and Content Analysis  
Samantha Banbury, Dellian Jean-Marie, Joanne Lusher, Chris Chandler, & John Turner ..... 4-12
- Efectividad de los Tratamientos Psicológicos y Fisioterapéuticos Para el Trastorno de Dolor Genito-Pélvico/Penetración. Una Revisión Sistemática  
M<sup>a</sup> Pilar López Muñoz, y Carmen Santín Vilariño ..... 13-22
- Efficacy of Online Coital Alignment Technique in Female Orgasmic Disorder  
Carmen Mata Muñoz, Gracia M. Sánchez-Pérez, Laura Elvira Muñoz-García, & Juan Carlos Sierra ..... 23-32
- Revisión Sistemática Sobre Tratamientos Psicológicos con Personas Adultas Víctimas de Abuso Sexual Infantil  
Eva Núñez Jiménez, y Yolanda Sánchez-Sandoval ..... 33-41
- Identidad de Género: Revisión de las Principales Terapias Aplicadas  
Yolanda Medina Mesa, y Francisco Javier del Río Olvera ..... 42-47
- Análisis de la Efectividad de las Terapias de Tercera Generación en las Disfunciones Sexuales: Una Revisión Sistemática  
M. Amor Espinosa García, y Francisco Javier del Río Olvera ..... 48-55
- What Makes You Think You are Feminist? Development and Validation of the Feminist Attitudinal and Behavioral Scale for Teachers  
Nieves Moyano, María del Mar Sánchez-Fuentes, María Mairal, Lucía Sanagustín, & Alberto Quilez-Robres ..... 56-66
- Revisión Sistemática de Escalas que Miden Actitudes Hacia la Sexualidad  
José Virginia Villegas, Dr. Ángel Hernando Gómez, y Dr. Antonio Daniel García Rojas ..... 67-79
- Satisfacción Sexual: un Estudio de su Correlación con el Autoconcepto, la Ansiedad Social y la Comunicación Sexual en Universitarios en Parejas Heterosexuales  
Angeles Robles-Fernández, Pedro J. Pérez Moreno, María Cinta Martos Sánchez, y Susana Rodríguez-Vargas ..... 80-88
- Resiliencia e Inteligencia Emocional y su Relación con los Niveles de Ansiedad y Depresión en Hombres y Mujeres Homosexuales y Bisexuales  
Antonio Zayas García, Alberto Paramio Leiva, Serafín Jesús Cruces Montes, Antonio Francisco Romero Moreno, y Lucía Morales-Sánchez ..... 89-98

### Artículo

- Procedimiento para la Conceptualización de Casos y Planificación del Proceso Psicoterapéutico Mediante Mapas Cognitivos Borrosos del Sistema de Significados Personales de los Clientes [2C3P-MCB]  
Luis Botella García del Cid ..... 99-109



## Género y Sexualidad: Nuevos Enfoques Terapéuticos

Francisco Javier del Río Olvera<sup>1</sup>  y Antonio Daniel García Rojas<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Universidad de Cádiz, España

<sup>2</sup> Universidad de Huelva, España

Actualmente se hace difícil transitar los temas referentes al género y a la sexualidad sin que suponga un conflicto político, social, familiar, e incluso personal. El acceso a páginas de dudosa fiabilidad en internet hace que las personas tengan, en muchas ocasiones, información confusa e incorrecta sobre el género y la sexualidad. La vehemencia con la que ciertos personajes públicos defienden ciertas posturas retrógradas hace que vuelvan al primer plano de la actualidad, conceptos y posturas que ya estaban superadas, y que se ignoren los auténticos avances realizados en torno a estos temas. Por tanto, es esencial que se comience este editorial explicando los conceptos de género y sexualidad, así como su utilidad en la terapia.

Las primeras conceptualizaciones del género nos remiten a Estados Unidos en los años 50, el término *gender*, común en la psicología y la sexología, se utilizaba para distinguir el sexo social asignado del sexo anatómico, y así, enfrentarse mejor a las dificultades conceptuales que planteaban los estados intersexuales, transexuales y homosexuales. Una de las primeras figuras en utilizar el concepto fue el psicólogo John Money, quien en 1951, emplea el concepto de género para referirse a la influencia de un componente cultura (en concreto, la influencia educativa) en la formación de la identidad sexual. Hasta entonces, se había considerado la identidad sexual como una determinación biológica (Enguix-Grau, 2022).

Hoy en día, es importante aclarar de qué hablamos cuando hablamos de género, y de qué hablamos cuando hablamos de sexo, haciendo hincapié en el cuestionamiento contemporáneo del binomio sexo/biología-género/cultura, excesivamente simplificador por no situar estas categorías en el seno de las estructuras sociales que la conforman.

Los primeros estudios experimentales y psicológicos sobre las diferencias y semejanzas entre los sexos, y sobre los estereotipos de género se remontan a principios del siglo pasado. Sin embargo, no fue hasta mediados del XIX cuando el hombre y la mujer se convirtieron en objeto de investigación científica, debido a los grandes cambios sociales, económicos, políticos y psicológicos

producidos durante la revolución industrial, que afectaron a la posición de la mujer en la sociedad y sobre todo al grupo primario en el que ésta generalmente se desenvolvía, la familia. Todos estos estudios han evolucionado desde su inicio, tanto en los métodos como en las técnicas utilizadas que han dependido de la evolución metodológica y de las orientaciones teóricas.

Podríamos definir el género como un esquema que regula la manifestación de la vida, los pensamientos, los sentimientos y las conductas.

Los géneros y los roles están fuertemente vinculados a unos estereotipos que tienen su base en lo que se denomina divisiones constitutivas del orden social (Bourdieu, 2005). Las nuevas tecnologías reproductivas, las nuevas formas de familias, la creciente legalización en diferentes países de personas del mismo sexo en el contexto occidental son realidades que sin duda inciden e incidirán en las conceptualizaciones de los géneros, los estereotipos y los roles. En la actualidad, prácticamente toda la población acepta el valor de la igualdad, al menos en teoría, sobre todo, porque hay un hecho fundamental y es que la desigualdad no se puede expresar ni explicitar al igual que en otras etapas de la historia, está socialmente mal vista, existe una presión social.

Por tanto, ¿sabemos de lo que hablamos cuando hablamos de género? ¿o se mete todo en un cajón de sastre tan inabarcable como la sexualidad y sus múltiples facetas? Desde el punto de vista terapéutico, es esencial poder distinguir estos conceptos a la hora de un abordaje terapéutico. Como profesionales nos enfrentamos diariamente a cuestiones que están en constante movimiento y en constante construcción. Los pacientes acuden a consulta con sus diferentes construcciones mentales sobre el concepto de género, y forma parte también de la labor terapéutica la psicoeducación para eliminar creencias erróneas y que el paciente pueda reconciliarse consigo mismo y con su entorno.

Al hablar sobre sexualidad, es imprescindible partir del concepto de salud sexual definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) como estado de bienestar físico, emocional, mental

y social relacionado con la sexualidad, la cual no es solamente ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Como se puede observar en la definición, la idea central se encuentra en el disfrute, el bienestar y el placer, más allá de la ausencia de patologías. La sexualidad es una dimensión del ser humano, que nos hace ser seres sexuados desde que nacemos hasta que morimos, que evoluciona a través del aprendizaje y la experiencia. Cuando los pacientes acuden a consulta con alguna dificultad en el área sexual, no sólo es trabajo del terapeuta ayudar al paciente a superar dicha dificultad, sino también conseguir, en la medida en la que el paciente lo necesite, un cambio de actitud sexual, hacia enfoques más placenteros y satisfactorios.

### Objetivo del Monográfico

La psicoterapia es una ciencia en constante evolución, principalmente, porque el ser humano también se encuentra en constante cambio y evolución. La sociedad va cambiando, lo que obliga al ser humano a adaptarse a las nuevas demandas sociales y laborales. El concepto de familia, y la propia estructura de familia, también cambia, es muy diferente a lo que parecía inmutable hace unos años. Las tecnologías de la comunicación, y la incorporación de la inteligencia artificial son también cambios recientes que promoverán cambios en el ser humano, en su forma de trabajar, de relacionarse, y por supuesto de entender la sociedad y de entenderse a sí mismo. Por todo ello, la psicoterapia no puede ser una ciencia estanca, sino que también necesita una constante renovación y actualización. Ese es el principal objetivo de este monográfico, titulado *Género y sexualidad: nuevos enfoques terapéuticos*, recopilar la información más reciente sobre género y sexualidad para la actualización del estado de la cuestión. Este monográfico no pretende presentar un conocimiento único y definitivo, pero sí aportar un nuevo hito a la ciencia y, sobre todo, servir de actualización a los terapeutas para su labor cotidiana.

### Contenido y Estructura del Monográfico

El monográfico comienza con el artículo titulado *The impact of a brief online mindfulness intervention to support erectile dysfunction in African Caribbean men: a pilot waitlist controlled randomised controlled trial and content analysis*. El trabajo evalúa la eficacia de la terapia de mindfulness en la disfunción eréctil en hombres afrocaribeños. Los resultados son interesantes y el artículo abre una nueva línea de investigación para la disfunción eréctil, aportando datos relevantes sobre un nuevo enfoque terapéutico. La asistencia de pacientes con problemas de erección es común en las consultas de sexología, bien como causa principal, o bien como patología asociada a otros problemas (del Río et al., 2015), y hasta ahora, la terapia más efectiva ha sido la cognitivo conductual (Cabello, 2010). Este artículo permite a los terapeutas explorar otros enfoques.

Otras de las dificultades frecuentes en clínica, son los trastornos sexuales por dolor, lo que el DSM-5 denomina trastorno de dolor genito-pélvico/penetración. Las causas pueden ser muy variadas, como señala la literatura existente (Cabello-Santamaría et al., 2015; del Río et al., 2017). El artículo que continúa el monográfico, *Efectividad de los Tratamientos Psicológicos y Fisioterapéuticos*

*para el Trastorno de Dolor Genito-Pélvico/penetración. Una revisión sistemática*, presenta una revisión de los principales tratamientos existentes y la significación estadística que presenta cada uno. El lector podrá encontrar en este artículo el tratamiento que muestra una mayor efectividad para esta patología según la literatura existente actual.

El siguiente artículo aborda otra de las cuestiones más frecuentes en la consulta sexológica, el trastorno orgásmico femenino. El artículo titulado *Eficacia de la técnica de alineación coital en línea en el trastorno orgásmico femenino*, presenta un trabajo en el que se ha puesto a prueba una nueva técnica de tratamiento. Los autores realizan el estudio con tres grupos diferentes (el grupo de alineación, uno de masturbación, y otro de control), con el que aportan datos suficientes para que el lector valore la eficacia del mismo. Finalmente, en este artículo se discuten las aplicaciones que esta técnica puede tener en la terapia sexual.

El abuso sexual en la infancia es más frecuente de lo que se piensa, y puede generar secuelas en el funcionamiento psicológico en general, y en el funcionamiento sexual en particular (Franco-Jaén et al., 2020). El artículo titulado *Revisión sistemática sobre tratamientos psicológicos con personas adultas víctimas de abuso sexual infantil*, ofrece al lector una visión sobre la actualidad de los diferentes tratamientos existentes para esta patología. Las autoras afirman que la terapia cognitivo-conductual es la que presenta resultados más alentadores.

Uno de los temas más controvertidos hoy día, a nivel político y social, es la disforia de género. Diferentes grupos políticos debaten y expresan posturas opuestas sobre esta temática, lo que provoca que la sociedad se alineé en un extremo o en el otro. Lógicamente, en este debate político y social, se deja de lado la postura imparcial de la ciencia y los datos objetivos. En algunos sectores sociales y políticos incluso se llega a hablar sobre la terapia de conversión, pretendiendo dar rigor a una terapia que tiene más connotaciones religiosas y sectarias que científicas. El artículo titulado *Identidad de género: una revisión de las principales terapias aplicadas*, arroja luz sobre la terapia psicológica adecuada para ayudar a las personas que se encuentran en esta situación.

El siguiente artículo del monográfico, titulado, *Análisis de la efectividad de las terapias de Tercera Generación en las disfunciones sexuales: una revisión sistemática*, analiza los datos de terapias como el mindfulness, EMDR, Aceptación y Compromiso, y Analítico Funcional, en el tratamiento de las disfunciones sexuales. Una de las cuestiones que permite la primacía de la terapia cognitivo-conductual frente al resto de terapias es la cantidad de investigación contrastada existente sobre la misma (además de que ha demostrado su eficacia, lógicamente), y en este artículo se analizan investigaciones con otros modelos terapéuticos que permitirá al lector valorar la utilización o no de las mismas.

En los centros educativos la formación en sexualidad sigue siendo una asignatura pendiente (García-Rojas et al., 2022), del mismo modo, es necesario el incluir en los planes de estudio universitarios de forma transversal y como asignaturas: la igualdad, el género, la violencia de género... (García-Rojas et al., 2023). En el artículo *¿Qué te hace pensar que eres feminista? Desarrollo y validación de la escala feminista de actitud y comportamiento para docentes* se aborda el rol de los docentes en el fomento de

actitudes igualitarias en la escuela. Nos presentan la validación de una escala “Escala Feminista de Actitud y Comportamiento para Docentes (FABS-T)” con alumnado de Educación Infantil y Primaria, en base a los comportamientos y actitudes, destacando como una de sus conclusiones la necesidad de diferenciar ambas.

Cuando hablamos de educación sexual, hablamos de conocimientos, conductas y actitudes sobre la dimensión sexual. El artículo titulado *Revisión sistemática de escalas que miden actitudes hacia la sexualidad* nos presenta una revisión sistemática de escalas validadas existentes que miden actitudes hacia la sexualidad. Esta revisión nos ofrece las bases para poder clasificarlas en base a sus objetivos, población y sus características con la finalidad de facilitar la búsqueda y selección de dichos instrumentos en futuras investigaciones, tan necesarias hoy en día.

Se aborda la satisfacción sexual entendida como un elemento multifactorial a nivel individual y de pareja en el artículo *Satisfacción sexual: un estudio de su correlación con el autoconcepto, la ansiedad social y la comunicación sexual en universitarios en parejas heterosexuales*. Se presenta una investigación en una población universitaria que tenían una relación heterosexual. Los resultados indican que las variables de género, autoconcepto físico y calidad de la comunicación sexual dentro de la pareja son suficientes para explicar o predecir la satisfacción sexual. Además, las autoras nos aportan correlaciones muy interesantes entre distintas variables.

El monográfico finaliza con el artículo titulado *Resiliencia e Inteligencia Emocional y su Relación con los Niveles de Ansiedad y Depresión en Hombres y Mujeres Homosexuales y Bisexuales*, en el que se analiza la capacidad de resiliencia ante la discriminación sufrida por personas homosexuales y bisexuales, y cómo dicha resiliencia predicen los niveles de ansiedad y depresión.

## Referencias

Bourdieu, P. (2005). La dominación masculina revisitada. Archipiélago, Cuadernos de crítica de la cultura. *Crisis de la heterosexualidad y reinención de la condición humana*, 67, 9-22.

- Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Síntesis.
- Cabello-Santamaría, F., del Río-Olvera, F.J. y Cabello-García, M. A. (2015). Sexual pain disorders [Trastornos de dolor sexual]. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 412-417. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000200>
- Del Río, F. J., Cabello-Santamaría, F. y Cabello-García, M.A. (2017). Sexual pain disorders in spanish women drug users [Trastornos de dolor sexual en mujeres españolas consumidoras de drogas]. *Substance Use & Misuse*, 52(2), 145-151. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1222625>
- Del Río, F. J., Cabello, F. y Fernández, I. (2015). Influence of substance use on the erectile response in a sample of drug users [Influencia del consumo de sustancias en la respuesta eréctil en una muestra de consumidores de drogas]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.10.002>
- Enguix-Grau, B. (2022). *Caja de herramientas. Géneros y contemporaneidades*. Fundació Universitá Oberta de Catalunya (FUOC).
- Franco-Jaén, S., Rodríguez, J. M. y del Río, F. J. (2020). El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos. Una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 38(3), 317-338. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000300317>
- García-Rojas, A. D., del Río Olvera, F. J. y Santín Vilariño, C. (2022). La formación del alumnado universitario en género y sexualidad como estrategia preventiva del sexismo en las aulas. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 25(3), 177-189. <https://doi.org/10.6018/reifop.533411>
- García-Rojas A. D., Calderón Paz N., Conde Vélez S. y Civila, S. (2023). Aceptación y tolerancia del sexismo entre el alumnado de ciencias de la educación, psicología y ciencias del deporte. *Revista Complutense de Educación*, 34(2), 415-426. <https://doi.org/10.5209/rced.79375>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002 [Definiendo salud sexual: informe de una consulta técnica sobre salud sexual, 28-31 de enero de 2002]*. <https://www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf>



Article (Dossier)

## The Impact of a Brief Online Mindfulness Intervention to Support Erectile Dysfunction in African Caribbean Men: A Pilot Waitlist Controlled Randomised Controlled Trial and Content Analysis

Samantha Banbury<sup>1</sup>, Dellián Jean-Marie<sup>1</sup>, Joanne Lusher<sup>2</sup>, Chris Chandler<sup>1</sup> and John Turner<sup>3</sup>

<sup>1</sup> London Metropolitan University, United Kingdom

<sup>2</sup> Regents University London, United Kingdom

<sup>3</sup> University of East London, United Kingdom

### ARTICLE INFO

Received: April 9, 2024

Accepted: April 29, 2024

#### Keywords:

Erectile dysfunction  
African Caribbean  
Cognitive mindfulness  
sexual self-efficacy  
well-being

### ABSTRACT

Limited clinical trials have evaluated the effectiveness of mindfulness for sexual functioning in men and the existing studies have targeted white male populations. The present study aimed to evaluate the effectiveness of a Mindfulness-Based Cognitive Intervention (MBCI) for erectile dysfunction (ED) in  $n=68$  African Caribbean men aged 31–50 years old. A mixed methods approach was adopted to establish the feasibility of a brief online MBCI, using a waitlist-controlled randomised trial with an active and delayed group and a content analysis. Participants completed a series of assessments measuring ED, sexual self-efficacy, well-being, and cognitive mindfulness at weeks 0, 4, and 12 (follow-up). They also completed a series of feedback questions on their experiences of the intervention at weeks 0, 4, and 12. Higher levels of erectile functioning, cognitive mindfulness, sexual self-efficacy, and well-being were reported post-intervention and at the 12-week follow-up. A content analysis of participant feedback responses yielded favourable outcomes, with participants suggesting that they continue to engage in cognitive mindfulness exercises to support them in “having better sex”. This research is the first to look at MBCI in African-Caribbean males with ED and demonstrated the effectiveness of this online intervention; however, it warrants replication with a larger group of ethnically and culturally diverse participants with ED.

## El Impacto de una Breve Intervención de Atención Plena en Línea para Apoyar la Disfunción Eréctil en Hombres Afrocaribeños: Un Ensayo Piloto Controlado, Aleatorio, Controlado en Lista de Espera y Análisis de Contenido

### RESUMEN

Ensayos clínicos limitados han evaluado la eficacia de la atención plena para el funcionamiento sexual en hombres y los estudios existentes se han dirigido a poblaciones masculinas blancas. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de una intervención cognitiva basada en la atención plena (MBCI) para la disfunción eréctil (DE) en  $n = 68$  hombres afrocaribeños de entre 31 y 50 años. Se adoptó un enfoque de métodos mixtos para establecer la viabilidad de una MBCI breve en línea, utilizando un ensayo aleatorio controlado en lista de espera con un grupo activo y retrasado y un análisis de contenido. Los participantes completaron una serie de evaluaciones que midieron la disfunción eréctil, la autoeficacia sexual, el bienestar y la atención cognitiva en las semanas 0, 4 y 12 (seguimiento). También completaron una serie de preguntas de retroalimentación sobre sus experiencias de la intervención en las semanas 0, 4 y 12. Se informaron niveles más altos de funcionamiento eréctil, atención cognitiva, autoeficacia sexual y bienestar después de la intervención y en las 12.-seguimiento semanal. Un análisis de contenido de las respuestas de los participantes arrojó resultados favorables, y los participantes sugirieron que continuaran realizando ejercicios de atención cognitiva para ayudarlos a “tener un mejor sexo”. Esta investigación es la primera que analiza la MBCI en hombres afrocaribeños con disfunción eréctil y demuestra la eficacia de esta intervención en línea; sin embargo, justifica su replicación con un grupo más grande de participantes con disfunción eréctil étnica y culturalmente diversos.

#### Palabras clave:

Disfunción eréctil  
Caribe africano  
Atención cognitiva  
autoeficacia sexual  
bienestar



Erectile Dysfunction (ED) is the inability to achieve or maintain an erection in at least 75% of sexual attempts, including masturbation and sexual intercourse (American Psychiatric Association, 2013). It is estimated that up to half of men aged between 40 and 70 may experience ED in the UK (National Health Service., 2023). ED's aetiology can be organic (associated with high blood pressure, cancer, high cholesterol, and diabetes) or psychogenic, along with varied psychopathologies, including substance use, anxiety and depression (American Psychiatric Association, 2013; Del Río et al., 2015). Additional risk factors include hypogonadism, urinary tract infections (UTI), cardiovascular problems, and prescription medications (Yafi et al., 2016).

According to Laumann et al. (2007), the effect of lifestyle and health variables on ED varies for different ethnic groups. In a population study based in the United States, White men were found to be more likely to develop ED who were aged 70 years and above and diagnosed with diabetes. For African American men, ED was prevalent among those with severe UTIs and diabetes and Hispanic men aged 60 years and above with UTIs, hypertension, and psychopathologies. The risk of ED was lower for African American and Hispanic men compared to White men who exercised and were in a supportive relationship. However, research examining ED, ethnicity, risk factors, and management remains sparse.

Varied biopsychosocial interventions are available to support ED, including pharmaceuticals, psychoeducation, Cognitive Behavioural Therapy (CBT) and psychodynamic therapies (Frühaufer et al., 2013). CBT targets body image, spectating and sexual performance anxiety (Stephenson & Kirth, 2017). An emerging intervention for sexual well-being is mindfulness, which focuses on the present moment and brings negative thoughts during sex to one's awareness with acceptance (Bossio et al., 2018). A meta-analysis on the effects of Mindfulness-Based Interventions (MBI) on sexual dysfunction yielded a low-to-moderate effect size of  $d = 0.55$  in favour of MBI for sexual well-being (Banbury et al., 2021). Of seven related studies, only one study with ten White men has been conducted, and no study has included people from ethnic minority backgrounds. Bossio et al. (2018) used a mixed design to raise awareness about the representativeness of gender and counselling in healthcare and clinical trials. Outcomes identified men's willingness to access and engage in therapeutic-based interventions. In the UK, men's comparative reluctance, when measured against women's, to access psychological therapies has been demonstrated (e.g., for anxiety and depression) (Seidler et al., 2016). This may be due to perceived facets of masculinity being reinforced by gendered societal roles (Seidler et al., 2016). Concerning Black, ethnic and minority groups, there are further cultural and ethnic intersections in health disparities affecting access to healthcare (e.g., Meyer & Zane., 2013).

Based on this review of the available literature, the present study aimed to evaluate the effectiveness of a Mindfulness-Based Cognitive Intervention (MBCI) for ED in African Caribbean men. The intervention embraces recent changes in the UK National Health Service (NHS), focusing on online healthcare (e.g., Van Lankveld, 2016) and mental health among Black and minority communities. No clinical studies have yet been conducted with African Caribbean men using mindfulness for ED. This research wanted to endorse equity in clinical trials conducted among diverse groups.

For some men, talking about sex can be embarrassing and one way to mitigate this is by using digital health that makes healthcare more accessible and effective (Jedamzik, 2019). Therefore, it was decided to develop an online MBCI. Furthermore, the development of this MBCI has been guided by the "Behaviour Change Techniques Taxonomy" (BCTTv1, Michie et al., 2013) to ensure reliability in its application. Briefly, behaviour plays a crucial role in health and well-being, and health-related behaviours could impact the risk of ED. The BCTTv1 comprises 93 "Behaviour Change Techniques" (BCT) organised into 16 groups (including goals and planning, feedback, and monitoring). BCTs selected via a triangulation process maximised the development and delivery of this intervention.

It was hypothesised in the present study that the active and delayed groups would report higher levels of erectile functioning, mindfulness, sexual self-efficacy, and well-being post-intervention and at follow-up. Further, it was predicted that a significant difference would exist between acquired and lifelong ED with substance use, exercise, and prescription medication use.

## Method

### Design

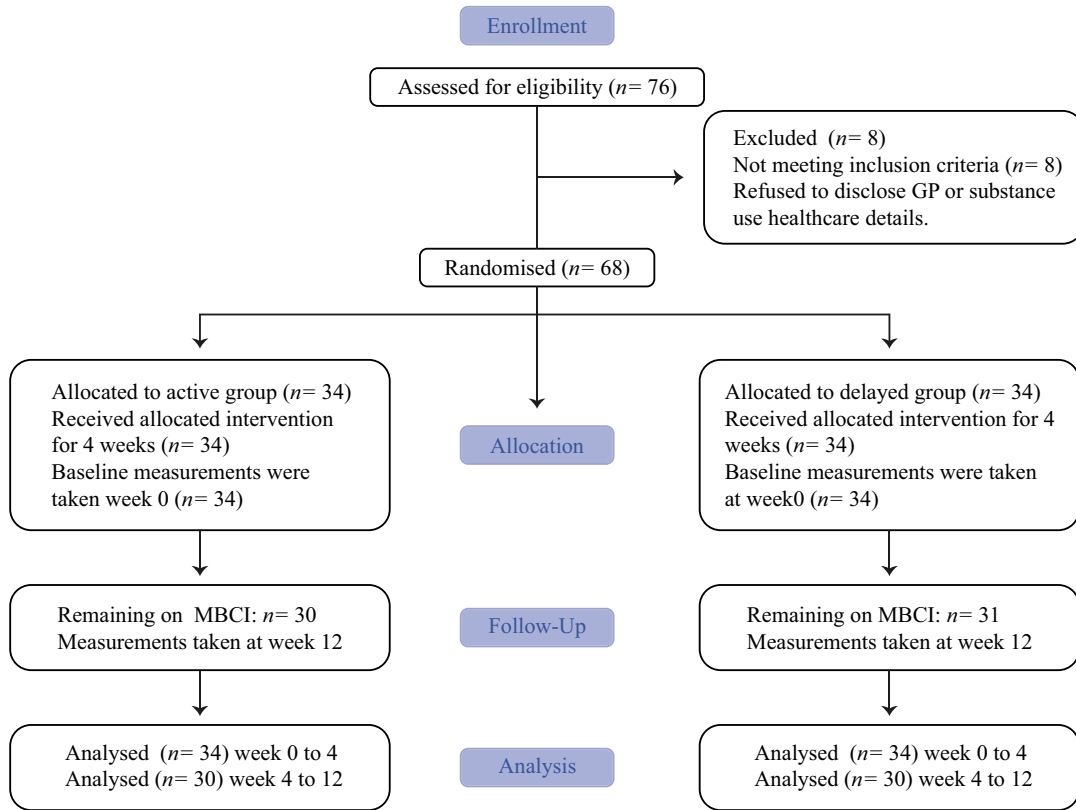
A mixed methods approach was adopted, including a waitlist control RCT and a participant-based summative content data analysis. Individuals were randomly allocated to group 1 or group 2. Group 1 is the active group receiving MBCI and group 2 is the delayed group. Group 2 received the MBCI in week 4 when Group 1's MBCI was finished. The two groups were compared for differences in erectile functioning, well-being, mindfulness, and sexual self-efficacy at 0, 4 and 12 weeks. A snowballing sampling method was used to promote the study via LinkedIn, Reddit, Facebook, and Twitter.

Further, the study was presented in "The Black, African, Asian Therapy Network" (BAATN) newsletter and promoted via The Dominican Emz radio show. A content analysis using Mentimeter was conducted on participants' feedback on the MBCI intervention. Mentimeter is a software app used to create anonymous presentations with real-time feedback. This encouraged participants to voice their views throughout receiving this intervention.

### Participants

A Google form was developed, and a link to the study contents was made accessible via Facebook, Reddit, LinkedIn, and Twitter. Interested parties contacted the principal researcher. Participants were 68 African Caribbean men with ED aged 28 to 50+ years old. Half of the sample was randomly allocated to either group one or two. Those without ED, who were not registered with a doctor, who had compromised capacity (Mental Capacity Act., 2005) or who took Viagra/Sildenafil were excluded from this study. Concerning the participant CONSORT diagram shown in Figure 1, of 76 participants assessed for eligibility in this study, eight were excluded by the inclusion/exclusion criteria. Attrition rates were low, with seven participants from the active and delayed groups lost at follow-up or discontinued during the intervention.

**Figure 1**  
CONSORT 2010 Flow Diagram for ED and MBCI



**Materials and Guiding Framework for MBCI and ED**

The development of the MBCI was based on capability, opportunity, and motivation to perform a behaviour (COM-B) and the behavioural taxonomy BCTTv1 (Michie, 2014; Michie et al., 2013). These frameworks were used because they have been rigorously assessed to evidence intervention effectiveness. The behaviour change wheel consists of three layers, including capability (physical and psychological), opportunity (physical and social) and motivation (reflective and automatic). The COM-B model is supported by the “Theoretical Domains Framework” (TDF), which consists of 12 domains, including knowledge, skills, social/professional role and identity, beliefs about capabilities, beliefs about consequences, motivation and goals, memory, attention and decision processes, environmental context and resources, social influences, emotion regulation, behavioural regulation, and nature of the behaviour. We proposed 10 of these domains, which had been mapped to BCTs. The 93 BCTs are the active ingredients of behaviour change whereby each intervention is likely to consist of more than one BCT and serve more than one function. The COM-B model can be linked to psychological theories such as social cognitive theories and sexual self-efficacy (Bandura, 1997). Team triangulation ensured consistency in the optimal use of the BCTs in mapping them to the TDFs. This guided the development and delivery of the MBCI.

**Assessment Tools**

**Preliminary Screening Tool PHQ-9 for Inclusion/Exclusion Criteria**

The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) was used to measure levels of depression, with internal reliability within the range of 0.86–0.89 (Kroenke et al., 2001). This 9-item measure requires that participants rate the regularity of present difficulties during the past 2 weeks (e.g., trouble falling, staying asleep, or sleeping too much). Scores indicate the presence and severity of the depression, with a maximum score of 27 and a minimum score of zero. Scores of 0, 5, 10, 15, and 20 indicate minimal, mild, moderate, moderately severe, and severe depression, respectively.

**Demographic Information**

Demographic information included ethnicity, partnered status, sexuality, age, employment status, children, other health concerns, sexual difficulties, prescription medications and substance use, including alcohol consumption and smoking, and levels of exercise. Of the sample, 11.8% (n = 8) were aged between 18-30 years, 55.9% (n = 38) 31-50 years, 32.4% (n = 22) were aged 50 years and above. The sample consisted of 70.6% (n = 48) African and 29.4% (n = 20) Caribbean, who were predominately partnered



82.4% ( $n = 56$ ), identified as heterosexual 91.2% ( $n = 62$ ) and were either prescribed heart medication 32.4% ( $n = 22$ ) or insulin for diabetes 14.7% ( $n = 10$ ). Alcohol use predominated with levels of 14 and above units of alcohol weekly. Substance use consisted of cocaine, 17.6% ( $n = 12$ ), amphetamine/speed, 29.4% ( $n = 20$ ) and no substance use, 52.9% ( $n = 36$ ). Of the sample, 82.4% ( $n = 56$ ) had lifelong, and 17.6% ( $n = 12$ ) had situational ED.

#### ***The International Index of Erectile Function (IIEF-5) Questionnaire (Rhoden et al., 2002)***

Consists of five questions with five response categories measuring erectile functioning. For this study, erectile functioning and satisfaction were measured. Response categories ranged from 0=to 5and each question varied including 0 = *very low* to 5 = *very high*. Scores of 5-7 suggest severe erectile dysfunction, and between 22-25, no erectile dysfunction.

#### ***The Sexual Self-Efficacy Erectile Tool SSES-E (Libman et al., 1985)***

This is a 25-item questionnaire which focuses on sexual confidence and behaviour change associated with therapy. Participants' responses are measured via a 10-item scale ranging from 10 to 100. Here, 10 is the lowest level of self-efficacy and 100 is the highest. There are no reverse questions. The Cronbach's alpha for men with erectile difficulties is  $\alpha = 0.88$  (high) and for men without erectile difficulties,  $\alpha = 0.62$  (low to moderate). There is no other sexual self-efficacy questionnaire which has been developed for men. This questionnaire had been adjusted and less than 5% of the original questionnaire remained.

#### ***The Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale SWEMWBS (Tennant et al., 2007)***

A positively worded seven-item questionnaire with five response categories measuring functioning and feeling aspects of well-being. The response categories are 1 = *none of the time* to 5 = *all of the time*. Cronbach alpha 0.89-0.91. Scores range from 7 to 35, with the latter having the highest level of well-being.

#### ***The Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised CAMS-R (Feldman et al., 2006)***

This is a 10-item measure with four response categories 1= *rarely/not at all* to 4 = *almost always*, with higher scores indicating higher levels of mindfulness (range 4-40). An example question is: "I can accept things I cannot change". Cronbach's alphas ranged between 0.82 and 0.84.

#### ***Questions Used in the Content Analysis***

A series of questions were asked throughout the MBCI (please see Table 3). Participants were encouraged to leave one feedback per question to ensure that the team got a collective sense of the group's thoughts and feelings about the intervention rather than a disproportionate number of respondents. The feedback outcome was obtained using Mentimeter, then coded and inputted into SPSS.

## **Procedure**

Following ethical approval by the University research ethics review panel, this clinical trial was registered with clinicaltrials.gov (NCT05167955). Details of the study were made available online via social media sites LinkedIn, Reddit, Twitter and Facebook. The BAATN published details of the study in their Newsletter dated 13/12/2021, and a radio discussion about this research was aired on a live Radio UK show - The Dominican, on 09/04/2022. Those interested in participating signed a consent form which authorised the principal researcher to contact their General Practitioner (GP). Those accepted onto the programme provided written consent. Baseline questionnaire measures were taken at week 0 and repeated at weeks 4 and 12. Participants were randomised into the active or delayed group in which the delayed group received the intervention at week 4. The main exercises included mindfulness, breathing, relaxation techniques, being mindful of the senses and the body and understanding enjoyable sex (Bossio et al., 2018). Four one-to-two-hour online weekly group sessions took place for one month. Feedback on the intervention was sought throughout the intervention using Mentimeter, by which a content analysis of participants' responses regarding their experience was conducted at each point.

Participants were ensured confidentiality and anonymity concerning their engagement in the programme. They were also reminded that they could withdraw from the study without repercussions and did not have to answer all the assessment questions. Researchers in the team had experience working in healthcare with vulnerable and diverse groups. They had been versed in the distress protocol before the research started to support the recognition of distress among the participants. All responses generated from participants in this study were stored on a password-protected computer under the General Data Protection Regulation/Data Protection (2018).

## **Statistical Analyses**

A within-subjects ANOVA was used to compare means of study variables measured across weeks 0, 4, and 12 weeks for both groups (active and delayed groups). A series of paired samples t-tests compared dependent variables pre-and post-tests and follow-up outcomes. Nonparametric Mann-Whitney was used to compare acquired and lifelong ED with substance use, medication use, alcohol consumption, exercise, and smoking. Feedback was taken from participants in weeks 0, 4, and 12 of the MBCI intervention, and a summative content analysis was used to analyse secondary data outcomes.

## **Results**

Cronbach  $\alpha$  for the questionnaires used in this study was moderate to high, ranging between .848 and .952 (see Table 1). All adapted questionnaires had sound psychometric properties and were considered reasonable for the current study.

Table 2 shows that the overall means and standard deviations were recorded for groups 1 and 2 (within the study design) for erectile functioning, mindfulness and cognition, well-being, and sexual self-efficacy across weeks 0, 4, and 12.

**Table 1**  
The Cronbach's Alpha for the Included Questionnaires

Questionnaire	Cronbach Alpha $\alpha$
The International Index of Erectile Function (IIEF-5) Questionnaire (Rhoden et al., 2002)	.848
The Sexual Self-Efficacy Erectile tool (SSES-E; Libman et al., 1985)	.896
The Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS) (Tennant et al., 2007)	.952
The Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R; Feldman et al., 2006)	.939

**Table 2**  
Erectile Functioning (IIEF-5), Mindfulness and Cognition (CAMS-R), Well-Being (SWEM WBS), and Sexual Self-Efficacy (SSES-E) in Men Assigned to Group 1 or Group 2 at Weeks 0, 4, and 12

Measure	Active group		Delayed group	
	Mean	SD	Mean	SD
IIEF-5				
Week 0	6.67	1.03	6.74	1.05
Week 4	12.43	1.41	12.44	1.50
Week 12	13.78**	1.48	13.45**	1.57
CAMS-R				
Week 0	18.67	4.90	18.26	4.41
Week 4	34.07	3.47	33.59	3.16
Week 12	34.40**	3.14	33.94**	3.33
SWEM WBS				
Week 0	10.17	2.35	10.56	2.23
Week 4	28.50	2.26	27.79	2.37
Week 12	28.37**	2.04	27.55**	2.51
SSES-E				
Week 0	22.53	3.78	16.09	2.66
Week 4	41.67	7.59	41.38	7.09
Week 12	62.43**	10.03	61.70**	7.14

Note. \*\* Significant  $p < .001$  (within subjects)

A repeated measures ANOVA was conducted to analyse the interaction effects of ED with mindfulness, sexual self-efficacy, and well-being. The statistical significance viewpoint using partial eta-squared ( $\eta_p^2$ ) as an effect size was further illustrated using confidence intervals (e.g., Lakens, 2013). For group 1, Mauchly's Test of Sphericity for ED suggested that the assumption had been violated,  $\chi^2(2) = 14.892$ ,  $p < .001$ . Therefore, a Greenhouse-Geisser correction was used. Time significantly affected ED over weeks 0, 4 and 12,  $F(2,28) = 4035.914$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .997$ . The fixed effect was strong, with narrow confidence intervals (CI 95%) between 13.179 and 14.287. There was also a significant effect of time on mindfulness,  $F(2,28) = 1230.707$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .989$ . The fixed effect was strong, with narrow confidence intervals (CI 95%) between 16.674 and 19.973. For sexual self-efficacy,  $F(2,28) = 17.205$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .551$  with narrow confidence intervals (CI 95%) between 11.342 to 13.952 and well-being,  $F(2,28) = 927.410$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .985$  with narrow confidence intervals (CI 95%) between 27.288 to 29.007. There was a significant interaction effect between ED, mindfulness, sexual self-efficacy, and well-being,  $F(14, 16) = 94.733$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .991$ .

For group 2, Mauchly's Test of Sphericity for ED suggested that the assumption had been violated,  $\chi^2(2) = 33.634$ ,  $p > .001$ . Therefore, a Greenhouse-Geisser correction was used. Time significantly affected ED over weeks 0, 4 and 12,  $F(2,29) = 3269.321$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .996$ . The fixed effect was strong with narrow confidence intervals (CI 95%) ranging between 11.917 to 12.965. There was also a significant effect of time on mindfulness,  $F(2,29) = 42.704$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .747$ . The fixed effect was strong with narrow confidence intervals (CI 95%) between 16.725 and 19.804. For sexual self-efficacy,  $F(2,29) = 4359.298$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .997$  with narrow confidence intervals (CI 95%) between and well-being,  $F(2,29) = 602.767$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .977$  with narrow confidence intervals (CI 95%) between 15.162 to 17.015 and 9.748 to 11370, respectively. An overall interaction effect between ED, mindfulness, sexual self-efficacy, and well-being was also significant,  $F(14, 16) = 59.658$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .985$ .

A series of T-tests compared groups 1 and 2 means at weeks 0, 4 and 12. There were no significant differences at week 0 for ED, mindfulness, or well-being  $p \geq .05$ . There was a significant difference with sexual self-efficacy,  $t(33) = 10.335$ ,  $p < .001$ . At week 4, there were no significant differences between groups 1 and 2 self-reported ED,  $p \geq .05$ . There were significant differences with sexual self-efficacy,  $t(33) = 2.931$ ,  $p = .006$ , cognitive mindfulness,  $t(33) = 2.925$ ,  $p = .006$  and well-being,  $t(33) = 2.435$ ,  $p = .021$ . There were no significant differences at week 12 follow-up between groups 1 and 2 in ED,  $p > .05$ . There were significant differences with sexual self-efficacy,  $t(29) = 2.186$ ,  $p = .037$ , cognitive mindfulness,  $t(29) = 2.954$ ,  $p = .017$  and well-being,  $t(29) = 3.002$ ,  $p = .005$ . ED for group 1 at week 4 compared to group 2 at week 0 was significantly different,  $t(33) = 5.853$ ,  $p < .001$ .

Finally, a Mann-Whitney U test was conducted to identify significant differences between acquired and lifelong ED across demographic variables. Results indicated that those with acquired ED had higher levels of prescription medication use,  $Z = [-2.780]$ ,  $P = [<.005]$  and engaged in higher levels of exercise than those with lifelong ED,  $Z = [-3.329]$ ,  $p = [<.001]$ . Further, those with lifelong ED engaged in higher levels of substance use (e.g., cocaine/cannabis),  $Z = [-3.409]$ ,  $p = [<.001]$  including smoking than those with acquired ED,  $Z = [-2.409]$ ,  $p = [<.001]$ .

## Content Analysis

Mentimeter outcomes for all participants were taken at weeks 0, 4 and 12 (Table 3).

## Discussion

This preliminary study aimed to identify whether a brief online MBCI can successfully improve erectile functioning in African Caribbean men with erectile dysfunction. The intervention mapped the domains of the theoretical domains framework to the behaviour change techniques, in which selected BCTs had been operationalised to maximise the development and delivery of this intervention. Levels of self-reported erectile functioning, mindfulness, sexual self-efficacy, and well-being had improved for both groups during and post MBCI at follow-up. The outcomes of this study went beyond erectile functioning in which an interaction effect was statistically significant between erectile functioning, well-being, sexual self-efficacy and mindfulness.

**Table 3**  
A Content Analysis Based on Participant Feedback

<b>Week 0</b>	
Question 1:	What are your thoughts about receiving this MBCI?
Number of Responses:	43
32.6% (n=14) were uncertain about what to expect, 25.6% (n=11) stated White privilege, 20.9% (n=9) fear of failure, 16.3% (n=7) not sure, 4.7% (n=2) hopeful.	
Question 2:	What would your preferences be if you had a choice of practitioner who would deliver this intervention?
Number of Responses:	50
64% (n=32) requested a male Black practitioner 16% (n=8) a female Black practitioner 20% (n=10) stating not bothered	
Question 3:	What are your thoughts about your current erectile functioning?
Number of Responses:	59
33.9% (n=20) reported shame, 30.5% (n=18) embarrassment, 18.6% (n=11) bad, 13.6% (n=8), not a man, 3.4% (n=2) terrible.	
<b>Week 4</b>	
Question 4:	How is your erectile functioning now at the end of this MBCI?
Number of Responses:	57
41.1% (n=28) reported better, 15.8% (n=9) better sex, 14% (n=8) inclusive, 12.3% (n=7) more awareness of the sexual moment 7.4% (n=5) masculine.	
Question 5:	What are your thoughts on receiving this intervention?
Number of Responses:	59
39% (n=23) stated good, 27.1% (n=16) felt better, 13.6% (n=8) straightforward, 10.2% (n=6) inclusion, 10.2% (n=6) enjoyed it.	
<b>Week 12</b>	
Question 6:	How is your ED at follow-up?
Number of Responses:	53
32% (n=17) stated sex is better, 28.3% (n=15) still good, 20.8% (n=11) works, 13.2% (n=7) not perfect but ok, 5.7% (n=3) still trying.	
Question 7:	Any thoughts about whether you will continue to practise mindfulness to help your ED?
Number of Responses:	46
34.8% (n=16) reported yes, 23.9% (n=11) definitely, 17.4% (n=8) don't know, 15.2% (n=7) when needed, 8.7% (n=4) sometimes.	
Question 8:	If you could receive this intervention again, would you prefer it delivered online or in person?
Number of Responses:	45
80% (n=36) stated online, 13.3% (n=6) either 6.7% (n=3) in person	
Question 9:	Would you have preferred this intervention being delivered over a longer duration?
Number of Responses:	47
80.9% (n=38) stated no, 10.6% (n=5) yes, 8.5% (n=4) do not know.	
Question 10:	Is there anything else you want to add about your experiences of this MBCI?
Number of Responses:	34
41.2% (n=14) stated thank you, 29.4% (n=10) keep going 29.4% (n=10) no.	

The benefits of this intervention for ED corroborate with earlier research (Bossio et al., 2018; Van Diest et al., 2007). Similarly, there was a moderate improvement in erectile functioning post-intervention. Indeed, levels of self-reported ED went from severe to moderate levels. This study compared lifelong ED with those with acquired ED. Reported outcomes for substance use were higher in lifelong than acquired ED. Those with acquired ED were more likely to be on prescription medication and exercise than those with lifelong ED. Minimal research has compared acquired versus lifelong ED; however, research looking at acquired PE (premature ejaculation) has shown increased comorbidity with ED than lifelong PE (e.g., Hartmann et al., 2005; Peugh et al., 2001). Multiple studies have observed that ED and PE are often comorbid in up to 50% of cases (e.g. Laumann et al., 2007; Porst et al., 2007). Similarly to the outcomes in this study, substance use has also been reported in those with lifelong PE (Hartmann et al., 2005; Peugh et al., 2001). Indeed, in a sample of  $n = 925$  men with a history of substance use and  $n = 82$  men without a history of substance use, among those with a history of substance use, higher levels of lifelong ED, trait and state anxiety and lower levels of sexual intimacy were reported (Del Rio et al., 2015). The current study did not include co-occurring sexual dysfunctions with ED which is a consideration for future research (e.g., Şerefoğlu et al., 2014). Of interest, the current study consisted of several stimulant users. Whilst research suggests that stimulants can aggravate symptoms of ED (Del Rio et al., 2015; Chou et al., 2015), understanding the psychological implications of self-medicating ED with stimulants would be of interest. To expand, research establishing whether there is a perceived expectation that stimulants support sexual functioning among those with ED would be of interest. Finally, a better comprehension of the needs of those with acquired versus lifelong ED is needed.

All participants' mindfulness levels increased during the current MBCI and continued at follow-up. Mindful exercises centred on a compassionate, non-judgmental approach to encourage participants to be less self-judgemental during the sexual act. Part of this includes being immersed in the sexual moment which can help minimise spectating during sexual intimacy (Dunkley et al., 2015). Spectatoring has been shown to impact sexual functioning, including the ability to achieve or maintain an erection (Carvalho, & Nobre., 2010, 2011). Additional intervention components included psychosexual education, graded sexual skills response and cognitive restructuring/reframing. The cognitive reframe reassigned meaning to the sexual act, thus aimed at modifying a negative self-evaluation during the sexual act (Van Lankveld., 2016). The intention is to replace negative automatic thoughts and experiences with less critical cognition during sexual intimacy. According to Zlomuzica et al. (2015), self-efficacy is an important part of cognitive reframing. Positive changes have been associated with improved behavioural and emotional responses to perceived anxiety-provoking situations. This increases the extinction of an unwanted behavioural response to a stimulus, including during the sexual act.

Furthermore, levels of reported Sexual Self Efficacy (SSE) increased throughout the delivery of this intervention which continued at follow-up. Steinke et al. (2008) state that SSE is critical to successful sexual function. Their study of 59 men with heart failure and compromised sexual functioning found that higher levels of sexual functioning were associated with higher levels of SSE. A further study constructed an SSE measure to distinguish between

men with or without erectile problems based on responses from 60 men (Steinke et al., 2008). These authors found SSE to predict sexual functioning and suggested that SSE is vital in assessing sexual difficulties. Whilst sexual confidence and SSE are two separate constructs, they nonetheless overlap. In Van Diest et al., (2007) study, a gradual increase in SSE and improvement in sexual functioning in men with ED was found.

Moreover, the qualitative component of the research of Bossio et al. (2018) yielded a central theme of self-efficacy. In Bossio et al. (2018) study, participants reported that learning the practical tools associated with mindfulness and psychoeducation had supported the development of self-awareness and self-acceptance. Associated with sexual self-efficacy is well-being and increased well-being supports sexual personal and interpersonal well-being (Dewitte et al., 2021).

Talking about ED can be embarrassing for men, and an online anonymous intervention can help mitigate this (Jedamzik, 2019). Digital health care allows more innovative interventions to reach broader and more diverse populations whilst minimising costs. The decision to develop a brief intervention was guided by research suggesting that mindfulness delivered over four weeks appears as effective as those delivered for up to 12 weeks (e.g. Banbury et al., 2023). Further, the decision to create an online intervention was guided by Hucker and McCabe's (2014) waitlist control study on MBCI for mixed female sexual problems. Outcomes for sexual arousal, desire, and orgasm (not pain) improved post-intervention and at follow-up (12 weeks). A subsequent review examining internet-based psychological interventions for mindfulness and sexual dysfunction suggested outcome improvements in most domains of sexual functioning, including sexual arousal, sexual desire, and sexual pleasure. Participants voiced a preference for the MBCI to be brief and online; however, this might not reflect a broader view of receiving MBCI by those who may prefer in-person delivery.

Mentimeter, in the present study, allowed participants to express their thoughts, feelings, and feedback anonymously. The outcomes of the content analysis revealed that participants had initially reported a lack of confidence, uncertainty, shame, doubt, and White privilege in their responses (taken week 0). The participants in this study had reported the term White privilege and the request for a Black male practitioner. This raises the issue of equity in healthcare. According to The British Association for Counsellors and Psychotherapists (BACP, 2018), race and ethnic distinctions must be put on the agenda if we have any relevance in the outside world when claiming that therapy changes lives. There is a need for more Black, ethnic, and minority counsellors/practitioners in healthcare and for improving information about services and access pathways for Black, minority, and ethnic clients/patients. Healthcare providers would benefit from further training in developing interventions and providing effective communication strategies to deliver culturally attuned healthcare (Meyer & Zane., 2013). A bottom-up approach to developing healthcare support might facilitate a better understanding of sexual difficulties and improve access to care, including psychosexual services.

This study has limitations. The research was deliberately narrow in focus on erectile functioning, whereas future research might target relationships and sexual satisfaction. Also, this is a preliminary study with a small sample in which outcomes should be interpreted cautiously. It is difficult to establish why attrition rates were low in

this study. Whilst speculative, the convenience of being online, the anonymity of using Mentimeter, the intervention being brief, and the use of brief questionnaires contributed to participants' engagement. However, the sustainability of the outcomes is difficult to ascertain since outcomes for well-being at week twelve in the experimental group and well-being and sexual self-efficacy in the delayed group had slightly reduced. There were significant differences in well-being, sexual self-efficacy and cognitive mindfulness at weeks 4 and 12 between groups 1 and 2. This might be due to an anticipatory effect commonly seen in waitlist-controlled groups (Knutson & Greer, 2008). The small sample might have increased type 2 errors despite the reasonable effect sizes. Future research might like to re-trial this intervention with a larger sample to establish the effectiveness of MBCI on this cohort. Rather than a waitlist control RCT, using a non-treatment control group might have provided a better understanding of the effectiveness of mindfulness in ED. Future research might also look at how a mindfulness and Sildenafil adjunct compares with either variable individually or with a no treatment control group between acquired and lifelong ED.

In conclusion, this is one of the first MBCIs for African Caribbean men with ED. Limited clinical trials have targeted African Caribbean groups in healthcare practice. This lack of representativeness in clinical trials does not support culturally attuned healthcare practice. This research wanted to contribute to developing evidence-based practice implementation towards healthcare excellence. Indeed, results look promising, where ED functioning increased along with SSE, mindfulness, and well-being for all participants, which continued through to follow-up. The intervention mapped the domains of the TDFs to the BCTs in which selected BCTs had been operationalised to maximise the development and delivery of this intervention. It is proposed that a larger-scale trial with an ethnically and culturally diverse group of male participants is carried out.

### Author Contributions

Conceptualisation, Samantha Banbury (SB); Methodology, SB and Dellián Jean-Marie (DJM); Software, (DJM); Formal Analysis, SB.; Investigation, SB, DJM; Data Curation, SB.; Writing – Original Draft Preparation, SB.; Writing – Review & Editing, SB, Chris Chandler (CC), Joanne Lusher (JL), John Turner (JT); Tables and presentation (CC and JL); References – SB, DJM, CC, JL, JT; Manuscript preparation for submission- SB, CC, JL, JT.

### Institutional Review Board Statement

The research complied with the British Psychological Society Code of Ethics (BPS., 2017), the GDPR and the Data Protection Act (2018). The study was ethically approved via the London Metropolitan Ethics Review Panel on 20/11/2021.

### Informed Consent Statement

The research complied with the British Psychological Society Code of Ethics (BPS., 2017), the GDPR and the Data Protection Act (2018). All participants consented to participate in this study.

**Data Availability Statement:** Raw anonymised data sets are saved in SPSS on a password-protected computer following the Data Protection Act/GDPR (2018).

### Acknowledgements

The authors would like to thank the participants in this study, BAATN, who supported the research with their Newsletter dated 13/12/2021 and Emma on The Dominican Emz show aired on 09/04/2022.

### Conflicts of Interest

The authors have no conflict of interest.

### References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- National Health Service. (2023). *Erectile Dysfunction (Impotence)*. <https://www.nhs.uk/conditions/erection-problems-erectile-dysfunction/>
- British Association of Counsellors and Psychotherapists. (2018). <https://www.bacp.co.uk/bacp-journals/therapy-today/2018/october-2018/why-we-need-to-talk-about-race/>
- Banbury, S., Lusher, J., Snuggs, S., & Chandler, C. (2021). Mindfulness-based therapies for men and women with sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Sexual and Relationship Therapy*, 38(4), 533–555. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1883578>
- Banbury, S., Chandler, C., & Lusher, J. (2023). A systematic review exploring the effectiveness of mindfulness for sexual functioning in women with cancer. *Psych*, 5(1), 194–208. <https://doi.org/10.3390/psych5010015>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/ Times Books/ Henry Holt & Co.
- Bossio, J. A., Basson, R., Driscoll, M., Correia, S., & Brotto, L. A. (2018). Mindfulness-based group therapy for men with situational erectile dysfunction: a mixed-methods feasibility analysis and pilot study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(10), 1478–1490. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.013>
- British Psychological Society. (2017). *Ethics guidelines for internet-mediated research*. <https://www.bps.org.uk/news-and-policy/ethics-guidelines-internet-mediated-research>
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2010). Predictors of men's sexual desire: The role of psychological, cognitive-emotional, relational, and medical factors. *Journal of Sex Research*, 48(2-3), 254–262. <https://doi.org/10.1080/00224491003605475>
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2011). Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: testing an integrative model. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 754–763. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02156.x>
- Chou, N. H., Huang, Y. J., & Jiann B.P., (2015). The impact of illicit use of amphetamine on male sexual functions. *Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1694–1702. <https://doi.org/10.1111/jsm.12926>
- Data Protection Act of 2018. C. 12. Part 1. Section 1. U.K. Public General Act (2018). <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2018/12/section/1>
- Del Río, F. J., Cabello, F., & Fernández I (2015). Influence of substance use on the erectile response in a sample of drug users. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.10.002>
- Dewitte, M., Bettocchi, C., Carvalho, J., Corona, G., Flink, I., Limoncin, E., Pascoal, P. M., Reisman, Y., & Van Lankveld, J. (2021). A psychosocial



- approach to erectile dysfunction: position statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). *Sexual Medicine*, 9(6), 100434. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100434>
- Dunkley, C. R., Goldsmith, K. M., & Gorzalka, B. B. (2015). The potential role of mindfulness in protecting against sexual insecurities. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 92–103. <https://doi.org/10.3138/cjhs.242-a7>
- Feldman, G., Hayes, A. M., Kumar, S., Greeson, J. M., & Laurenceau, J. (2006). Mindfulness and Emotion Regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177–190. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9035-8>
- Frühhauf, S., Gerger, H., Schmidt, H. M., & Münder, T. (2013). Efficacy of Psychological Interventions for Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 915–933. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0062-0>
- Hartmann, U., Schedlowski, M., & Krüger, T. (2005). Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: Differences between dysfunctional and functional men. *World Journal of Urology*, 23(2), 93–101. <https://doi.org/10.1007/s00345-004-0490-0>
- Hucker, A., & McCabe, M. P. (2014). Incorporating mindfulness and chat groups into an online cognitive behavioral therapy for mixed female sexual problems. *Journal of Sex Research*, 52(6), 627–639. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.888388>
- Jedamzik, S. (2019). Digitale Gesundheit und Pflege. *Unfallchirurg*, 122(9), 670–675. <https://doi.org/10.1007/s00113-019-0672-2>
- Knutson, B., & Greer, S. (2008). Anticipatory affect: neural correlates and consequences for choice. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363(1511), 3771–3786. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0155>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>
- Laumann, E. O., West, S. L., Glasser, D. B., Carson, C. C., Rosen, R. C., & Kang, J. H. (2007). Prevalence and correlates of erectile dysfunction by race and ethnicity among men aged 40 or older in the United States: From the Male Attitudes Regarding Sexual Health Survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(1), 57–65. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00340.x>
- Libman, E., Rothenberg, I., Fichten, C. S., & Amsel, R. (1985). The SSES-E: a measure of sexual self-efficacy in erectile functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 11(4), 233–247. <https://doi.org/10.1080/00926238508405450>
- Mental Capacity Act of 2005, C9. UK Public General Acts. (2005). <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>.
- Meyer, O. L., & Zane, N. (2013). The influence of race and ethnicity in clients' experiences of mental health treatment. *Journal of Community Psychology*, 41(7), 884–901. <https://doi.org/10.1002/jcop.21580>
- Michie, S. (2014). Implementation science: understanding behaviour change and maintenance. *BMC Health Services Research*, 14(Suppl 2), O9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-S2-O9>
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J. J., Hardeman, W., Eccles, M., Cane, J. E., & Wood, C. (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Peugh, J., & Belenko, S. (2001). Alcohol, drugs and sexual function: a review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(3), 223–232. <https://doi.org/10.1080/02791072.2001.10400569>
- Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R. C., Gaynor, L., Grupe, S., & Alexander, J. R. (2007). The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: Prevalence, comorbidities, and Professional Help-Seeking. *European Urology*, 51(3), 816–824. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2006.07.004>
- Rhoden, E. L., Telöken, C., Sogari, P. R., & Souto, C. a. V. (2002). The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 14(4), 245–250. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3900859>
- Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S., Olliffe, J. L., & Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 49, 106–118. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>
- Şerefoğlu, E. C., McMahon, C. G., Waldinger, M. D., Althof, S. E., Shindel, A., Adaikan, G., Becher, E., Dean, J., Giuliano, F., Hellstrom, W. J., Giraldo, A., Glina, S., Incrocci, L., Jannini, E. A., McCabe, M. P., Parish, S. J., Rowland, D. L., Seagraves, R., Sharlip, I. D., & Torres, L. O. (2014). An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: Report of the Second International Society for Sexual Medicine ad hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(6), 1423–1441. <https://doi.org/10.1111/jsm.12524>
- Stephenson, K. R., & Kerth, J. (2017). Effects of mindfulness-based therapies for female sexual dysfunction: a meta-analytic review. *Journal of Sex Research*, 54(7), 832–849. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1331199>
- Steinke, E. E., Wright, D. W., Chung, M. L., & Moser, D. K. (2008). Sexual self-concept, anxiety, and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders. *Heart & Lung*, 37(5), 323–333. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2007.09.004>
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Van Diest, S. L., Van Lankveld, J., Leusink, P., Slob, A. K., & Gijs, L. (2007). Sex therapy through the internet for men with sexual dysfunctions: a pilot study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33(2), 115–133. <https://doi.org/10.1080/00926230601098456>
- Van Lankveld, J. (2016). Internet-based interventions for women's sexual dysfunction. *Current Sexual Health Reports*, 8(3), 136–143. <https://doi.org/10.1007/s11930-016-0087-9>
- Yafi, F. A., Jenkins, L. C., Albersen, M., Corona, G., Isidori, A. M., Goldfarb, S., Maggi, M., Nelson, C. J., Parish, S. J., Salonia, A., Tan, R., Mulhall, J. P., & Hellstrom, W. J. (2016). Erectile dysfunction. *Nature Reviews Disease Primers*, 2(1), 16003. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.3>
- Zlomuzica, A., Preusser, F., Schneider, S., & Margraf, J. (2015). Increased perceived self-efficacy facilitates the extinction of fear in healthy participants. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 9, 270. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2015.00270>





Artículo (Monográfico)

## Efectividad de los Tratamientos Psicológicos y Fisioterapéuticos Para el Trastorno de Dolor Genito-Pélvico/Penetración. Una Revisión Sistemática

M<sup>a</sup> Pilar López Muñoz  y Carmen Santín Vilarino 

Universidad de Huelva, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Abril 2, 2024  
Aceptado: Abril 24, 2024

#### Palabras clave:

Dolor Genito-Pélvico  
Dyspareunia  
Vaginismo  
Suelo Pélvico  
Efectividad de Tratamiento

### RESUMEN

El trastorno de dolor genito-pélvico/penetración (GPPPD) ocupa la tercera causa de disfunciones sexuales femeninas, manifestándose tanto en etapas reproductivas como post-reproductivas. Posee una etiología multifactorial y, como tal, requiere un tratamiento multidisciplinario. Esta revisión sistemática tiene el objetivo de conocer la efectividad de los tratamientos psicológicos y fisioterapéuticos, o la combinación de ambos, que se han llevado a cabo en los últimos diez años en mujeres adultas con diagnóstico de GPPPD. 16 estudios indexados en las bases de datos PsycINFO, Scopus y Medline fueron seleccionados. Se encontraron evidencias de la efectividad de la terapia física, especialmente cuando la manipulación se centra en la musculatura del suelo pélvico. También, mostraron resultados significativos la exposición gradual a través de dilatadores, y otros componentes de la terapia cognitivo-conductual y terapia sexual. Estas técnicas no solo disminuyen el dolor genito-pélvico y capacitan a la mujer para la penetración, sino que mejoran la función sexual en general. La implicación de la pareja resultó favorable en el proceso. Asimismo, la terapia grupal y la modalidad de internet también merecen ser contempladas por su efectividad. Por el contrario, no se han encontrado evidencias de que la terapia EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) repercuta positivamente en la tasa de coito, aunque sí sobre otros aspectos relacionados con la experiencia del dolor.

## Effectiveness of Psychological and Physiotherapeutic Treatment For Genitopelvic Pain/Penetration Disorder. A Systematic Review

### ABSTRACT

Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder (GPPPD) ranks as the third leading cause of female sexual dysfunctions, appearing in both reproductive and post-reproductive stages. It has a multifactorial etiology and because of this it is necessary a multidisciplinary treatment. This systematic review aims to explore the effectiveness of psychological and physiotherapeutic treatments, or a combination thereof carried out in the last ten years in adult women diagnosed with GPPPD. Sixteen studies indexed in the PsycINFO, Scopus, and Medline databases were selected. Evidence was found regarding the effectiveness of physical therapy, especially when the focus is on pelvic floor musculature. Gradual exposure through dilators, as well as components of cognitive-behavioral therapy and sexual therapy, also showed significant results. These not only decrease genito-pelvic pain and empower women for penetration but also improve overall sexual function. Partner collaboration proved beneficial in the process. Additionally, group therapy and internet-based modalities also deserve consideration due to their effectiveness. However, no evidence has been found that EMDR therapy positively impacts coital rates, although it does affect other aspects related to the experience of pain.

#### Keywords:

Genito-Pelvic Pain  
Dyspareunia  
Vaginismus  
Pelvic Floor  
Treatment Effectiveness

La prevalencia de la disfunción sexual en la mujer es variable, estimándose que alrededor de un 40% de la población mundial puede padecer una dificultad en este ámbito, presentando variaciones de acuerdo con la edad (McCool et al., 2016; Schwartzman et al., 2019). Los trastornos sexuales por dolor incluyen dispareunia y vaginismo. La clasificación actual del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed., American Psychiatric Association, 2013) reúne ambos términos bajo la categoría de trastorno de dolor genito-pélvico/penetración. Ambas entidades son de etiología multifactorial e influyen en la satisfacción sexual de las mujeres en etapas reproductivas y post-reproductivas y sus parejas, causando un impacto negativo en la salud sexual y la calidad de vida (Spengler et al., 2020).

Las disfunciones sexuales tienden a convertirse en problemas crónicos, siendo poco probable que se resuelvan sin un apoyo determinado (Pérez Nocetti, 2014) más aún cuando la complejidad de su etiología (problemas médicos, de pareja, consumo de sustancias, etc.) requiere de un enfoque multidisciplinario (Del Río et al., 2017; Vandyken y Hilton, 2017). Aunque la literatura científica señala como efectivos los distintos tratamientos diseñados para abordar el GPPPD, sobre todo cuando la paciente participa activamente de su recuperación, muchos de ellos no garantizan una resolución definitiva, respaldando la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario (Al-Abbadey et al., 2016; Weinberger et al., 2019).

La terapia sexual constituye el tratamiento que ha demostrado mayor eficacia a través de la desensibilización sistemática, alcanzando una tasa de éxito más alta cuando se aplica in vivo junto con reestructuración cognitiva para las creencias irracionales de la paciente, psicoeducación, entrenamiento en relajación y ejercicios de Kegel, y terapia de pareja (Cabello-Santamaría, 2010; Manzo y Yulis, 2004; Spengler et al., 2020).

Por su parte, las revisiones sistemáticas llevadas a cabo por Cabello-Santamaría et al. (2015) y Al-Abbadey et al. (2016) ponen de manifiesto la variabilidad en los factores que influyen en el desarrollo del dolor así y en ambos casos se concluye que las fisioterapias y las terapias psicológicas son tratamientos prometedores, sustentado un enfoque biopsicosocial de estos trastornos. Se aconseja así un tratamiento multidisciplinario desarrollado por diferentes profesionales que intervengan sobre aspectos físicos, emocionales y conductuales (Fernández-Pérez et al., 2023).

Entre estas disciplinas, la fisioterapia sexual ha demostrado ser eficaz para los casos de dolor sexual integrando diferentes técnicas como el fortalecimiento del músculo perineal con entrenamiento de biorretroalimentación, la aplicación de ENT (Electroestimulación Nerviosa Transcutánea), terapia manual de liberación de puntos gatillo y el masaje Thiele, una técnica de masaje para el tratamiento del elevador del ano y los músculos coccígeos (Fernández-Pérez et al., 2023). Combinar las técnicas anteriores con la terapia cognitivo-conductual, la educación sobre la biología del dolor, técnicas de reducción del estrés basadas en la atención plena, yoga y ejercicios basados en imágenes hace que la probabilidad de éxito del tratamiento aumente (Vandyken y Hilton, 2017).

Pese a la continua investigación y evaluación de diversas intervenciones, no hay una ampliamente aceptada para los casos de dolor sexual (Al-Abbadey et al., 2016), por lo que es esencial continuar la búsqueda de las mejores estrategias.

El objetivo de esta revisión sistemática es conocer la efectividad de los tratamientos psicológicos y fisioterapéuticos, o la combinación de ambos, que se han llevado a cabo en los últimos diez años en la población femenina. Para ello, se establecen los siguientes objetivos específicos: 1. analizar los componentes del tratamiento de las intervenciones para el GPPPD y 2. considerar los resultados de la efectividad de las intervenciones.

## Método

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos publicados en revistas científicas relacionados con la efectividad del tratamiento para el GPPPD. El método empleado pretende dar cumplimiento a las recomendaciones de la declaración PRISMA (Moher et al., 2009; Page et al., 2021) para el desarrollo de revisiones sistemáticas.

## Estrategia de Búsqueda

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática de artículos publicados en revistas científicas indexadas en PsycINFO, Scopus y Medline. De esta forma, se complementa una base de datos específica del ámbito de la Psicología (PsycINFO), con una generalista (Scopus) y otra de ámbito médico (Medline). El protocolo de búsqueda siguió las recomendaciones recogidas en Perestelo-Pérez (2013). Los comandos de búsqueda avanzada, limitados a los campos título, resumen y palabras clave, fueron: (genito-pelvic pain OR dyspareunia OR vaginismus) AND (psychological treatment)/ (therapy)/ (physiotherapy treatment) / (physical therapy).

## Criterios de Inclusión

Los artículos seleccionados superaron los siguientes criterios de inclusión: 1) artículos científicos revisados por pares; 2) escritos en inglés; 3) publicados en los últimos 10 años (desde el 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2023); 4) que correspondan a intervenciones o tratamientos dirigidos al dolor genitopélvico y 5) que evalúen los efectos de las intervenciones.

## Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión que se aplicaron a los artículos revisados fueron los siguientes: 1) que no se centraran en el tratamiento psicológico y/o fisioterapéutico del dolor genitopélvico y 2) que se centraran en patologías médicas específicas y diferentes a esta.

## Procedimiento

La revisión se llevó a cabo en enero de 2024. Para la selección de los artículos que han formado parte de la revisión sistemática

se siguió la propuesta de la Declaración PRISMA (Moher et al., 2009), que Ferreira-González et al. (2011) resumen en las siguientes fases: 1) identificación (búsqueda inicial y eliminación de duplicados); 2) cribado (a través de la revisión del título y resumen); y 3) elegibilidad (revisión del texto completo y selección de artículos que finalmente formarán parte de la revisión sistemática).

### Codificación de los Resultados

De las fuentes consultadas se obtuvo la siguiente información: nombre de los autores, año de publicación, lugar, población, objetivos, componentes del tratamiento, y resultados y conclusiones más destacados de las intervenciones.

### Resultados

En la búsqueda inicial se identifican un total de 536 artículos (271 en PsycINFO, 95 en Scopus y 170 en Medline). Tras la eliminación de duplicados, se seleccionaron 332. Aplicando los criterios de exclusión, se descartaron aquellos que no se centraran en el tratamiento psicológico o fisioterapéutico del dolor asociado a la penetración (otras patologías asociadas al dolor, relación con otras variables psicológicas, propuestas de intervención que no median efectividad, o tratamiento farmacológico y/o médico). Este cribado dio lugar a la exclusión de 290 artículos. Se disponía, por tanto, de un total de 42 artículos para la revisión del texto completo de los cuales, tras la lectura definitiva y atendiendo al criterio 3 (elegibilidad), se excluyeron un total de 26, incluyéndose finalmente 16 artículos en el proceso de revisión sistemática. Cabe destacar que dentro de este trabajo también se han incluido cuatro revisiones sistemáticas, dos de ellas revisiones junto con metaanálisis. La Figura 1 resume el proceso completo de selección de artículos:

### Datos Extraídos de los Artículos

Los datos extraídos de los artículos en base a la aplicación del protocolo de revisión sistemática quedan reflejados en la Tabla 1 que se muestra a continuación.

### Características Generales de los Estudios

En relación con la población objeto de estudio, cabe destacar que la muestra son mujeres con diagnóstico de vaginismo, dispareunia o dolor genito-pélvico entre los 15 y los 60 años.

Los objetivos expuestos en los diferentes trabajos se centraban en investigar el efecto de un tipo de terapia para el GPPPD o comparar diferentes intervenciones. Los componentes incluidos forman parte de algún tipo de tratamiento psicológico o físico. En relación con el primero, además de la terapia individual, se presentan intervenciones grupales y en pareja basados en un enfoque cognitivo-conductual. Algunos de estos artículos evalúan la efectividad del abordaje del dolor utilizando únicamente la exposición gradual, ya sea con dilatadores o con los dedos (Aslan

et al., 2020; Miles y Miles, 2021; Ter Kuile et al., 2015). El resto de los artículos incorporan como parte del tratamiento otros como psicoeducación sobre el trastorno, anatomía y fisiología de los genitales, reestructuración cognitiva (corrección de mitos y pensamientos catastróficos), técnicas de respiración y relajación, entrenamiento en ejercicios de Kegel, autoexploración genital y focalización sensorial. La comunicación en pareja también es otro aspecto tratado en diferentes intervenciones. Por otro lado, también merecen ser destacados los estudios en los que el enfoque del tratamiento para el GPPPD se sustenta bajo la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), y la neurociencia del trauma, el mindfulness y “somatic embodiment” (Jebelli et al., 2018 y Darnell, 2021, respectivamente). Atendiendo a la terapia física o manual, el abordaje del vaginismo o la dispareunia incluyen la manipulación pélvica a través de masaje para liberación de puntos gatillo y liberación miofascial del diafragma abdominal, músculo piriforme e ilipsoas, ejercicios de contracción y relajación, termoterapia infrarroja, y biorretroalimentación electromiográfica (EMG) o biofeedback, además de la terapia de dilatación gradual. Merece ser señalada la intervención multimodal de Topdagi et al. (2020), que combina la dilatación junto con el bloqueo del plano erector espinal. Los trabajos de Zarski et al. (2017, 2021) son destacables por implementar los tratamientos a través de internet.

En relación con la pregunta de investigación y objetivo principal de este trabajo, se destacan a continuación los principales resultados sobre la efectividad del tratamiento propuesto por los diferentes artículos revisados. Es preciso señalar que dichos estudios la evalúan de diferentes formas. Así, por ejemplo, se tiene en cuenta el aumento en la frecuencia de relaciones coitales y que estas estén libres de dolor, la evolución de las participantes en el uso de dilatadores, la disminución en los comportamientos de evitación, la frecuencia e intensidad del dolor y las creencias catastróficas relacionadas con este. Además, en la mayoría de los artículos se hace uso del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI; Rosen et al., 2000) como complemento de lo anterior y, en algún caso, se emplea la Escala Visual Análoga (EVA; Huskisson, 1982, cit. en Langley y Sheppard, 1985) para medir el dolor.

Los datos de efectividad del tratamiento, tanto psicológico como físico, en general, muestran resultados positivos, de modo que evidencian la conducta de penetración con éxito de las participantes, aumenta la frecuencia de coito, disminuye el dolor genital y aumentan las puntuaciones en FSFI después de la intervención (orgasmo y satisfacción sexual). No obstante, es necesario señalar que la terapia de EMDR (Jebelli et al., 2018) no mostró resultados significativos en cuanto a la tasa de éxito de coito, aunque sí un aumento en las puntuaciones del FSFI y disminución de la ansiedad asociada a las relaciones sexuales. En cuanto a la dilatación gradual, el uso de dilatadores posee más éxito en la continuidad del tratamiento y mejora en la función sexual que el uso de los dedos. Finalmente, en todas aquellas intervenciones donde se compara el grupo de tratamiento con grupo control es el primero el que se beneficia de resultados más relevantes (Aslan et al., 2020).

Tabla 1

Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en esta Revisión Sistemática

Autor/es (año) País	Población objeto de estudio	Objetivo del estudio / intervención	Componentes del tratamiento	Resultados y conclusiones más destacables
Topdagi, Oral, Ahiskalioglu, Tulgar, Aydin y Kumtepe, (2020) Turquía	Mujeres entre 23 y 30 años con imposibilidad para la penetración debido al dolor y cuyos tratamientos anteriores fallaron ( $N = 15$ ).	Demostrar la eficacia del tratamiento combinado de bloqueo del plano erector espinal y la utilización de dilatadores.	Combinación de bloqueo del plano erector espinal (ESP) de la columna sacra (20 ml de 0.250% bupivacaina + 8 mg de dexametasona) y dilatación progresiva con dilatadores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 73% de las mujeres tuvieron penetración con éxito tras el primer bloqueo.</li> <li>• El embarazo ocurrió en 8 de las pacientes después del primer mes de seguimiento. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 mujeres necesitaron una segunda sesión.</li> </ul> </li> <li>• El bloqueo del sacro ESP añadido al protocolo de tratamiento multimodal mejora significativamente la calidad del tratamiento.</li> </ul>
Bokaie y Bostani, (2019) Irán	6 parejas casadas heterosexuales ( $N = 12$ ). Edad media hombres $M = 32$ . Edad media mujeres $M = 29,5$ .	Investigar el efecto de la terapia de pareja en el tratamiento del vaginismo.	Pautas para exploración genital frente al espejo, prohibición del coito, psicoeducación sobre anatomía femenina y masculina, corrección de mitos, entrenamiento en ejercicios de Kegel, entrenamiento previo al tratamiento sin penetración del pene, focalización sensorial, fomento de la comunicación verbal y no verbal, pautas para utilizar un dilatador, penetración digital, técnicas de relajación e información sobre posiciones sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La puntuación del cuestionario Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI) de las participantes mejoró desde el inicio (A) después de la intervención (B).</li> <li>• 5 de las 6 de parejas participantes experimentaron encuentros coitales, manteniendo relaciones sexuales de 3 a 7 veces por semana.</li> </ul>
Damagum y Garko, (2023) Nigeria	Mujer de 28 años con imposibilidad para la penetración tras su matrimonio y sin intentos de coito previo a este por razones religiosas.	Describir el tratamiento exitoso de una mujer con vaginismo.	Educación sexual, psicoterapia, dilatación gradual con dilatadores de plástico, focalización sensorial (focos 1 a 5) y medicación para la ansiedad (fluoxetina).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la sexta y última visita, la paciente estaba utilizando el último dilatador (2,5 cm de diámetro) y se encontraba en la fase 5 de la focalización sensorial (penetración).</li> <li>• La combinación de la dilatación con la terapia en esta pareja produjo resultados más rápidos y eficaces que solamente la dilatación en la práctica ginecológica.</li> <li>• Este caso demuestra un enfoque holístico para tratar el GPPPD en un entorno clínico ambulatorio</li> </ul>
Jebelli, Maaroufi, Maracar y Molaeinezhad, (2018) Irán	Mujeres de entre 15 y 49 años diagnosticadas de vaginismo de por vida ( $N = 15$ ; $M = 24,8$ ; $DT = 3,16$ ).	Investigar la efectividad de la terapia EMDR en el vaginismo de por vida.	10 sesiones de terapia EMDR y una sesión de seguimiento dos meses después.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las puntuaciones totales de la función sexual, orgasmo, satisfacción sexual y calidad de vida mental aumentaron, y las puntuaciones de ansiedad disminuyeron significativamente en comparación con el pretratamiento (<math>p &lt; 0,05</math>). <ul style="list-style-type: none"> <li>• La tasa de éxito de coito no mejoró significativamente.</li> </ul> </li> <li>• El comportamiento de miedo/evitación en las mujeres no se solucionó a través del EMDR. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las diferencias entre el postratamiento y la sesión de seguimiento no fueron significativas.</li> </ul> </li> </ul>
Zarski, Berking y Ebert, (2021) Alemania	Mujeres diagnosticadas de trastorno de dolor genito-pélvico/ penetración ( $M = 28,75$ ; $DT = 8,89$ ). -Grupo intervención (IG): $N = 100$ . -Grupo control lista de espera (WCG): $N = 100$ .	Evaluar la eficacia de un tratamiento basado en internet para el trastorno de dolor genito-pélvico/ penetración.	Psicoeducación, comunicación diádica con la pareja, reestructuración cognitiva, ejercicios de respiración y relajación de la musculatura, relajación de suelo pélvico, autoexploración, exposición gradual al coito (primero con los dedos y después con el uso de dilatadores), ejercicios de coito y fomento del deseo y excitación en pareja, focalización sensorial (focos I y II), y prevención de recaídas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El 31% de las participantes en el IG señaló haber tenido relaciones con penetración durante el tratamiento en comparación con el 13% del WCG.</li> <li>• Después del tratamiento, las mujeres del IG tuvieron más relaciones sexuales que los del grupo control en lista de espera, pero las diferencias no fueron significativas entre los grupos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• La frecuencia y la intensidad del dolor genital se vieron aliviados de manera significativa a las 8-12 semanas y 6 meses tras el tratamiento en el IG.</li> </ul> </li> <li>• Las mujeres en el IG informaron de un menor dolor genital durante las relaciones sexuales en comparación con el WCG. <ul style="list-style-type: none"> <li>• El miedo al coito, las cogniciones negativas asociadas a la penetración, la actividad sexual no coital y la ansiedad de rasgo se vieron reducidas en el grupo de intervención.</li> </ul> </li> <li>• Otras dimensiones del funcionamiento sexual, como la lubricación, la satisfacción sexual y el funcionamiento sexual general mejoraron significativamente durante el tratamiento y tras este a favor del IG. <ul style="list-style-type: none"> <li>• De media, las participantes completaron un 79% de la intervención.</li> </ul> </li> </ul>

Tabla 1

Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en esta Revisión Sistemática (Continuación)

Zarski, Berking, Fackiner, Rosenau y Ebert, (2017) Alemania	Mujeres con vaginismo -Grupo intervención (IG): N = 40. -Grupo control lista de espera (WCG): N = 37.	Evaluar la aceptabilidad y eficacia de una intervención de autoayuda guiada por internet para el vaginismo en comparación con un grupo control de lista de espera en un ensayo controlado aleatorio.	Psicoeducación, ejercicios de relajación, reestructuración cognitiva, autoexploración genital frente al espejo, focalización sensorial, exposición gradual al coito con dedos y dilatadores, ejercicios preparativos para el coito con la pareja.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el IG más participantes tuvieron relaciones coitales en comparación con el WCG, aunque sin diferencias significativas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde el inicio hasta los 6 meses, el IG aumentó la tasa de relaciones con penetración, cambio que no se observó en el grupo control.</li> <li>• El miedo al coito y el afrontamiento diádico disminuyeron en el IG.</li> <li>• No hubo diferencias significativas en el FSFI en ambos grupos, a excepción de la satisfacción en WCG durante el tratamiento.</li> <li>• Solo el 32.5% de las participantes completó el tratamiento.</li> </ul> </li> </ul>
Aslan, Yavuzkir y Baykara, (2020) Turquía	Mujeres casadas de entre 18 y 43 años que acudieron o fueron derivadas con vaginismo al ambulatorio de ginecología. -Grupo entrenamiento con dedos: N = 30. -Grupo entrenamiento con dilatadores: N = 32.	Comparar las tasas de éxito de la terapia para el vaginismo usando los dedos (DTG) o dilatador (FTG).	DTG: dilatación progresiva con los propios dedos de la paciente empezando por el meñique, continuando por el índice y finalizando con índice y corazón de manera conjunta. Después, entrenamiento con los dedos de la pareja hasta completar el coito. FTG: entrenamiento con dilatadores graduados en forma de tubos de vidrio de 2, 4, 5 y 6 cm de diámetro y 3, 5, 7 y 10 cm de longitud, respectivamente. Después, indicación de coito con pareja.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambos grupos mostraron diferencias positivas y estadísticamente significativas en las puntuaciones del FSFI tras el tratamiento (<math>p &lt; 0,001</math>).</li> <li>• 27 pacientes del DTG y 17 del FTG lograron mantener relaciones sexuales sin dolor.</li> <li>• La exposición consiguió reducir el miedo y las creencias negativas después del tratamiento y durante los tres meses de seguimiento.</li> <li>• Esta investigación evidenció que el DTG tiene más éxito en la continuidad del tratamiento y muestra más mejoría de las funciones sexuales.</li> </ul>
Miles y Miles, (2021) USA	Mujeres de entre 21 y 47 años ( $M = 34$ ) con dispareunia que acuden a la consulta ambulatoria de fisioterapia del suelo pélvico ( $N = 26$ ).	Determinar la utilidad del uso de la terapia de dilatadores a intervalos cortos y alta frecuencia de movimiento para la dispareunia en pacientes femeninas premenopáusicas.	Sesiones de fisioterapia de suelo pélvico y programa domiciliario de ejercicios autodirigidos mediante terapia con dilatadores a intervalos cortos y alta frecuencia de movimiento (durante unos minutos todos o casi todos los días de la semana). El diámetro osciló entre los 13 y 35 mm, con una media de 21.5 mm.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La puntuación media del dolor disminuyó de 8,3 (<math>DT = 2.2</math>) antes del tratamiento a 1,3 (<math>DT = 2.0</math>) después del tratamiento y fue estadísticamente significativa (<math>p &lt; 0,001</math>).</li> <li>• La dispareunia se resolvió por completo en el 58% de las pacientes.</li> <li>• Las pacientes completaron entre 2 y 6 visitas totales de fisioterapia del suelo pélvico durante 0-44 semanas.</li> </ul>
Zulfikaroglu, (2021) Turquía	472 mujeres de entre 20 y 46 a las que se diagnosticó con vaginismo tras la investigación clínica ( $M = 28.2$ ; $DT = 5.2$ ). -Vaginismo 1er grado: N = 150. -Vaginismo 2º grado: N = 174. -Vaginismo 3er grado: N = 120. -Vaginismo 4º grado: N = 28.	Evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual e hipnoterapia del vaginismo.	Terapia cognitivo-conductual para pacientes con vaginismo de primer, segundo y tercer grado de gravedad: psicoeducación acerca del vaginismo (causas, dinámica, mecanismos...), corrección de mitos sexuales, fomento de la autoestima, información sobre anatomía y fisiología genital, técnicas respiración y relajación, ejercicios del espejo, masaje genital externo, entrenamiento en ejercicios de Kegel, palpación del interior de la vagina con el dedo, ejercicios de dilatación progresiva (a solas y con la pareja), focalización sensorial y ejercicios de conexión sexual, información sobre el coito, reproducción y autoconcepción mediante maquetas y DVD (a solas y en pareja). Asesoramiento posterior al tratamiento. Para pacientes con vaginismo de cuarto grado, se utilizó lo anterior después de la hipnoterapia médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Después del tratamiento y a los tres meses de seguimiento, las 472 (100%) mujeres informaron haber tenido coito satisfactorio (241 mujeres indicaron no solo tener relaciones regulares, sino orgasmos también).</li> <li>• Existe una correlación significativa entre la gravedad del vaginismo y el número de sesiones de tratamiento.</li> </ul>

Tabla 1

Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en esta Revisión Sistemática (Continuación)

Schvartzman, Schvartzman, Ferreira, Vettorazzi, Bertottoa y Wender, (2019) Brasil	Mujeres climatéricas de entre 40 y 60 años sexualmente activas con dispareunia de al menos 6 meses de evolución. -Grupo entrenamiento musculatura de suelo pélvico (PMFT): $N = 2$ . -Grupo zona lumbar (LB): $N = 21$ .	Evaluar el efecto de la terapia física sobre el dolor, la función sexual, la calidad de vida y la función de la musculatura del suelo pélvico en mujeres climatéricas con dispareunia.	PFMT: evaluación de la función de los músculos de suelo pélvico, termoterapia infrarroja, liberación miofascial de los puntos gatillo, ejercicios de contracción y relación y liberación miofascial del diafragma abdominal, músculos piriforme e iliopsoas, y ejercicios de contracción/relajación con biorretroalimentación electromiográfica (EMG) o biofeedback.  LB: calor en la zona lumbar con liberación miofascial de los músculos del diafragma abdominal, piriforme e iliopsoas, sin afectación de la musculatura del suelo pélvico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La puntuación media global del dolor tras la intervención en la escala visual análoga del dolor (EVA) disminuyó en ambos grupos, aunque con una diferencia mayor para el grupo PFMT.</li> <li>• Las puntuaciones del FSFI fueron superiores en los dominios del deseo, satisfacción y dolor, así como en la puntuación global, con diferencias significativas entre las evaluaciones inicial y final en el grupo PFMT.</li> <li>• La puntuación global en la función del suelo pélvico aumentó en el grupo PFMT.</li> <li>• El entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico ha demostrado mejorar el dolor, la calidad de vida y la función sexual en el tratamiento de la dispareunia.</li> </ul>
Darnell, (2021) USA (Nueva York)	Mujeres con dolor en la penetración ( $N = 2$ ).	Exponer un modelo de tratamiento del trastorno de dolor genito-pélvico/penetración a través de la aplicación de la neurociencia del trauma y la ansiedad, utilizando mindfulness y "somatic embodiment" (exploración de las sensaciones corporales).	<p>Fase 1: psicoeducación sobre la anatomía y fisiología genital, exploración del placer sexual, invitación a sostener una réplica de vulva de terciopelo con fines educativos y compartir sensaciones.</p> <p>Fase 2: práctica de la interocepción corporal, localizando la ansiedad en el cuerpo (atención plena al cuerpo entero más allá de los genitales), exploración del trauma, entrenamiento en ejercicios de Kegel, técnicas de respiración y ejercicios guiados combinando respiración y kegels.</p> <p>Fase 3: invitación a autoexploración genital en casa (examinar la vulva, explorar sensación de los dedos sin llegar a la penetración), practicar conciencia plena de sentimientos y emociones que emergen de esta práctica, masajes externos de vulva, exploración del interior vaginal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A los 6 meses de las sesiones, la paciente 1 informó de haber mantenido numerosas relaciones coitales sin dolor y de un embarazo deseado.</li> <li>• La paciente 2 también informó de mantener relaciones con su marido libres de dolor.</li> </ul>
Ter Kuile, Melles, Tuijnman-Raasveld, de Groot y Van Lankveld, (2015) Países Bajos	70 mujeres con vaginismo de por vida. -Grupo tratamiento: $N = 35$ . -Grupo lista de espera: $N = 35$ .	Investigar si el resultado de un tratamiento de exposición asistido por un terapeuta estaba mediado por cambios en las creencias positivas y negativas sobre la penetración o en los sentimientos de asco sexual.	Exposición asistida por terapeuta a objetos de penetración temidos (dilatadores, dedos y tampones), ejercicios de penetración vaginal controlados en el hospital y en casa. La pareja acompañó al participante durante toda la sesión de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La frecuencia coital aumentó significativamente (<math>d = 1.36</math>) y los síntomas de vaginismo (<math>d = 1.95</math>) y dolor coital (<math>d = 1.74</math>) disminuyeron significativamente en el grupo de tratamiento en comparación con el de lista de espera a las 12 semanas.</li> <li>• Las creencias catastróficas sobre el dolor y la incompatibilidad genital se redujeron significativamente y la percepción de control durante la penetración vaginal aumentó de manera significativa en el grupo de tratamiento en comparación con el de lista de espera a las 6 semanas.</li> <li>• Los cambios anteriores se relacionaron positiva y significativamente con los cambios en la frecuencia de coito y síntomas de vaginismo y dolor coital a las 12 semanas.</li> </ul>
Trahan, Leger, Allen, Koebele, Yoffe, Simon, Alappattu y Figuers, (2019) USA (Florida)	Revisión sistemática y metaanálisis. 43 estudios observacionales ( $N = 1.660$ ) y 3 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) ( $N = 264$ ).	Examinar la eficacia de la terapia manual en la reducción del dolor pélvico en mujeres con dispareunia	Masaje, terapia de puntos gatillo, liberación miofascial, manipulación pélvica y exposición gradual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La terapia física manual redujo potencialmente el dolor pélvico asociado a las relaciones coitales y produjo un aumento en la función sexual en general.</li> <li>• Todos los estudios de estudios mostraron mejoras significativas en el ámbito del dolor del FSFI (<math>p &lt; 0,5</math>).</li> <li>• La terapia manual es un tratamiento viable para aliviar el dolor asociado al coito.</li> </ul>

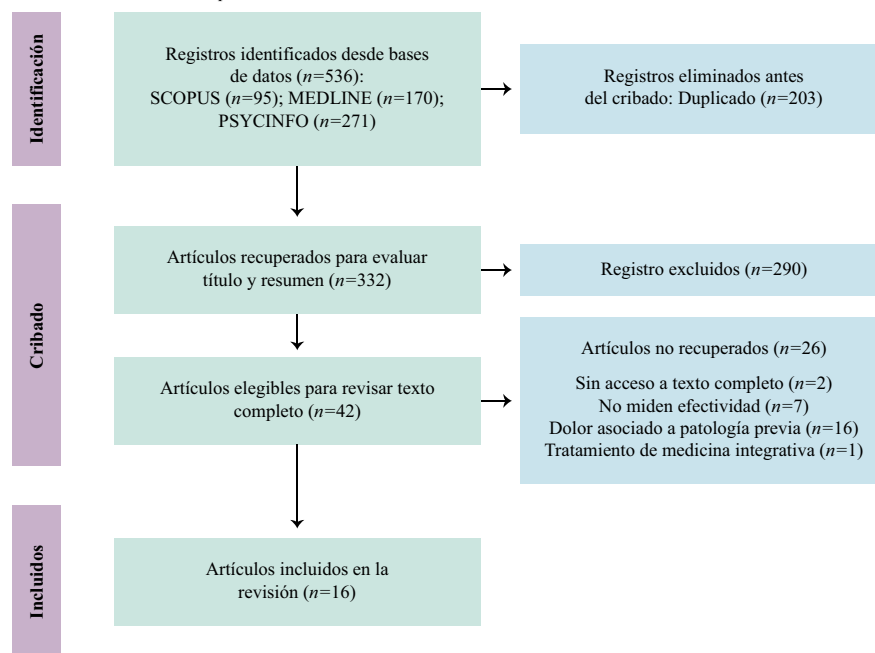


**Tabla 1**

Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en esta Revisión Sistemática (Continuación)

Flanagan, Herron, O'Driscoll y Williams, (2015) Londres	Revisión sistemática y metaanálisis. 11 ensayos aleatorios controlados. 660 mujeres con dolor en la penetración de origen diverso ( $M = 30$ ).	Examinar la eficacia combinada y relativa de los tratamientos psicológicos para las afecciones de dolor vaginal.	Terapia conductual, terapia cognitivo-conductual, hipnoterapia, farmacoterapia y cirugía.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se encontraron efectos parecidos en los tratamientos psicológicos y médicos.</li> <li>• La etiología del dolor no es útil para seleccionar el tratamiento.</li> </ul>
Maseroli, Scavello, Rastrelli, Limoncin, Cipriani, Corona, Fambrini, Magini, Jannini, Maggi y Vignozzi, (2018) Italia	Revisión sistemática y metaanálisis. 43 estudios observacionales ( $N = 1.660$ ) y 3 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) ( $N = 264$ ).	Revisar toda la información sobre el tratamiento del vaginismo, incluidos los datos de ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales.	Terapia de exposición gradual asistida por terapeuta, psicoeducación, y reestructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los estudios observacionales mostraron que la resolución del vaginismo estaba asociado a la consecución de la penetración en el 79% de los casos, independientemente de la terapia utilizada.</li> <li>• El metaanálisis de los ECA evidenció una tendencia hacia una mayor eficacia del tratamiento del grupo de intervención frente a los controles.</li> <li>• El metaanálisis de los estudios observacionales indicó que las mujeres con vaginismo se benefician de una gama de tratamientos en casi el 80% de los casos.</li> <li>• Ningún enfoque es superior a los demás para capacitar a las mujeres con vaginismo a mantener relaciones con penetración.</li> </ul>
Bergeron, Merwin, Dubé y Rosen, (2018) Canadá	Revisión sistemática. Mujeres con dolor genito-pélvico que reciben terapia cognitivo-conductual (TCC) en modalidad grupal frente a la modalidad de terapia de pareja.	Comparar la terapia cognitivo-conductual (TCC) en grupo y la terapia de pareja, y formular recomendaciones sobre cuándo elegir un enfoque u otro.	<p>TCC grupal: psicoeducación sobre una visión multidimensional del dolor y su impacto negativo en la sexualidad, así como sobre el papel de los factores psicológicos y relacionales en el mantenimiento de las dificultades sexuales, entrenamiento en autoexploración genital y localización del dolor, uso regular de diario del dolor, estrategias de afrontamiento para abordaje de pensamientos catastróficos, hipervigilancia, evitación y ansiedad excesiva (respiración y relajación, identificación de pensamientos y emociones angustiantes, aprendizaje de los motivadores sexuales y pautas para comunicar preferencias y necesidades sexuales, y reestructuración cognitiva), ejercicios de Kegel y dilatación vaginal.</p> <p>TCC en pareja: psicoeducación sobre visión multidimensional del dolor, exploración de los genitales de la mujer por parte de la pareja para localizar el dolor y diario de dolor e interacciones sexuales, reducción de estrategias de afrontamiento menos adaptativas del dolor en pareja, fomento de las estrategias adaptativas (conductas de aproximación, asertividad y favorecimiento de la autoeficacia ante el dolor), entrenamiento en respiración y relajación (por ejemplo, respiración tántrica), y entrenamiento en habilidades sociales para la comunicación en pareja (empatía, aceptación y validación), fomento de la intimidad física y emocional (focalización sensorial) y repertorio de actividades más allá del coito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambos enfoques son útiles para reducir el dolor de las mujeres y mejorar su función/satisfacción sexual.</li> <li>• Las ventajas de la TCC grupal incluyen la rentabilidad y el apoyo social.</li> <li>• Las ventajas de la TCC en pareja incluyen la incorporación de la pareja y el enfoque en las relaciones de pareja.</li> <li>• La TCC puede tener un impacto positivo en más dimensiones de dolor genito-pélvico que un tratamiento tópico.</li> <li>• Atendiendo a la relación coste-beneficio, la TCC grupal debería constituir un tratamiento de primera línea. Se debe recomendar la TCC en pareja cuando ambas partes estén motivadas para mejorar su sexualidad y relación.</li> </ul>

**Figura 1**  
Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Artículos para la Revisión Sistemática



## Discusión

El objetivo de este trabajo fue evaluar la efectividad de las intervenciones físicas y psicológicas que se han llevado a cabo en los últimos diez años para el GPPPD a través de una revisión sistemática de la literatura. La variedad de autores y países de origen pone de manifiesto que es un tema de interés internacional.

Con respecto a los resultados encontrados, puede concluirse que las técnicas aplicadas en el tratamiento del GPPPD son efectivas. En general, todo tratamiento tiene repercusiones positivas en la reducción del dolor, la capacidad de mantener relaciones coitales y otros aspectos como la ansiedad o las conductas de evitación.

En cuanto a la terapia física, los componentes incluidos en las intervenciones, a través de un programa diario de ejercicios en casa, en sesiones clínicas o combinando ambas modalidades (Miles y Miles, 2021; Schwartzman et al., 2019; Trahan et al., 2019) mostraron ser efectivos mejorando el dolor coital. El bloqueo del ESP en las sesiones de dilatación gradual demostró ser igualmente efectivo (Topdagi et al., 2020).

Schwartzman et al. (2019) concluyen que la intervención fisioterapéutica directa sobre el suelo pélvico ofrece mejores resultados, poniendo de manifiesto que la dispareunia puede ser consecuencia de la presencia de puntos gatillo miofasciales que se sitúan en la región anterior del suelo pélvico, provocando dolor genital (Pérez Díaz, 2021). Estos hallazgos concuerdan con la revisión de Trahan et al. (2019), quienes afirman que la terapia manual es un tratamiento viable para aliviar el dolor asociado al coito.

El uso de dilatadores ha demostrado ser un componente fundamental en el tratamiento del GPPPD, y está incluido en la mayoría las intervenciones (ya sean psicológicas o

fisioterapéuticas) mostrando mejores resultados que los dedos en la reducción del dolor y las dimensiones de orgasmo y deseo del FSFI (Aslan et al., 2020).

Sin embargo, la fisioterapia de suelo pélvico y/o la dilatación vaginal no siempre resultan tan exitosas cuando se aplican de manera aislada. Los resultados muestran que la supervisión profesional de los entrenamientos y su acompañamiento motivacional mejoran los resultados (Vandyken y Hilton 2017; Miles y Miles, 2021).

En relación con el tratamiento psicológico, todas las técnicas incluidas en los trabajos revisados fueron efectivas (basadas en los principios de la TCC y la terapia sexual), no solo respecto al dolor coital, sino también para la mejora de la función sexual femenina en general. Esto último tiene gran importancia tomando en cuenta que es frecuente que el diagnóstico de GPPPD presente comorbilidad con otras disfunciones sexuales (Vandyken y Hilton, 2017). El enfoque basado en la neurociencia del trauma y el mindfulness (Darnell, 2021) también resultó novedoso e igualmente efectivo.

Sin embargo, la terapia de EMDR no obtuvo buenos resultados para capacitar a las mujeres a mantener relaciones con penetración, aunque sí mejoró la función sexual y disminuyó la ansiedad de las participantes (Jebelli et al., 2018).

Respecto a la influencia de la participación de la pareja en la efectividad de la intervención, los resultados coinciden en señalar que la mejoría es más rápida y positiva siempre que ambos miembros estén implicados en la terapia (Bergeron et al., 2018; Bokaie y Khalesi, 2019; Damagum y Garko, 2023).

La terapia grupal también ha demostrado ser efectiva en la reducción del dolor y mejora de la función sexual, aunque siempre en la línea de los resultados obtenidos a través de las técnicas utilizadas en dicha terapia (Bergeron et al., 2018; Brotto et al., 2015; Darnell, 2021).

Los trabajos de Zarski (2017, 2021), concluyen que el tratamiento aplicado a través de internet es efectivo en tanto que las participantes logran aumentar el número de relaciones sexuales con penetración, disminuyendo la frecuencia e intensidad del dolor, el miedo al coito, las cogniciones negativas y la ansiedad.

Por último, los resultados muestran que la terapia médica y la psicológica son igualmente efectivas y concluyen que la etiología del dolor no es útil para seleccionar el tratamiento poniendo de manifiesto que si ambas funcionan es porque habrá ciertos factores terapéuticos comunes que estén promoviendo el cambio (Flanagan et al., 2015).

A partir de todo lo expuesto hasta ahora, se evidencia que tanto los tratamientos psicológicos como los fisioterapéuticos son intervenciones válidas para abordar el dolor sexual (Al-Abbadey et al., 2016) y que ambos enfoques poseen elementos superpuestos, tales como la psicoeducación, la exposición gradual o el entrenamiento en ejercicios de Kegel. El objetivo debe ser asegurar que, sea cual sea la vía de acceso por la que la mujer busque ayuda profesional (atención primaria, ginecología, fisioterapia de suelo pélvico, sexología, etc.), el especialista esté debidamente capacitado y posea los conocimientos necesarios para guiar a la paciente en la derivación oportuna.

Ante lo expuesto, no obstante, es necesario mencionar algunas limitaciones de este trabajo. En primer lugar, la heterogeneidad de la muestra y el tamaño de las mismas ya que, en general, son pequeñas e incluyen mujeres cuyo origen del dolor es bastante diverso, lo que es conveniente tenerlo presente a la hora de generalizar los resultados. Por otro lado, no todos los artículos ofrecen información concreta sobre las características de la intervención en relación con las técnicas, duración, frecuencia, etc., ni todos cuentan con un grupo control lo que dificulta la comprensión de si los resultados son debidos exclusivamente a la aplicación de la técnica.

### Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

### Referencias

Nota 1: Con asterisco marcados los trabajos incluidos en la revisión

Nota 2: La lista de comprobación PRISMA se encuentra a disposición de los/as revisores

- Al-Abbadey, M., Liossi, C., Curran, N., Schoth, D. E. y Graham, C. A. (2016). Treatment of female sexual pain disorders: a systematic review [Tratamiento de los trastornos de dolor sexual femenino: una revisión sistemática]. *Journal of sex and marital therapy*, 42(2), 99-142. <https://doi.org/10.1080/092623X.2015.1053023>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales]* (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- \*Aslan, M., Yavuzkır, Ş. y Baykara, S. (2020). Is “Dilator Use” more effective than “Finger Use” in exposure therapy in vaginismus treatment? [¿Es el “uso del dilatador” más efectivo que el “uso del dedo” en la terapia de exposición en el tratamiento del vaginismo?]. *Journal of sex and marital therapy*, 46(4), 354-360. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1716907>
- \*Bergeron, S., Merwin, K. E., Dubé, J. P. y Rosen, N. O. (2018). Couple sex therapy versus group therapy for women with genito-pelvic pain [Terapia sexual de pareja versus terapia de grupo para mujeres con dolor genitopélvico]. *Current Sexual Health Reports*, 10, 79-87. <https://doi.org/10.1007/s11930-018-0154-5>
- \*Bokaie, M. y Bostani Khalesi, Z. (2019). Couple therapy and vaginismus: A single case approach [Terapia de pareja y vaginismo: un enfoque de caso único]. *Journal of sex and marital therapy*, 45(8), 667-672. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1610126>
- Brotto, L. A., Basson, R., Smith, K. B., Driscoll, M. y Sadownik, L. (2015). Mindfulness-based group therapy for women with provoked vestibulodynia [Terapia grupal basada en mindfulness para mujeres con vestibulodinia provocada]. *Mindfulness*, 6, 417-432. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0273-z>
- Cabello-Santamaría, F. (2010). Manual de sexología y terapia sexual. Síntesis.
- Cabello-Santamaría, F., del Río-Olvera, F. J. y Cabello-García, M. A. (2015). Sexual pain disorders [Trastornos del dolor sexual]. *Current Opinion in Psychiatry*, 28, 412-417. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000200>
- \*Damagum, F. M., y Garko, A. A. (2023). Successful management of penetration disorder: A holistic approach to an age-old problem [Gestión exitosa del trastorno de penetración: un enfoque holístico a un problema antiguo]. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 26(1), 125-127. [https://doi.org/10.4103/njcp.njcp\\_249\\_22](https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_249_22)
- \*Darnell, C. (2021). Tending to painful sex: applying the neuroscience of trauma and anxiety using mindfulness and somatic embodiment in working with genito-pelvic pain and penetration disorders [Atendiendo a las relaciones sexuales dolorosas: aplicación de la neurociencia del trauma y la ansiedad utilizando la atención plena y la encarnación somática para trabajar con el dolor genitopélvico y los trastornos de la penetración]. *Sexual and Relationship Therapy*, 38(3), 398-410. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1881771>
- Del Río, F. J., Cabello-Santamaría, F. y Cabello-García, M. A. (2017). Sexual pain disorders in Spanish women drug users [Trastornos de dolor sexual en mujeres españolas consumidoras de drogas.]. *Substance Use & Misuse*, 52(2), 145-151. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1222625>
- Fernández-Pérez, P., Leirós-Rodríguez, R., Marqués-Sánchez, M. P., Martínez-Fernández, M. C., de Carvalho, F. O. y Maciel, L. Y. (2023). Effectiveness of physical therapy interventions in women with dyspareunia: a systematic review and meta-analysis [Efectividad de las intervenciones de fisioterapia en mujeres con dispareunia: una revisión sistemática y un metanálisis]. *BMC Women's Health*, 23(1), 387. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02532-8>
- Ferreira-González, I., Urrútia, G. y Alonso-Coello, P. (2011). Systematic reviews and meta-analysis: Scientific rationale and interpretation [Revisión sistemática y metanálisis: justificación científica e interpretación]. *Revista Española de Cardiología*, 64(8), 688-696. <https://doi.org/10.1016/j.recresp.2011.03.029>
- \*Flanagan, E., Herron, K. A., O'Driscoll, C. y Williams, A. C. D. C. (2015). Psychological treatment for vaginal pain: does etiology matter? A systematic review and meta-analysis [Tratamiento psicológico del dolor vaginal: ¿importa la etiología? Una revisión sistemática y un metanálisis]. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 3-16. <https://doi.org/10.1111/jsm.12717>
- \*Jebelli, F., Maaroufi, M., Maracy, M. R. y Molaeinezhad, M. (2018). Effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on the sexual function of Iranian women with lifelong vaginismus [Efectividad de la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares (EMDR) sobre la función sexual de mujeres iraníes con vaginismo de por vida]. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(3), 325-338. <https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1323075>
- Langley, G. B. y Sheppard, H. (1985). The visual analogue scale: its use in pain measurement [La escala visual analógica: su uso en la medición del

- dolor]. *Rheumatology international*, 5(4), 145-148. <https://doi.org/10.1007/BF00541514>
- Manzo, C. y Yulis, C. (2004). Actualizaciones en terapia sexual. *Terapia Psicológica*, 22(2), 193-203. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522211>
- \*Maseroli, E., Scavello, I., Rastrelli, G., Limoncin, E., Cipriani, S., Corona, G. y Vignozzi, L. (2018). Outcome of medical and psychosexual interventions for vaginismus: a systematic review and meta-analysis [Resultado de las intervenciones médicas y psicosexuales para el vaginismo: una revisión sistemática y un metanálisis]. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(12), 1752-1764. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.10.003>
- McCool, M. E., Zuelke, A., Theurich, M. A., Knuettel, H., Ricci, C. y Apfelbacher, C. (2016). Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: a systematic review and meta-analysis of observational studies [Prevalencia de disfunción sexual femenina entre mujeres premenopáusicas: una revisión sistemática y metanálisis de estudios observacionales]. *Sexual Medicine Reviews*, 4(3), 197-212. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.03.002>
- \*Miles, K. y Miles, S. (2021). Low dose, high frequency movement based dilator therapy for dyspareunia: retrospective analysis of 26 cases [Terapia dilatadora basada en movimientos de alta frecuencia y dosis bajas para la dispareunia: análisis retrospectivo de 26 casos]. *Sexual Medicine*, 9(3), 100344-100344. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100344>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. y Altman, D. G. (2009). Reporting items for systematic reviews and meta-analyses [Elementos de informes para revisiones sistemáticas y metanálisis]. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews [La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para informar revisiones sistemáticas]. *The BMJ*, 71, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health [Estándares sobre cómo desarrollar e informar revisiones sistemáticas en psicología y salud]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3)
- Pérez Díaz, M. (2021). *Abordaje fisioterápico de la dispareunia profunda en mujeres con endometriosis: Revisión bibliográfica y propuesta de intervención* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Navarra]. Repositorio de la Universidad Pública de Navarra. <https://hdl.handle.net/2454/41233>
- Pérez Nocetti, G. (2014). Abordaje integral del dolor coital tratamiento en un caso de dispareunia. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 3(2), 22-28. <https://doi.org/10.22235/ech.v3i2.565>
- Rosen, C., Brown, J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, D., Ferguson, R., y D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function [El Índice de Función Sexual Femenina (FSFI): un instrumento de autoinforme multidimensional para la evaluación de la función sexual femenina]. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- \*Schvartzman, R., Schvartzman, L., Ferreira, C. F., Vettorazzi, J., Bertotto, A. y Wender, M. C. O. (2019). Physical therapy intervention for women with dyspareunia: a randomized clinical trial [Intervención de fisioterapia para mujeres con dispareunia: un ensayo clínico aleatorizado]. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(5), 378-394. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1549631>
- Spengler, L. M., de Dios, E., Roque, L. y Maurisset, D. (2020). Dispareunia y vaginismo, trastornos sexuales por dolor. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(3), e0200450. <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/450/489>
- \*Ter Kuile, M. M., Melles, R. J., Tuijnman-Raasveld, C. C., de Groot, H. E. y Van Lankveld, J. J. (2015). Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: mediators of treatment outcome: a randomized waiting list control trial [Exposición asistida por un terapeuta para mujeres con vaginismo de por vida: mediadores del resultado del tratamiento: un ensayo aleatorio de control en lista de espera]. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1807-1819. <https://doi.org/10.1111/jsm.12935>
- \*Topdagi, E. P., Oral, E., Ahiskalioglu, A., Tulgar, S., Aydin, M. E. y Kumtepe, Y. (2020). A novel multimodal treatment method and pilot feasibility study for vaginismus: initial experience with the combination of sacral erector spinae plane block and progressive dilatation [Un nuevo método de tratamiento multimodal y estudio piloto de viabilidad para el vaginismo: experiencia inicial con la combinación de bloqueo del plano del erector de la columna sacro y dilatación progresiva]. *Cureus*, 12(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.10846>
- \*Trahan, J., Leger, E., Allen, M., Koebele, R., Yoffe, M. B., Simon, C., Alappattu, M. y Figuers, C. (2019). The efficacy of manual therapy for treatment of dyspareunia in females: a systematic review [La eficacia de la terapia manual para el tratamiento de la dispareunia en mujeres: una revisión sistemática]. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 43(1), 28-35. <https://doi.org/10.1097/jwh.0000000000000117>
- \*Vandyken, C. y Hilton, S. (2017). Physical therapy in the treatment of central pain mechanisms for female sexual pain [Fisioterapia en el tratamiento de los mecanismos centrales del dolor sexual femenino]. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 20-30. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.06.004>
- Weinberger, J. M., Houman, J., Caron, A. T. y Anger, J. (2019). Female sexual dysfunction: a systematic review of outcomes across various treatment modalities [Disfunción sexual femenina: una revisión sistemática de los resultados en diversas modalidades de tratamiento]. *Sexual Medicine Reviews*, 7(2), 223-250. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.004>
- \*Zarski, A. C., Berking, M., Fackiner, C., Rosenau, C. y Ebert, D. D. (2017). Internet-based guided self-help for vaginal penetration difficulties: results of a randomized controlled pilot trial [Autoayuda guiada basada en Internet para las dificultades de penetración vaginal: resultados de un ensayo piloto controlado aleatorio]. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 238-254. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.232>
- \*Zarski, A. C., Berking, M. y Ebert, D. D. (2021). Efficacy of internet-based treatment for genito-pelvic pain/penetration disorder: Results of a randomized controlled trial [Eficacia del tratamiento basado en Internet para el dolor genitopélvico/trastorno de penetración: resultados de un ensayo controlado aleatorio]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(11), 909-924. <https://doi.org/10.1037/ccp0000665>
- \*Zulfikaroglu, E. (2021). Patient's characteristics and outcome of therapy in vaginismus: a single-center report of nine-year experience [Características de la paciente y resultado del tratamiento del vaginismo: informe de un solo centro de experiencia de nueve años]. *Sexual and Relationship Therapy*, 38(1), 24-36. <https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1722991>



Article (Dossier)

## Efficacy of Online Coital Alignment Technique in Female Orgasmic Disorder

Carmen Mata Muñoz<sup>1</sup> , Gracia M. Sánchez-Pérez<sup>2</sup> , Laura Elvira Muñoz-García<sup>2</sup>  and Juan Carlos Sierra<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Spain

<sup>2</sup> Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada, Spain

### ARTICLE INFO

Received: Abril 2, 2024

Accepted: Abril 18, 2024

#### Keywords:

Coital alignment  
Masturbation  
Female orgasmic disorder  
Sexual attitudes  
Sexual functioning

### ABSTRACT

This study was designed to assess the efficacy of the coital alignment technique applied online in the female orgasmic disorder, in comparison with masturbation coaching, and a waiting list group. Three groups of women who met the diagnostic criteria for female orgasmic disorder (coital alignment,  $n = 17$ ; masturbation,  $n = 16$ ; and waiting list,  $n = 17$ ), ranging in age from 18 to 50 years, were formed. The three groups were assessed across two time points on erotophilia, negative attitudes toward masturbation, attitudes toward sexual fantasies, sexual assertiveness, sexual functioning, sexual satisfaction, and satisfaction with the relationship. Both coital alignment and masturbation were shown to be effective compared to the waiting list group. Coital alignment presented slightly superior results on global sexual functioning, while masturbations were slightly superior on more specific measures of orgasm. Clinical applications of these results in sex therapy are discussed.

### Eficacia de la Técnica de Alineación Coital en Línea en el Trastorno Orgásmico Femenino

### RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la técnica alineación coital aplicada en línea en el trastorno orgásmico femenino, en comparación con el entrenamiento en masturbación y un grupo en lista de espera. Se formaron tres grupos de mujeres que cumplían con los criterios diagnósticos del trastorno orgásmico femenino (alineación,  $n = 17$ ; masturbación,  $n = 16$ ; y lista de espera,  $n = 17$ ), con edades comprendidas entre 18 y 50 años. Los tres grupos fueron evaluados en dos momentos temporales en erotofilia, actitudes negativas hacia la masturbación, actitudes hacia las fantasías sexuales, asertividad sexual, funcionamiento sexual, satisfacción sexual y satisfacción con la relación de pareja. Tanto alineación coital como masturbación mostraron ser eficaces en comparación con el grupo de lista de espera. La alineación coital presentó resultados ligeramente superiores en el funcionamiento sexual global, mientras que la masturbación fue ligeramente superior en medidas más específicas del orgasmo. Se discuten las aplicaciones clínicas de estos resultados en la terapia sexual.

#### Palabras clave:

Alineación coital  
Masturbación  
Trastorno orgásmico femenino  
Actitudes sexuales  
Funcionamiento sexual



According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (5th TR ed.; *American Psychiatric Association, 2022*), female orgasmic disorder is characterized by the absence, delay, or marked infrequency of orgasm, or reduced intensity of orgasmic sensations in more than 75% of sexual activities for at least six months. It is categorized as mild, moderate or severe, depending on the degree of distress it causes in the woman's life; as lifelong or acquired, if it has always existed or appeared after a period of relatively normal sexual activity; and as generalized or situational, depending on whether it occurs in all contexts or only with one type of stimulation, person or situation (e.g., only in intercourse, in masturbation, with the current partner, etc.).

Orgasm problems in women are common, with prevalence ranging from 7% to 59%, depending on the population studied (*Espitia-De La Hoz, 2019; Kocsis, 2020; Wheeler & Guntupalli, 2020*). In healthy Spanish women aged 19-64 years, *Montero and Vizcaino (2017)* found that 16.7% had reported some sexual dysfunction, with orgasmic disorder being the second most prevalent after sexual arousal/interest disorder. Also, it was found that in a Spanish sample of patients with depression, 52% of women exhibited orgasmic disorder (*Marina et al., 2013*).

Female orgasmic disorder has a significant negative impact on women's quality of life (*Erdős et al., 2023*). The disorder has been related to sexual dissatisfaction and a decrease in perceived sexual self-efficacy, as well as, anhedonia or avoidance of sexual relationships (*Rowland & Kolba, 2016*), which can affect the quality of the couple's relationship perceived by both partners (*Vizcaino, 2016*).

Female orgasm problems can be caused by different physical, psychological, and relational factors; hence their etiology is multifactorial (*Delcea, 2021*). As explained by *Wheeler and Guntupalli (2020)*, there are several risk factors that predict female orgasmic disorder and, in general, female sexual dysfunction: medical diseases (e.g., diabetes, hypothyroidism, etc.), psychological disorders, fatigue, stress, drug use, menopause, age, environmental, and relationship factors. In addition, orgasmic response depends on the woman receiving adequate physical and mental stimulation during sexual activity (*Levin & van Berlo, 2004*).

Several variables have been related to orgasmic response. Orgasmic capacity and orgasmic satisfaction have been positively related to sexual attitudes (*Lentz & Zaikman, 2021*), especially, to attitudes toward sexual fantasies (*Driemeyer et al., 2017; Sierra, Gómez-Carranza et al., 2021*) and toward masturbation (*Driemeyer et al., 2017; Sierra et al., 2023*), as well as with sexual assertiveness (*Lentz & Zaikman, 2021; Sierra, Arcos-Romero et al., 2021*). More specifically, the subjective experience of orgasm has been associated with erotophilia and solitary sexual desire (*Arcos-Romero et al., 2022; Cervilla et al., 2023*), dyadic sexual desire toward a partner (*Arcos-Romero et al., 2022; Arcos-Romero & Sierra, 2020*), sexual arousal (*Arcos-Romero et al., 2019; Brody et al., 2003*), sexual satisfaction and satisfaction with the partner relationship (*Arcos-Romero & Sierra, 2020; Leavitt et al., 2023; Mah & Binik, 2005*).

There are different types of therapy for female orgasmic disorder. When orgasmic difficulty is caused by psychological and relational factors, the treatment of choice is sex therapy that

includes cognitive-behavioral techniques, third-generation therapy and couples therapy (*Frühauf et al., 2013; Kocsis, 2020; Marchand, 2021*). Psychological interventions have two main advantages over pharmacological therapy: they have no physical side effects and can restore sexual functioning and increase sexual satisfaction beyond a simple reduction of symptomatology (*Frühauf et al., 2013*).

Sex therapy may be aimed at encouraging changes in attitudes and beliefs, as well as reducing levels of anxiety and depression if they are causing orgasmic difficulty. For this purpose, the techniques with the most evidence are psychoeducation, cognitive restructuring, systematic desensitization, couple communication training and behavioral activation (*Frühauf et al., 2013; Mestre-Bach et al., 2022*). Other approaches such as mindfulness-based methods are also used (*Adam et al., 2019; Mestre-Bach et al., 2022*). If the orgasmic difficulty is related to anxiety or fear of sex, the systematic desensitization technique is used in combination with relaxation techniques (*Freihart et al., 2022*). Another goal of sex therapy for the treatment of female orgasmic disorder is to increase orgasmic capacity and sexual satisfaction. The techniques with the most evidence for achieving that goal are sexual skills training, sex education, sensory targeting, Kegel exercises, direct masturbation, and coital alignment (*Marchand, 2021; Meston et al., 2014; Mestre-Bach et al., 2022*).

The coital alignment technique involves learning and training a sexual posture for heterosexual couples in which the man's pelvis slowly and rhythmically stimulates his partner's clitoris during intercourse. It combines the "missionary" position with genitally focused pressure-counterpressure stimuli applied in the motion coordination, allowing direct stimulation of the clitoris (*Eichel et al., 1988; Hurlbert & Apt, 1995; Pierce, 2000*). According to the meta-analysis by *Frühauf et al. (2013)*, on the psychological treatments with the most empirical evidence for each of the sexual dysfunctions, and the reviews by *Heiman and Meston (1997)* and *Labrador and Crespo (2001)*, guided masturbation training is the sex therapy technique that has shown the best efficacy in women with orgasmic disorder. However, none of these reviews include the coital alignment technique. Unlike other techniques that show results supporting its efficacy, there are only two clinical studies that confirm the efficacy of this technique. *Eichel et al. (1988)* found that women who received coital alignment training achieved a higher orgasm rate than control women. According to *Hurlbert and Apt (1995)*, both the coital alignment group and the direct masturbation group showed clinically significant results in improving female orgasm during intercourse, although coital alignment had better results.

Given the scarcity of studies and conclusive results on the efficacy of the coital alignment technique, the aim of the present study was to test the efficacy of this technique (applied online) on female orgasmic problems. For this purpose, it was compared with the masturbation technique and a control group. It is expected that women with orgasmic difficulty who receive coital alignment and masturbation as treatment will present better scores in the psychosexual variables evaluated (i.e., erotophilia, negative attitude towards masturbation, positive attitude towards sexual fantasies, sexual assertiveness, sexual functioning, sexual desire, subjective experience of orgasm in the context of



sexual relationships and masturbation, and sexual and partner satisfaction) than those in the control group after treatment. In addition, the following research question is posed: which of the two techniques (i.e., coital alignment and masturbation) will result in greater improvements after their application?

## Method

### Participants

The sample consisted of 50 women aged 18-50 years ( $M = 29$ ;  $SD = 7.71$ ) who met the DSM-5-TR diagnostic criteria for female orgasmic disorder. They were divided into three groups (Figure 1): (1) Coital alignment group, consisting of 16 women with a mean age of 28.06 ( $SD = 6.63$ ); (2) Direct masturbation group, consisting of 17 women with a mean age of 32.29 ( $SD = 8.84$ ); and (3) Waiting list group, consisting of 17 women with a mean age of 26.82 ( $SD = 6.72$ ).

Inclusion criteria were (1) being between the ages of 18 and 50 years, (2) having female orgasmic disorder according to DSM-5-TR criteria, and (3) having a sexual partner of the opposite sex.

### Instruments

Sociodemographic and Sexual History Questionnaire. Includes questions on sex, age, nationality, sexual orientation, educational level, number of sexual partners, frequency of sexual relationships and masturbation, age of first sexual relationship, and DSM-5 diagnostic criteria for female orgasmic dysfunction.

Spanish version of Sexual Opinion Survey by Vallejo-Medina et al. (2014). It assesses erotophilia through six items answered on a 7-point Likert scale from *strongly disagree* (1) to *strongly agree* (7). Higher scores indicate more erotophilia. In the present study, the reliability coefficient was .79.

Spanish version of the Negative Attitudes Toward Masturbation Inventory by Cervilla et al. (2021). It measures the negative attitude towards masturbation through 10 items answered on a 5-point Likert scale from 1 (*completely false*) to 5 (*completely true*). Higher scores reflect a more negative attitude towards masturbation. In the present study, the reliability coefficient was .83.

Spanish version of the Hurlbert Index of Sexual Fantasy by Sierra et al. (2020). It consists of 10 items that assess the positive attitude towards sexual fantasies using a 5-point Likert-scale from 0 (*never*) to 4 (*always*). Higher scores indicate more positive attitude toward sexual fantasies. In the present study, the reliability coefficient was .91.

Spanish version of the Sexual Assertiveness Scale by Sierra et al. (2011). It is composed of 18 items answered on a 5-point Likert scale from 0 (*never*) to 4 (*always*), grouped into three factors: Initiation, Refusal and Pregnancy-sexually transmitted disease prevention assertiveness. Higher scores indicate more sexual assertiveness. The first two subscales were used in this study, and their scores showed a reliability of .65 and .83, respectively.

Spanish version of the Female Sexual Function Index by Vallejo-Medina et al. (2018). It evaluates, through 19 items, six dimensions of female sexual functioning (i.e., desire, arousal,

lubrication, orgasm, satisfaction, and pain). Higher scores indicate better sexual functioning. In the present study, internal consistency reliability coefficients ranged from .74 to .95.

Spanish version of the Sexual Desire Inventory by Moyano et al. (2017). It consists of 13 items distributed in three subscales: Partner-focused dyadic sexual desire, general dyadic sexual desire for an attractive person, and solitary sexual desire. Its items are answered on a Likert scale with different formats. Higher scores indicate more sexual desire. In the present study, reliability coefficients ranged from .88 to .93.

Spanish version of the Orgasm Rating Scale for the context of sexual relationships by Arcos-Romero et al. (2018). It assesses the subjective experience of orgasm in said context. It consists of 25 items answered on a 5-point Likert scale from 0 (*does not describe it at all*) to 4 (*describes it perfectly*) that are distributed in four factors (Affective, Sensory, Intimacy and Rewards). Higher scores indicate greater intensity of the subjective experience of orgasm. In the present study, reliability coefficients ranged between .89 and .93.

Spanish version of the Orgasm Rating Scale for the context of masturbation by Cervilla et al. (2022). With a format and structure similar to the ORS for sexual relationships, it allows the assessment of the subjective experience of orgasm obtained through masturbation. In the present study, reliability coefficients ranged from .70 to .98.

Spanish version of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire by Sánchez-Fuentes et al. (2015). The Global Measure of Sexual Satisfaction and the Global Measure of Relationship Satisfaction, whose scores showed good internal consistency reliability indices ( $\alpha > .95$ ), were used in this study.

### Procedure

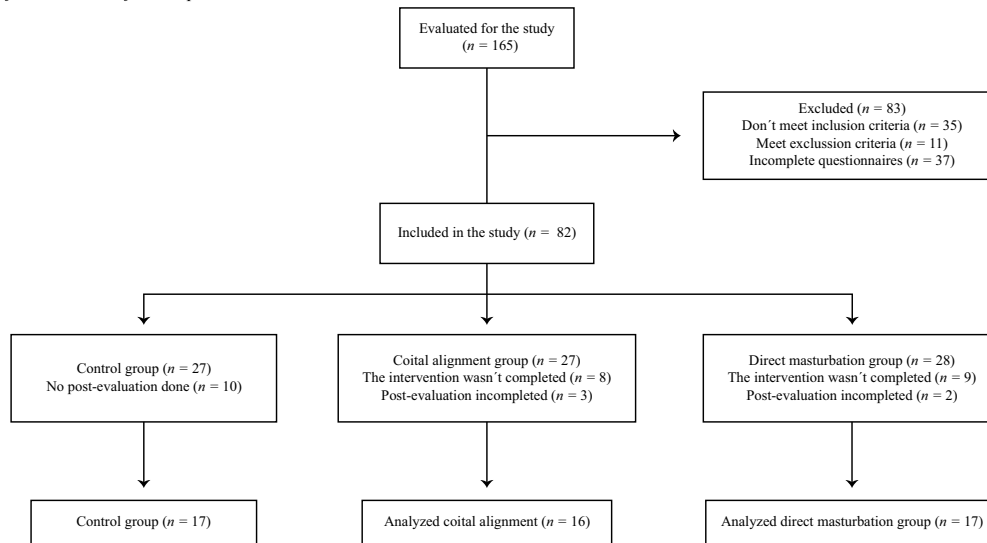
The protocol of this study was approved by the Human Research Ethics Committee of the University of Granada (3478/CEIH/2023). The study is reported following CONSORT guidelines (Schulz et al., 2010).

During the first stage, during May of 2023, the study was distributed through different social media (WhatsApp, Facebook and Instagram). All interested women answered an online survey where they had to provide informed consent. The women who met the criteria were randomly distributed into three groups: coital alignment, masturbation, and waiting list.

In the second phase, the coital alignment and masturbation groups received a specific online intervention program (Table 1). The program had a duration of eight weekly sessions of 90 minutes and was implemented during the months of June and July 2023. The first four sessions were psychoeducational and similar for both groups, the remaining four differed in the sexual technique applied: coital alignment or direct masturbation. The control group remained on the waiting list. The intervention was designed based on Barbach (2014), Eichel et al. (1988), Hurlbert and Apt (1995), Kaplan (1992), and Moyano et al. (2020).

At the end of the intervention, all the participants answered the scales a second time. The control group was offered the possibility of continuing with the program.

**Figure 1**  
Consort Flow Chart of the Selection of Participants



**Table 1**  
Intervention Session Protocol

Session number	Coital alignment group	Masturbation group
1	Presentation of information on the importance and benefits of sexual health.	
2	Addressing of erotophilia/erotophobia and contributing variables, discussion of attitudes towards masturbation and sexual fantasies. Addressing of sexual assertiveness.	
3	Identification of different effective sexual stimuli (e.g., sexual fantasies, games, erotic contexts, sensory stimulation).	
4	Addressing sexual attention through sensory focus exercises.	
5	Explanation of the coital alignment technique.	Addressing the importance of masturbation through the "mirror technique".
6	Automatization of posture and correction of mistakes by modeling through videos.	Masturbation training through video viewing. Training of the masturbation technique during sexual relationships through images and instructions.
7	Automatization of posture and correction of mistakes by role-playing.	
8	Overview of all sessions and clarification of any doubts.	Overview of the sessions and problem solving.

**Data Analysis**

First, an ANOVA for continuous variables and chi-square for categorical variables were used to compare the groups in the sociodemographic variables age, sexual orientation, educational level, number of sexual partners, frequency of sexual relationships, frequency of masturbation and age at first sexual relationships. A 2 x 3 repeated measures mixed ANCOVA was then performed, controlling age. The within-subject factor was the temporal moment with two levels (pre and post) and the between-subject factor was the group with three levels (control, coital alignment and masturbation). The dependent variables were the scores obtained in erotophilia, negative attitudes towards masturbation, attitudes towards sexual fantasies, sexual assertiveness, sexual functioning (desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain), subjective experience

of orgasm in the context of sexual relationships and masturbation, sexual satisfaction and satisfaction with the partner relationship. Subsequently, Bonferroni multiple comparison post hoc tests were performed to test whether there were differences between pre and post scores in the three groups. To test the effect size of each technique, Cohen's d was calculated:  $d \leq 0.20$  low effect size,  $d \leq 0.50$  medium effect size, and  $d \leq 0.80$  large effect size (Cohen, 1988).

In order to calculate the required sample size, we assumed the use of ANOVA repeated measures within-between interaction, with an alpha of .05 (power = .90). An effect size  $d = 0.25$  was selected. With these data, the sample needed was estimated to be 15 participants per group. The program G\*power 3 (version 1.9.4) by Faul et al. (2007) was used for these analyses.

**Results**

No significant differences were observed between the three groups in any of the sociodemographic variables (Table 2).

**Sexual Attitudes and Sexual Assertiveness**

Significant differences were found in the group and time interaction in erotophilia ( $F_{(2, 46)} = 4.11; p < .05; \eta^2 = .15$ ), showing a significant change in the coital alignment group ( $d = 0.67$ ). Table 3 and Figure 2.

**Sexual Functioning**

The results show significant differences in the interaction of group and time in global sexual functioning ( $F_{(2, 46)} = 12.56; p < .001; \eta^2 = .35$ ) and in its dimensions: lubrication ( $F_{(2, 46)} = 6.68; p < .01; \eta^2 = .23$ ), orgasm ( $F_{(2, 46)} = 8.30; p < .001; \eta^2 = .27$ ) and satisfaction ( $F_{(2, 46)} = 6.98; p < .01; \eta^2 = .23$ ). Significant differences were also observed in partner-focused dyadic sexual desire ( $F_{(2, 46)} = 4.81; p < .05; \eta^2 = .17$ ), solitary sexual desire ( $F_{(2, 46)} = 6.13; p < .01; \eta^2 = .21$ ) and sexual satisfaction ( $F_{(2, 46)} = 5.65; p < .01; \eta^2 = .20$ ). Table 3 and Figure 3.

**Table 2**  
Comparison Between Groups in the Sociodemographic Variables

Sociodemographic variables		Control group	Coital alignment group	Masturbation group	$F/\chi^2$	$p$
Age		26.82 (6.72)	28.06 (6.63)	32.29 (8.84)	1.87	.18
Sexual orientation	Heterosexual	16 (94.1%)	15 (93.8%)	15 (88.2%)	2.01	.73
	Predominantly heterosexual	0	1 (6.3%)	1 (5.9%)		
	Bisexual	1 (5.9%)	0	1 (5.9%)		
Nationality		Spanish	Spanish	Spanish	8.15	.61
Education level	No studies	2 (11.8%)	2 (12.5%)	0	10.62	.11
	Primary studies	0	0	3 (17.6%)		
	Secondary studies	2 (11.8%)	2 (12.5%)	5 (29.4%)		
	University	13 (76.5%)	12 (75%)	9 (52.9%)		
Number of sexual partners		10.5 (9.56)	5.50 (3.42)	7.76 (19.05)	2.90	.09
Sexual relationships frequency	> 1 time/day	0	0	0	6.97	.73
	1 time/day	1 (6.3%)	2 (12.5%)	1 (6.7%)		
	Sometimes/week	3 (18.8%)	5 (31.3%)	4 (26.7%)		
	1 time/week	4 (25%)	1 (6.3%)	1 (6.7%)		
	Sometimes/month	7 (43.8%)	7 (43.8%)	8 (53.3%)		
	1 time/month	1 (6.3%)	0	1 (6.7%)		
	< 1 time/month	0	1 (6.3%)	0		
Masturbation frequency	> 1 time/day	1 (8.3%)	2 (18.2%)	0	7.05	.53
	1 time/day	3 (25%)	1 (9.1%)	1 (10%)		
	Sometimes/week	3 (25%)	4 (36.4%)	4 (40%)		
	1 time/week	1 (8.3%)	2 (18.2%)	0		
	Sometimes/month	4 (33.3%)	2 (18.2%)	5 (50%)		
	1 time/month	0	0	0		
	< 1 time/month	0	0	0		
Age of first sexual relationship		17.24 (2.82)	16.44 (1.82)	16.24 (1.25)	1.71	.20

**Table 3**  
Repeated Measures Linear Mixed Models and Mean Differences in the Three Groups

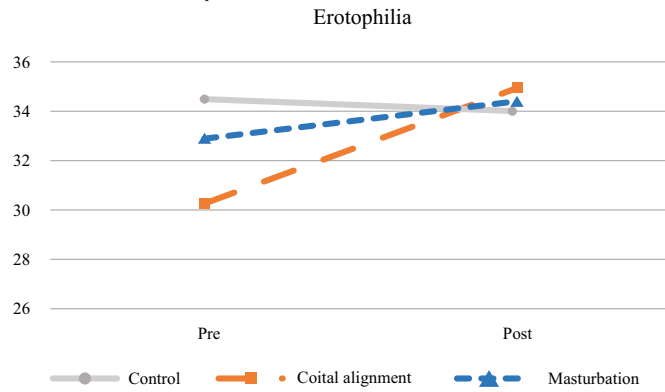
Group	Pre intervention	Post intervention	General Linear Model			Post hoc analysis	
	$M (DT)$	$M (DT)$	$F (g. L)$	$p$	$\eta^2$	$p$	$d$
Erotophilia			4.11 (2, 46)	.023*	.15		
	Control	34.35 (6.44)	33.94 (5.66)			.680	0.67
	Coital alignment	30.31 (7.54)	34.94 (6.25)			< .001***	
Masturbation	33.00 (7.17)	34.41 (5.26)			.227		
Masturbation attitude			0.59 (2, 45)	.558	.03		
	Control	15.76 (3.98)	15.18 (3.38)				
	Coital alignment	17.53 (5.82)	15.40 (4.20)				
	Masturbation	16.59 (3.35)	14.71 (1.96)				
Sexual fantasies attitude			2.29 (2, 46)	.113	.09		
	Control	27.35 (7.36)	27.00 (7.23)				
	Coital alignment	26.13 (8.37)	28.44 (6.72)				
	Masturbation	26.24 (8.13)	30.00 (6.17)				
Global sexual assertiveness			0.80 (2, 46)	.456	.03		
	Control	32.53 (8.40)	32.47 (9.08)				
	Coital alignment	31.94 (8.00)	33.56 (7.55)				
	Masturbation	31.88 (8.18)	33.53 (7.45)				
Sexual assertiveness initiation			0.67 (2, 46)	.516	.03		
	Control	15.65 (5.63)	15.47 (5.00)				
	Coital alignment	13.88 (5.24)	14.31 (5.30)				
	Masturbation	14.06 (5.65)	15.00 (5.14)				
Sexual assertiveness refusal			0.32 (2, 46)	.730	.01		
	Control	16.88 (5.02)	17.00 (5.66)				
	Coital alignment	18.06 (5.25)	19.25 (3.21)				
	Masturbation	17.82 (4.95)	18.53 (3.91)				
Global sexual functioning			12.56 (2, 46)	< .001***	.35		
	Control	63.29 (8.09)	61.12 (10.43)			.198	
	Coital alignment	55.25 (10.50)	67.38 (8.44)			< .001***	1.27
	Masturbation	62.06 (11.49)	71.06 (7.96)			< .001***	0.91

**Table 3**  
*Repeated Measures Linear Mixed Models and Mean Differences in the Three Groups (Continued)*

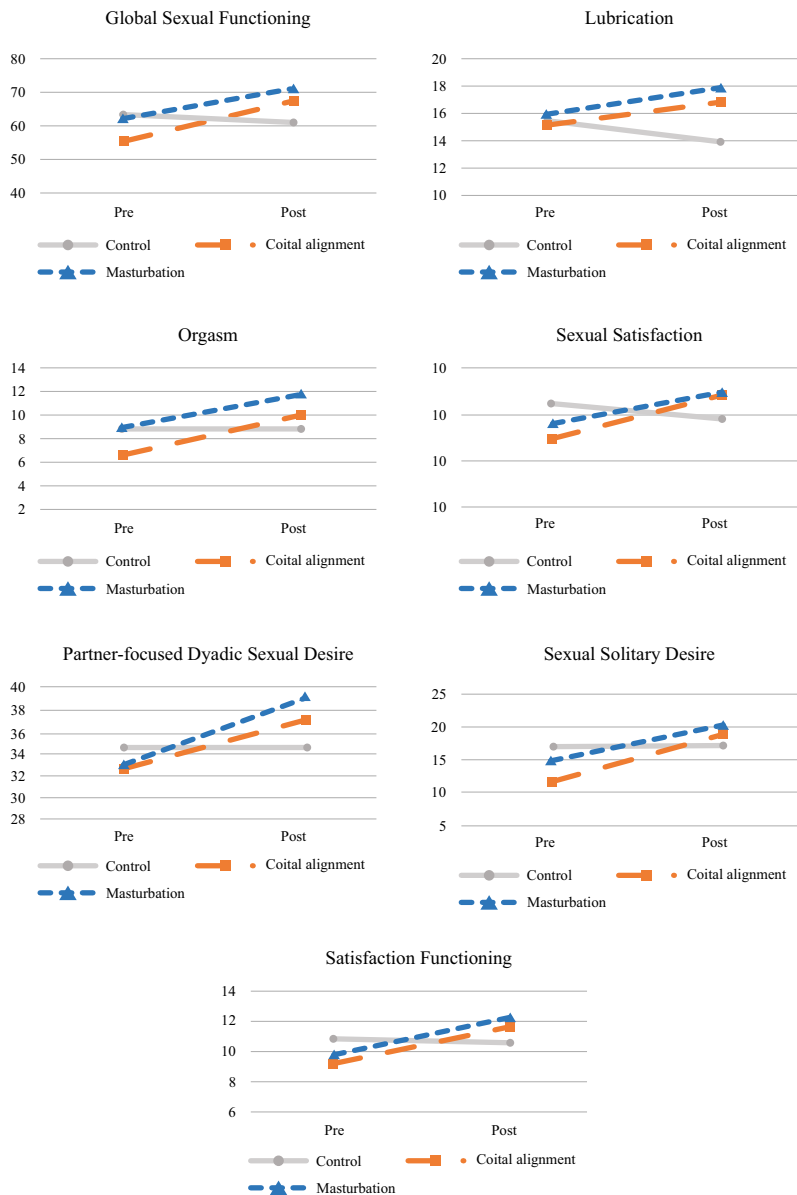
Sexual functioning desire				0.99 (2, 46)	.381	.04		
	Control	6.12 (1.80)	6.88 (1.87)					
	Coital alignment	5.31 (2.09)	6.63 (1.93)					
	Masturbation	6.35 (1.73)	7.35 (1.27)					
Sexual functioning arousal				2.75 (2, 46)	.075	.11		
	Control	10.71 (3.18)	13.41 (3.16)					
	Coital alignment	10.00 (3.86)	14.50 (2.61)					
	Masturbation	10.35 (3.92)	14.47 (2.76)					
Sexual functioning lubrication				6.68 (2, 46)	.003**	.23		
	Control	15.35 (3.71)	14.00 (4.65)				.063	
	Coital alignment	15.19 (4.35)	16.88 (3.96)				.022*	0.41
	Masturbation	16.00 (3.10)	18.00 (1.58)				.008**	0.81
Sexual functioning orgasm				8.30 (2, 46)	< .001***	.27		
	Control	8.82 (3.41)	8.82 (3.47)				.627	
	Coital alignment	6.63 (2.78)	10.00 (2.99)				< .001***	1.17
	Masturbation	9.00 (2.50)	11.82 (2.07)				< .001***	1.23
Sexual functioning satisfaction				6.98 (2, 46)	.002**	.23		
	Control	10.82 (2.67)	10.53 (3.26)				.586	
	Coital alignment	9.13 (2.87)	11.69 (2.21)				< .001***	0.99
	Masturbation	9.76 (2.77)	12.18 (2.88)				< .001***	0.86
Sexual functioning pain				0.35 (2, 46)	.71	.02		
	Control	8.00 (1.66)	7.47 (2.43)					
	Coital alignment	7.75 (1.48)	7.69 (1.25)					
	Masturbation	7.53 (1.07)	7.24 (.56)					
Partner-focused sexual desire				4.81 (2, 46)	.013*	.17		
	Control	34.53 (9.83)	34.53 (9.63)				.890	
	Coital alignment	32.63 (10.25)	37.00 (8.30)				.009**	0.47
	Masturbation	32.88 (10.56)	39.12 (6.40)				< .001***	0.71
Sexual desire for an attractive person				0.68 (2, 46)	.512	.03		
	Control	8.65 (3.64)	8.88 (3.37)					
	Coital alignment	6.75 (4.28)	7.94 (4.09)					
	Masturbation	8.59 (4.05)	9.06 (3.01)					
Solitary sexual desire				6.13 (2, 46)	.004**	.21	.983	
	Control	17.00 (8.07)	17.24 (7.34)				< .001***	0.79
	Coital alignment	11.81 (9.28)	18.81 (8.31)				< .001***	0.85
	Masturbation	15.12 (7.41)	20.18 (4.07)					
Subjective experience of orgasm Sexual relationships				1.92 (2, 46)	.166	.13		
	Control	79.00 (21.22)	80.09 (22.02)					
	Coital alignment	54.17 (24.70)	69.33 (22.42)					
	Masturbation	76.62 (22.17)	90.92 (12.51)					
Subjective experience of orgasm masturbation				1.08 (2, 46)	.355	.08		
	Control	68.67 (17.14)	73.17 (15.80)					
	Coital alignment	70.21 (26.37)	81.86 (13.76)					
	Masturbation	64.90 (27.40)	66.44 (19.44)					
Sexual satisfaction				5.65 (2, 46)	.006**	.20	.177	
	Control	26.18 (5.88)	24.41 (8.35)				.005**	0.66
	Coital alignment	22.31 (7.51)	27.06 (6.96)				.016*	0.53
	Masturbation	23.94 (7.08)	27.35 (5.57)					
Relationship satisfaction				0.86 (2, 46)	.431	.04		
	Control	27.00 (7.56)	26.27 (9.10)					
	Coital alignment	26.56 (6.90)	28.19 (6.45)					
	Masturbation	27.00 (5.76)	28.44 (4.87)					

Note. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

**Figure 2**  
*Erotophilia Scores Before and After the Intervention in the Three Groups*



**Figure 3**  
*Sexual Functioning Scores Before and After the Intervention in the Three Groups*



## Discussion

The purpose of this study was to assess the efficacy of the coital alignment technique applied online to improve female orgasmic disorder. For this purpose, it was compared with masturbation training - a technique that has shown the greatest efficacy in female orgasmic disorder (Frühauf et al., 2013; Labrador & Crespo, 2001) - and with a group of women on a waiting list.

The results indicate that, after receiving the intervention, the coital alignment and masturbation groups significantly improved their global sexual functioning (and its components lubrication, orgasm and satisfaction), partner-focused dyadic sexual desire, solitary sexual desire and sexual satisfaction. These findings indicate that both coital alignment and masturbation are effective techniques for improving orgasmic capacity in women with female orgasmic disorder. Erotophilia was only increased in the coital alignment group.

In the dimensions in which both techniques were effective, coital alignment provided better results in global sexual functioning (and its satisfaction component) and in sexual satisfaction. On the other hand, masturbation training led to better results in the lubrication and orgasm components of global sexual functioning, as well as in partner-focused dyadic sexual desire and solitary sexual desire. These results seem to indicate that both techniques are effective in improving sexual functioning, although masturbation training shows slightly superior results on more specific aspects of sexual response, whereas coital alignment is better on the more global dimensions of sexual functioning and satisfaction. This finding could be associated with the fact that masturbation has a more individual nature, resulting in a more direct psychophysiological stimulation responsible for the arousal, lubrication and orgasm (Arias-Castillo et al., 2023), while coital alignment, by involving the partner, in addition to psychophysiological stimulation, develops other emotional and attitudinal factors between both partners (Eichel et al., 1988), which would have consequences on more general aspects of sexual relations and sexual satisfaction. On the other hand, the improvement of partner-focused dyadic sexual desire and solitary sexual desire as opposed to the non-improvement of dyadic sexual desire for an attractive person, is consistent with the results of Moyano et al. (2017) and Peixoto (2019) on the relationship between dyadic sexual desire towards an attractive person and sexual dissatisfaction, as well as, with the lack of relationship between dyadic sexual desire towards an attractive person and sexual arousal in women (Sierra et al., 2019). Furthermore, the enhancement of solitary sexual desire, with a greater increase in the masturbation group, supports the findings of Cervilla et al. (2023) on the importance of solitary sexual desire in explaining the orgasm response in the context of masturbation.

The results found are in line with some of the conclusions drawn by Hurlbert and Apt (1995) on the efficacy of both techniques (i.e., masturbation training and coital alignment) for the treatment of female orgasmic disorder, although in the present study there is not such a marked difference showing better results of coital alignment over masturbation. Probably, the greater difference in efficacy shown by coital alignment over masturbation in Hurlbert and Apt's (1995) study may be due to the fact that the women in their study did not have female orgasmic disorder. Our results support the conclusions of Marchand (2021) on the possibility that coital alignment may

be useful in women with female orgasmic disorder, although they also support the efficacy of masturbation, as concluded in the meta-analysis Frühauf et al. (2013) or the reviews by Heiman and Meston (1997) and Labrador and Crespo (2001). It would be desirable to compare the efficacy of different techniques that have empirical evidence used in the treatment of female orgasmic dysfunction, especially those involving direct training in sexual skills, as explained by Frühauf et al. (2013).

Neither coital alignment nor masturbation were effective in improving specific sexual attitudes towards masturbation and sexual fantasies, sexual assertiveness, arousal and subjective experience of orgasm in sexual relationships and masturbation, and satisfaction with the couple's relationship. This could be due to the fact that we did not work directly on these variables. Regarding the lack of improvement in sexual assertiveness, this could be due to the fact that, although training was given in the emission of assertive responses to different situations, the fear of negative evaluation and disapproval by the partner was not studied in depth, as recommended by Klein et al. (2019). The lack of improvement in arousal may be explained by the way it was assessed, considering it as a general dimension of sexual functioning rather than using instruments that have more impact on its state manifestation as do the rating of sexual arousal and rating of genital sensations, which assess sexual arousal in a specific situation (Sierra et al., 2017). The short time between the two assessments could also have contributed to this lack of increase in arousal as a component of sexual functioning. The reason why the subjective experience of orgasm in sexual relationships and masturbation did not improve could also be the short time between the two measures; further follow-up could show more conclusive results on the women's perception of their subjective experience of orgasm. Finally, the lack of improvement in relationship satisfaction may be due to the fact that women's relationship satisfaction was already high to begin with. The lack of medium- and long-term follow-up after the interventions, in order to establish the stability and gains produced by the treatments, is one of the main problems of studies evaluating the efficacy of psychological treatments for sexual dysfunctions (Labrador & Crespo, 2001). Follow-up measures at four and six months are known to provide solid and conclusive data in women with sexual dysfunctions (Labrador & Crespo, 2001).

The clinical implication derived from the results found is that both training in coital alignment and direct masturbation are valuable techniques for the treatment of female orgasmic disorder. Thus, in the context of sex therapy, when it is identified that the orgasmic difficulty in women with heterosexual partners is mainly found in coital intercourse, the use of coital alignment can be assessed with the same safety that masturbation offers. On the other hand, since the online application of both techniques has proven effective, it could be useful for the treatment of female orgasmic disorder. Sometimes face-to-face therapy is not possible and online therapy is cheaper, flexible, and a practical alternative with supported efficacy for sexual dysfunctions and other problems (Trimpop et al., 2023; Zarski et al., 2022).

This study has some limitations. In the first place, a follow-up measurement was not performed months after the end of the program to determine how well the intervention had been established and to be able to obtain more conclusive results. On the other hand, it is advisable that future research, in addition to comparing the efficacy of the different techniques for the treatment of female orgasmic



dysfunction, should do so without a previous psychoeducation module, such as the one included in the first four sessions of the program of both experimental groups, and that psychoeducation should be one more technique to be compared.

### Conclusions

Coital alignment and masturbation techniques (applied online) for the treatment of female orgasmic disorder are effective compared to the waiting list. Coital alignment shows slightly superior results on more global sexual functioning, while masturbation shows slightly superior results on more specific measures of sexual response.

### Conflicts of Interest

The authors declare no conflict of interest.

### References

- Adam, F., Day, J., De Sutter, P., & Brasseur, C. (2019). Mindfulness-based therapy for women's orgasmic disorder. *Sexologies*, 28(4), 200-210. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2019.06.013>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., Text Revision). American Psychiatric Association Publishing.
- Arcos-Romero, A. I., Expósito-Guerra, D., & Sierra, J. C. (2022). Sexual desire and its relationship with subjective orgasm experience. *International Journal of Impotence Research*, 34(1), 93-99. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-00375-7>
- Arcos-Romero, A. I., Granados, R., & Sierra, J. C. (2019). Relationship between orgasm experience and sexual excitation: Validation of the Model of the Subjective Orgasm Experience. *International Journal of Impotence Research*, 31(4), 282-287. <https://doi.org/10.1038/s41443-018-0095-6>
- Arcos-Romero, A. I., Moyano, N., & Sierra, J. C. (2018). Psychometric properties of the Orgasm Rating Scale in context of sexual relationship in a Spanish sample. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 741-749. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.005>
- Arcos-Romero, A. I., & Sierra, J. C. (2020). Factors associated with subjective orgasm experience in heterosexual relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(4), 314-329. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2019.1711273>
- Arias-Castillo, L., García, L., & García-Perdomo, H. A. (2023). The complexity of female orgasm and ejaculation. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 308(2), 427-434. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06810-y>
- Barbach, L. (2014). *Loving together: Sexual enrichment program*. Routledge.
- Brody, S., Laan, E., & Van Lunsen, R. H. (2003). Concordance between women's physiological and subjective sexual arousal is associated with consistency of orgasm during intercourse but not other sexual behavior. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(1), 15-23. <https://doi.org/10.1080/713847101>
- Cervilla, O., Vallejo-Medina, P., Gómez-Berrocal, C., & Sierra, J. C. (2021). Development of the Spanish short version of Negative Attitudes toward Masturbation Inventory. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), 100-222. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100222>
- Cervilla, O., Jiménez-Antón, E., Álvarez-Muelas, A., Mangas, P., Granados, R., & Sierra, J. C. (2023). Article solitary sexual desire: Its relation to subjective orgasm experience and sexual arousal in the masturbation context within a Spanish population. *Healthcare*, 11, Article 805. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060805>
- Cervilla, O., Vallejo-Medina, P., Gómez-Berrocal, C., De la Torre-Vílchez, D., & Sierra, J. C. (2022). Validation of the Orgasm Rating Scale in the context of masturbation. *Psicothema*, 34(1), 151-159. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.223>
- Cohen, J. (1988). *The effect size index: d. Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge Academic.
- Delcea, C. (2021). Sexual life during COVID-19. *International Journal of Advanced Studies in Sexology*, 3(1), 20-25. <https://www.yumpu.com/en/document/read/65326690/sexual-life-during-covid-19>
- Driemeyer, W., Janssen, E., Wiltfang, J., & Elmerstig, E. (2017). Masturbation experiences of Swedish senior high school students: Gender differences and similarities. *The Journal of Sex Research*, 54(4-5), 631-641. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1167814>
- Eichel, E. W., De Simone Eichel, J., & Kule, S. (1988). The technique of coital alignment and its relation to female orgasmic response and simultaneous orgasm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 14(2), 129-14. <https://doi.org/10.1080/00926238808403913>
- Erdős, C., Kelemen, O., Pócs, D., Horváth, E., Dudás, N., Papp, A., & Paulik, E. (2023). Female sexual dysfunction in association with sexual history, sexual abuse and satisfaction: A cross-sectional study in Hungary. *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), 1112. <https://doi.org/10.3390/jcm12031112>
- Espitia-De La Hoz, F. J. (2019). EROS device in the management of female anorgasmia. *Universidad y Salud*, 21(1), 38-47. <https://doi.org/10.22267/rus.192101.138>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Freihart, B. K., McMahon, L. N., & Meston, C. M. (2022). Female orgasmic disorder. In A. D. Lykins (Ed.), *Encyclopedia of sexuality and gender*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-59531-3\\_107-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-59531-3_107-1)
- Frühau, S., Gerger, H., Schmidt, H. M., Munder, T., & Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 915-933. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0062-0>
- Heiman, J. R., & Meston, C. M. (1997). Evaluating sexual dysfunction in women. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 40(3), 616-629. <https://doi.org/10.1097/00003081-199709000-00021>
- Hurlbert, D. F., & Apt, C. (1995). The coital alignment technique and directed masturbation: A comparative study on female orgasm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 21(1), 21-29. <https://doi.org/10.1080/00926239508405968>
- Kaplan, H. S. (1992). Does the CAT technique enhance female orgasm? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 18(4), 285-291. <https://doi.org/10.1080/00926239208412853>
- Klein, V., Imhoff, R., Reininger, K. M., & Briken, P. (2019). Perceptions of sexual script deviation in women and men. *Archives of Sexual Behavior*, 48(2), 631-644. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1280-x>
- Kocsis, A. (2020). Female orgasm disorder. *International Journal of Advanced Studies in Sexology*, 2(1), 49-53. <https://www.sexology.ro/wp-content/uploads/2020/06/49-53-Alexandra-Kocsis-Female-orgasm-disorder.pdf>
- Labrador, F. J., & Crespo, M. (2001). Efficacious Psychological treatments for sexual dysfunctions. *Psicothema*, 13(3), 428-441. <https://www.psicothema.com/pi?pii=465>
- Leavitt, C. E., Leonhardt, N. D., Eldredge, J. G., Busby, D. M., & Clarke, R. W. (2023). A trifecta: Patterns in orgasm consistency, relational satisfaction, and sexual satisfaction. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(4), 525-535. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad001>

- Lentz, A. M., & Zaikman, Y. (2021). The big "O": Sociocultural influences on orgasm frequency and sexual satisfaction in women. *Sexuality & Culture*, 25(3), 1096-1123. <https://doi.org/10.1007/s12119-020-09811-8>
- Levin, R. J., & van Berlo, W. (2004). Sexual arousal and orgasm in subjects who experience forced or non-consensual sexual stimulation—a review. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 11(2), 82-88. <https://doi.org/10.1016/j.jcfm.2003.10.008>
- Mah, K., & Binik, Y. M. (2005). Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(3), 187-200. <https://doi.org/10.1080/00926230590513401>
- Marchand, E. (2021). Psychological and behavioral treatment of female orgasmic disorder. *Sexual Medicine Reviews*, 9(2), 194-211. <https://doi.org/10.1016/j.sxm.2020.07.007>
- Marina, P., García-Portilla, M. P., Jiménez, L., Palicioc, L., Trabaja, P., & Bobes, J. (2013). Sexual function in depressed patients: Relationship between depressive symptoms and sexual dysfunction. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 76(3), 161-161. <https://doi.org/10.20453/rnp.v76i3.1183>
- Meston, C. M., Hull, E., Levin, R. J., & Sipski, M. (2014). Disorders of orgasm in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 66-68. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2004.10110.x>
- Mestre-Bach, G., Blycker, G. R., & Potenza, M. N. (2022). Behavioral therapies for treating female sexual dysfunctions: A state-of-the-art review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(10), Article 2794. <https://doi.org/10.3390/jcm11102794>
- Montero, Y. V., & Vizcaíno, M. C. A. (2017). Female sexual dysfunctions and related psychosocial factors in a group of presumably healthy women. *Revista Sexología y Sociedad*, 23(2), 182-194. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78251>
- Moyano, N., Sánchez-Fuentes, M. D. M., Granados, R., & Sierra, J. C. (2020). Intervención en disfunciones sexuales [Intervention in sexual dysfunctions]. In M. D. M. Sánchez-Fuentes, M. R. G. de Haro, N. Moyano, J. C. Sierra, A. De la Peña-Leiva, A. C. Rusinque, M. M. González, Y. T. Palencia, P. M. Sande, K. C. Pacheco, P. García-Roncallo, E. G. Montaña, N. Q. Molineros, M. P. Fernández, C. A. Rivera, N. L. Raby, C. R. Cervantes, M. A. P. Corcho, A. V. Posso-Meza, ... & M. M. Rudas (Eds.), *Sexualidad y relaciones contemporáneas* (pp. 150-165). Corporación Universidad de la Costa.
- Moyano, N., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. C. (2017). Sexual Desire inventory: Two or three dimensions? *The Journal of Sex Research*, 54(1), 105-116. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1109581>
- Peixoto, M. (2019). Sexual satisfaction, solitary, and dyadic sexual desire in men according to sexual orientation. *Journal of Homosexuality*, 66(6), 769-779. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1484231>
- Pierce, A. P. (2000). The coital alignment technique (CAT): An overview of studies. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(3), 257-268. <https://doi.org/10.1080/00926230050084650>
- Rowland, D. L., & Kolba, T. N. (2016). Understanding orgasmic difficulty in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(8), 1246-1254. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.014>
- Sánchez-Fuentes, M. D. M., Santos-Iglesias, P., Byers, E. S., & Sierra, J. C. (2015). Validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire in a Spanish sample. *The Journal of Sex Research*, 52(9), 1028-1041. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.989307>
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., & Consort Group. (2010). CONSORT 2010 Statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMC Medicine*, 24(8), Article 18. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-18>
- Sierra, J. C., Arcos-Romero, A. I., Álvarez-Muelas, A., & Cervilla, O. (2021). The impact of intimate partner violence on sexual attitudes, sexual assertiveness, and sexual functioning in men and women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), Article 594. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020594>
- Sierra, J. C., Arcos-Romero, A. I., & Calvillo-Martínez, C. F. (2020). Validity evidence and norms of the Spanish version of the Hurlbert Index of Sexual Fantasy. *Psicothema*, 32(3), 429-436. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.14>
- Sierra, J. C., Arcos-Romero, A. I., Granados, M. R., Sánchez-Fuentes, M. M., Calvillo, C., & Moyano, N. (2017). Ratings of Sexual Arousal and Ratings of Genital Sensations: Psychometric properties in Spanish sample. *Revista Internacional de Andrología*, 15(3), 99-107. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2016.10.008>
- Sierra, J. C., Díaz, G., Álvarez-Muelas, A., Calvillo, C., Granados, R., & Arcos-Romero, A. I. (2019). Relationship between sexual desire and sexual arousal (objective and subjective). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 173-180. <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/25374/pdf>
- Sierra, J. C., Gómez-Carranza, J., Álvarez-Muelas, A., & Cervilla, O. (2021). Association of sexual attitudes with sexual function: General vs. specific attitudes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), Article 10390. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910390>
- Sierra, J. C., Santamaria, J., Cervilla, O., & Álvarez-Muelas, A. (2023). Masturbation in middle and late adulthood: Its relationship to orgasm. *International Journal of Impotence Research*, 35(2), 114-120. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00520-w>
- Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P., & Iglesias, P. S. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) [Psychometric properties of the Spanish version of the Sexual Assertiveness Scale (SAS)]. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 27(1), 17-26. <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Trimpop, L. F., Bielinski, L. L., Berger, T., & Willutzki, U. (2023). Evaluation of two web-based interventions (res-up and remotion) in routine outpatient psychotherapy (therapy online plus top): Protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research Protocols*, 12(1), Article e41413. <https://doi.org/10.2196/41413>
- Vallejo-Medina, P., Granados, M. R., & Sierra, J. C. (2014). Proposal and validation of a short version of the Sexual Opinion Survey in the Spanish population. *Revista Internacional de Andrología*, 12(2), 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2013.04.004>
- Vallejo-Medina, P., Pérez-Durán, C., & Saavedra-Roa, A. (2018). Translation, adaptation, and preliminary validation of the female sexual function index into Spanish. *Archives of Sexual Behavior*, 47(3), 797-810. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0976-7>
- Vizcaíno, M. C. A. (2016). Female orgasmic disorder. Assistance protocol. *Revista Sexología y Sociedad*, 22(2), 216-247. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78259>
- Wheeler, L. J., & Guntupalli, S. R. (2020). Female sexual dysfunction: Pharmacologic and therapeutic interventions. *Obstetrics & Gynecology*, 136(1), 174-186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003941>
- Zarski, A. C., Velten, J., Knauer, J., Berking, M., & Ebert, D. D. (2022). Internet- and mobile-based psychological interventions for sexual dysfunctions: A systematic review and meta-analysis. *Nature Digital Medicine Journal*, 5(1), 139. <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00670-1>



Artículo (Monográfico)

## Revisión Sistemática Sobre Tratamientos Psicológicos con Personas Adultas Víctimas de Abuso Sexual Infantil

Eva Núñez<sup>1</sup>  y Yolanda Sánchez-Sandoval<sup>1,2</sup> 

<sup>1</sup> Universidad de Cádiz, España

<sup>2</sup> Instituto de Innovación e Investigación Biomédica de Cádiz (INIBICA), España

### INFORMACIÓN

Recibido: Abril 14, 2024

Aceptado: Abril 23, 2024

#### Palabras clave:

Abuso sexual infantil  
Tratamientos psicológicos  
Terapias  
Adultos  
Revisión sistemática

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión sistemática de la literatura científica sobre los tratamientos psicológicos aplicados con personas adultas con experiencia de abuso sexual infantil. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Web Of Science, Scopus y PsycInfo. Se identificaron inicialmente 490 estudios, cumpliendo 19 los criterios de inclusión. Destaca la praxis de enfoques cognitivos-conductuales y de tercera generación, seguidos de orientaciones eclécticas, psicodinámicas y sistémicas, para tratar la sintomatología en estos pacientes, sobre todo, síntomas postraumáticos y depresivos. Los hallazgos respaldan la existencia de tratamientos psicológicos efectivos para las víctimas adultas de abuso sexual infantil, pero pueden no ser suficientes para lograr una remisión completa de los síntomas. Las terapias cognitivo-conductuales consiguen los resultados más alentadores a la hora de disminuir su sintomatología. No obstante, otras intervenciones desde orientaciones terapéuticas diferentes también reflejan su éxito.

### Systematic Review on Psychological Treatments With Adult Victims of Child Sexual Abuse

#### ABSTRACT

The aim of this study is to review the scientific literature about the psychological treatments applied to adults with experience of child sexual abuse. Web Of Science, Scopus and PsycInfo were used. From the 490 studies initially identified, 19 met the inclusion criteria. Among these studies, the praxis of cognitive-behavioral and third generation approaches stand out. Followed by these, eclectic, psychodynamic and systemic guidelines appear, among others, to treat the symptoms in child sexual abuse patients, especially post-traumatic and depressive symptoms. The findings support the existence of effective psychological treatments for adult victims of child sexual abuse, but may not be sufficient to achieve complete remission of symptoms. The analysis suggests that pure cognitive-behavioral therapies show more encouraging results in reducing the symptomatology of these patients; however, other interventions from different therapeutic orientations also reflect their success.

#### Keywords:

Child sexual abuse  
Psychological treatments  
Therapies  
Adults  
Systematic review

El abuso sexual infantil (ASI) es una de las formas de violencia y maltrato hacia la infancia.

El ASI consiste en episodios de contactos e interacciones entre una persona adulta y un niño o niña, cuando el adulto (agresor) usa al menor para estimularse sexualmente, al niño o a otra persona (National Center of Child Abuse and Neglect [Centro Nacional de Abuso y Negligencia Infantil], 1978). También se considera ASI el cometido por un menor de edad, cuando sea significativamente mayor que la víctima o cuando el agresor tenga una posición de poder o control. Estimar la prevalencia de este fenómeno no es fácil. Al darse mayoritariamente en un entorno intrafamiliar, con habitual ausencia de un daño físico evidente y de signos psíquicos comunes, los datos para la detección y el diagnóstico son altamente inaccesibles (Pereda y Gallardo-Pujol, 2011). Recientemente, el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra la infancia 2020, basado en una revisión de más de 300 estudios publicados entre 2000 y 2017 (Moody et al., 2018), estima una prevalencia del 14% y el 20% entre las niñas europeas y norteamericanas, respectivamente, y entre los niños de un 6% en Europa y un 14% en Norteamérica. En España, los datos del Registro Unificado de casos de sospecha de Maltrato Infantil indican que durante el año 2021 hubo 3206 notificaciones de ASI, de los que un 58,61% eran graves y un 41,39% leve-moderadas (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022). El 9,59% del total de notificaciones de maltrato fueron de ASI.

El ASI es una experiencia traumática temprana, que afecta notablemente al desarrollo normativo de la persona, implica alteraciones en la regulación de las emociones, en las relaciones interpersonales y el autoconcepto (Wagenmans et al., 2018). Es un factor de riesgo para desarrollar dificultades, a nivel psicopatológico y social a largo plazo (Elkjaer et al., 2014). Las personas que han sido abocadas a un trauma acumulativo, generalmente, de naturaleza extensa e interpersonal, corren el riesgo de sufrir graves trastornos psicológicos (Wagenmans et al., 2018). Además, el silencio otorgado por la víctima cuando se produce el suceso, lleva consigo la dificultad de recibir un tratamiento temprano (Rull y Pereda, 2011) que ayude a aminorar los efectos del fenómeno y, como consecuencia, un aumento exponencial de la probabilidad de sufrir graves consecuencias en la vida adulta.

No es posible establecer un único síndrome propio ligado a la experiencia de ASI (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021), al ser un suceso de experiencia vital y no una agrupación de signos característicos (Rull y Pereda, 2011). Existen diversos factores que causan la variación de sintomatología entre las víctimas: su perfil individual (edad, sexo y contexto familiar), las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, cronicidad...), la relación entre víctima-agresor (padre, hermano, profesor...) y el acto mismo de la revelación del abuso (falta de apoyo emocional, dudas sobre el hecho relatado...) (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021). Estudios longitudinales han observado que los adultos con una historia de ASI, presentan mayor predisposición a sufrir trastornos ligados directamente a la experiencia traumática, como es el trastorno de estrés postraumático (TEPT); trastornos del estado del ánimo, como la depresión; trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastornos de personalidad, comportamiento e ideaciones suicidas, consumo de sustancias, alteraciones

sexuales (disfunción sexual, aversiones sexuales, ...), problemas de salud (dolor crónico, problemas gastrointestinales, alteraciones del sueño, trastornos de la alimentación, ...) y dependencia del bienestar en la edad adulta (Barrero y Sánchez-Sandoval, 2022; Cutajar et al., 2010; Fergusson et al., 2013).

Estudios que analizan la eficacia de distintos tratamientos para aminorar las secuelas del ASI muestran que los mejores resultados, con niños y adolescentes, los mostraron los tratamientos cognitivo-conductuales centrados en el trauma combinados con terapia de apoyo y algún elemento psicodinámico (ej. terapia de juego) (Sánchez-Meca et al., 2011). En cuanto a las intervenciones con personas adultas, una reciente revisión ha mostrado que la mayoría de las intervenciones analizadas tenían éxito en reducir al menos una de las variables sintomáticas examinadas (ej. depresión o ansiedad), siendo la terapia dialéctica conductual (TDC) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) las que mostraron los mejores resultados (Sousa-Gomes et al., 2022). Este estudio subrayaba que, a pesar de ser alentadores, los resultados no fueron concluyentes, destacando la necesidad de estudios controlados de alta calidad con muestras representativas de víctimas de ASI para abordar las cuestiones metodológicas planteadas en los estudios analíticos.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática sobre tratamientos psicológicos aplicados a personas adultas con experiencia de ASI y su eficacia. Recientemente, se aprobó la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, para la protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. En ella se incluye, en especial, la reforma de los plazos de prescripción de los delitos sexuales en la infancia, estos comenzarán desde que la víctima cumple los 35 años de edad y no los 18, como hasta ahora. Este cambio de paradigma a nivel judicial precisa aunar los programas y líneas de intervención que han demostrado su eficacia, con la finalidad de facilitar el acceso a los profesionales de la salud mental, a tratamientos expuestos a rigurosos análisis que aseguren resultados positivos con su aplicación. Este trabajo se justifica además por la alta incidencia del ASI, así como por su impacto a largo plazo en la salud mental de las víctimas. Mientras que otros trabajos se han centrado en población con alguna sintomatología, en este se recogerán también intervenciones orientadas a la prevención primaria y secundaria. Aunque existen otras revisiones sobre esta temática con población infantil y adolescente (Sánchez-Meca et al., 2011) y con población adulta (Rull y Pereda, 2011), este trabajo aporta una visión más actual y revisada de intervenciones que han demostrado ser eficaces.

## Método

Se han seguido las recomendaciones de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page et al., 2021). La pregunta de investigación, siguiendo el protocolo PICOS fue: en personas adultas con un episodio de abuso sexual infantil, único o reiterado (Participants) que han recibido tratamiento psicológico (Intervention), ¿cuál fue la eficacia, en términos de respuesta al tratamiento, remisión, recuperación, recaídas y/o recurrencia (Outcome), de los distintos tipos de terapia psicológica (Comparisons), según estudios empíricos (Study design)?



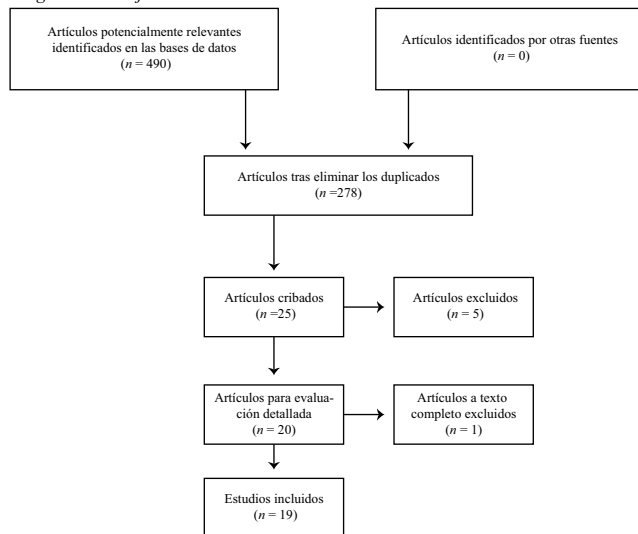
La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Web Of Science, Scopus y PsycInfo. Se utilizaron los términos: (child\* sexual abuse) AND (“therap\*” OR treatment) dentro del campo “título”. Los criterios de inclusión fueron: a) estudios empíricos, publicados en revistas indexadas, b) muestra con población adulta con experiencia de ASI, c) publicados entre 2010 y 2021, d) con objeto de estudio, la eficacia de un tratamiento psicológico, e) estudios de investigación con análisis cuantitativo, con tamaño de efecto pre-post tratamiento y d) publicados en inglés o español. Los criterios de exclusión fueron: a) muestras menores de 18 años, b) estudios de caso único, tesis o libros, c) revisión sistemática o metaanálisis, d) medición cualitativa y e) no inclusión de tratamiento psicológico. Los artículos han sido revisados por dos revisores independientes.

Tras la evaluación de la calidad metodológica ([Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2015](#)), todos los estudios incluidos presentaban un nivel de evidencia 2+ (estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal).

## Resultados

La búsqueda inicial identificó 490 artículos. En la [Figura 1](#) se muestra el diagrama de flujo. Se eliminaron 212 duplicadas. Sólo 25 superaron la primera etapa de selección (cribaje por título y resumen). En esta fase, fueron excluidos 5 estudios más, por no cumplir los criterios de selección. Tras la lectura de texto completo, uno más fue excluido. Se incluyeron finalmente 19 trabajos.

**Figura 1**  
Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de los Estudios



## Características de los Estudios Incluidos

La mayoría de trabajos han sido realizados en Europa y Estados Unidos ([Tabla 1](#)). El total de participantes asciende a 2.265 personas, con edades comprendidas entre 14 y 70 años. El 78,95% de los estudios incluyen únicamente mujeres,

el resto recluta un muestreo mixto. Ningún trabajo analiza exclusivamente a hombres.

Son todos estudios experimentales, con un tamaño de efecto pre-post tratamiento. En cuanto a la inclusión de grupo control, usado para verificar que los resultados son efecto del tratamiento y no resultado de la espontaneidad, se observa que este ha sido utilizado en seis de las investigaciones (31,58%). Se incluye además siete estudios con grupo de comparación (36,84%), y en un caso (5,26%) se incluyen ambos. La asignación a estos grupos, tanto control como comparación, se ha hecho en nueve ocasiones por aleatorización (47,37%) y en cuatro sin aleatorizar (21,05%).

Destaca por su mayor presencia el enfoque cognitivo-conductual (ECC) en diez de los trabajos (52,63%), de los cuales, la mitad se basa en su variante de tercera generación (26,32%), la TDC. Le siguen enfoques eclécticos o integrativos, con tres estudios (15,79%), el enfoque sistémico y el psicodinámico, ambos en dos trabajos (10,52%). Por último, en cuatro de ellos no se especifica su tipo de enfoque (21,05%), aunque en un caso indican que es un tratamiento orientado a la personalidad (25%).

## Variables Objeto de Intervención

Las variables abordadas en estos trabajos son bastante heterogéneas. Destaca la sintomatología de TEPT, en cuanto a presencia, gravedad e intensidad, analizada en catorce estudios (73,68%). En segundo lugar, la sintomatología depresiva (57,89%), seguida del malestar psicológico general (31,52%). Con menor presencia, el funcionamiento psicosocial general y disociación (21,05%), síntomas límite y problemas interpersonales (15,79%).

Los instrumentos de evaluación más utilizados fueron Beck Depression Inventory (BDI-II) en un 42,11% de los estudios, seguidos del Symptom Checklist -90- Revisado (SCL-90-R) y el Clinician Adminstrated PTSD Scale (CAPS) ambos en un 31,58% de los trabajos. En menor proporción, se aplicaron el Global Assessment of Functioning (GAF), Psychopathy Checklist Screening (PCL-S), Borderline Symptom List Short Version (BLS-23) y Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) (15,8% cada uno).

El seguimiento de los resultados de un tratamiento evidencia el grado de eficacia del mismo después de un periodo tras su implementación. La mayoría de los estudios incluidos utilizaron este método para analizar sus efectos después del tratamiento (73,68%), siendo el estudio de [Elkjær et al. \(2021\)](#) el que presenta una mayor observación del mantenimiento de los resultados cinco años después. Le siguen, el estudio [Elkjaer et al. \(2014\)](#) y [Sarasua et al. \(2013\)](#) con un seguimiento máximo de un año. El menor plazo de seguimiento es el de [Becker \(2015\)](#) con un mes de monitorización de los efectos. En referencia a los periodos de seguimiento, hay un estudio que realiza cuatro tiempos, al mes, a los tres, a los seis y los doce meses ([Sarasua et al., 2013](#)), continúa otro con tres intervalos de dos semanas, uno y seis meses ([Pulverman et al., 2017](#)). Otros, evalúan en dos ocasiones postratamiento, con periodos diversos ([Bohus et al., 2013](#); [Elkjær et al., 2021](#); [Hendriks et al., 2010](#); [Krueger et al., 2014](#)). Finalmente, en ocho trabajos hay una única fase de seguimiento.

**Tabla 1**  
Características de los Estudios Incluidos

Referencia	País	N- Inicio	N- Final	Edad	Sexo	Tratamiento	Comparación	Tiempos
Elkjær et al. (2021)	Dinamarca	106	86	19-57	M	TPDG	TSG	pre-post-1a-5a
Rosner et al. (2019)	Alemania	88	65	14-21	M-H	TPCD	LE	pre-8s-post-3m
Wagenmans et al. (2018)	Países Bajos	171	165	18-68	M-H	TICT-TEPT	NO ASI; ASI < 12; ASI 12-18; ASI >18	pre-post
Steil et al. (2018)	Alemania	21	17	19-50	M	TDC-TEPT	NO	pre-post-6s
Pulverman et al. (2017)	EE.UU.	138	86	19-63	M	TEE	NO	pre-post-2s-1m-6m
Görg et al. (2017)	Alemania	78	23	17-65	M	TDC-TEPT	LE	pre-post
Elklit (2015)	Dinamarca	480	-	15-70	M-H	TOP	NO	pre-6m-post
Calvert et al. (2015)	Reino Unido	157	108	18-64	M	TACG	LE	pre-post
Becker (2015)	EE.UU.	6	5	39-58	M-H	TCC-G+ARTE	NO	pre-pos-1m
Elkjær et al. (2014)	Dinamarca	106	86	>18	M	TPDG	TSG	pre-post-1a
Krueger et al. (2014)	Alemania	74	72	17-65	M	TDC-TEPT	LE	pre-post-6s-12s
Lorenz et al. (2013)	EE.UU.	127	77	>18	M	TEE	GC	pre-post
Sarasua et al. (2013)	España	121	87	18-54	M	TCC-I	NO	pre-post-1m-3m-6m-12m
Bohus et al. (2013)	Alemania	74	69	17-65	M	TDC-TEPT	LE	pre-post-6s-12s
Kreidler (2012)	EE.UU.	250	156	>18	M	TGCP	TGLP	LP: pre-6m-post CP: pre-post-6m
Gamble et al. (2011)	EE.UU.	69	69	>18	M	TIP	AH	pre-10s-24s-36s
Steil et al. (2011)	Alemania	29	29	>18	M	TDC-TEPT	NO	pre-post-6s
Classen et al. (2011)	EE.UU.	166	141	>18	M	TGCT	TGCP	pre-post-6m
Hendriks et al. (2010)	Países Bajos	4	4	27-49	M	TEIB	NO	pre-post-1m-3m

*Nota.* M: Mujeres; H: Hombres; TPDG: Psicoterapia Psicodinámica Grupal; TSG: Psicoterapia Sistémica Grupal; TPCD: Terapia Procesamiento Cognitivo adaptada al Desarrollo; LE: Lista de Espera; TICT-TEPT: Tratamiento Intensivo Centrado en el Trauma para el Trastorno de Estrés Postraumático; TDC-TEPT: Terapia Dialéctica Conductual para el TEPT; TEE: Tratamiento de Escritura Expresiva; TOP: Tratamiento Orientado a la personalidad; TACG: Terapia Analítica Cognitiva Grupal; TCC: Terapia Cognitivo Conductual-G: Grupal /-I: Individual; GC: Grupo Control; TGCP: Terapia Grupal Corto Plazo; TGLP: Terapia Grupal Largo Plazo; TIP: Terapia Interpersonal; AH: Atención Habitual; TGCT: Terapia Grupal Centrada en el Trauma; TGCP: Terapia Grupal Centrada en el Presente; TEIB: Terapia de Exposición Intensiva Breve; s: semana; m: mes; a: año

### Características del Abuso

A pesar de la importancia del tipo de abuso, tres de los trabajos no aportan esta información (15,79%) (Calvert et al., 2015; Görg et al., 2017; Krueger et al., 2014). En los restantes, cinco especifican ASI intrafamiliar (31,25%), seis ASI intra o extrafamiliar (37,5%), con mayor proporción del primero, y los últimos cinco no indican el vínculo entre víctima-agresor (31,25%). En siete de ellos (43,75%) se diferencia entre ASI con contacto sin penetración (besos, tocamientos, caricias en genitales) o con contacto con penetración (vaginal, oral y/o anal). La edad de inicio del ASI está en un rango medio entre 5.9 (Elkjær et al., 2021) y 11.29 años (Steil et al., 2018). Respecto a la duración del acto abusivo, esta se muestra en siete de estos artículos (43,75%), la mayoría de los participantes afirma haber sufrido ASI durante más de cinco años. En Kreidler (2012) se muestra una media de nueve años de abuso.

### Características de los Tratamientos Empleados

Respecto al formato de los tratamientos, siete han abordado un modelo terapéutico individual (36,84%), seis en formato grupal (36,84%) y cuatro mixtos (21,05%). En dos de los estudios no se especifica el formato utilizado (10,52%) (Krueger et al., 2014; Rosner et al., 2019). La duración de las terapias era muy

variable. Se encuentran las de mayor extensión con doce meses, entre ellas, la terapia psicodinámica (Elkjær et al., 2014; Elkjær et al., 2021), la terapia orientada a la personalidad (Elklit, 2015) y el estudio de Kreidler (2012). Les siguen las terapias de seis meses de duración (Calvert et al., 2015; Classen et al., 2011; Kreidler, 2012; Steil et al., 2018). Algunas han sido muy breves, con cinco (Hendriks et al., 2010) u once días (Wagenmans et al., 2018) de tratamiento.

Encontramos estudios con un mínimo de cinco sesiones (Hendriks et al., 2010; Lorenz et al., 2013; Pulverman et al., 2017) y otros con un máximo de ciento veintisiete sesiones (Bohus et al., 2013; Steil et al., 2011). También hay una gran disparidad en la duración de las sesiones, desde treinta minutos (Lorenz et al., 2013; Pulverman et al., 2017) a sesiones intensivas de seis horas (Hendriks et al., 2010). La mayoría ofrecen terapias semanales (57,89%), en menor proporción mixtas (semanal y/o mensual/bisemanal) (26,32%) o diarias (10,52%).

### Tipo y Eficacia de los Tratamientos

#### Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC)

En un primer grupo de Terapias de Segunda Generación, se enmarcarían algunos trabajos incluidos, como la terapia de procesamiento cognitivo adaptada al desarrollo (Rosner et al.,



2019), integración del arte en el tratamiento de grupo para el TEPT (Becker, 2015), TCC (Sarasua et al., 2013), terapia de grupo centrada en el trauma (TGCT) y en el presente (TGCP) (Classen et al., 2011) y terapia de exposición intensiva breve (Hendriks et al., 2010).

Todas estas intervenciones han mostrado reducir síntomas TEPT tras la intervención, manteniéndose el cambio en su seguimiento. El estudio de Rosner et al. (2019) presenta valores de  $g$  de Hedges de 0.90 en el postratamiento y de 0.80 en la evaluación de seguimiento. Por otro lado, Becker (2015) representa un tamaño de efecto  $d$  de Cohen con valores en el postratamiento de 2.05 y de 1.86 en el seguimiento de un mes. La tasa de éxitos en relación a la desaparición del TEPT en Sarasua et al. (2013) es del 90,70%. Classen et al. (2011) no encontraron ventajas entre TGCT y TGCP en la reducción de los síntomas de TEPT, pero sí una clara ventaja del tratamiento sobre la condición de lista de espera. Por último, Hendriks et al. (2010) mostraron un tamaño de efecto  $d$  de Cohen de 1.5 en el postratamiento.

Otra medida de resultado evaluada con frecuencia en los tratamientos con ECC, es la sintomatología depresiva. El estudio de Rosner et al. (2019) alcanzó un tamaño de efecto  $g = 0.98$  para la reducción de síntomas depresivos. Becker (2015) por su parte consiguió un tamaño de efecto grande ( $d = 1.44$ ) con la integración de la TCC y el arte, aunque en el seguimiento este disminuyó ( $d = 1.15$ ). Las otras que evalúan esta variable (Classen et al., 2011; Sarasua et al., 2013), igualmente, estiman beneficios en relación a estos síntomas.

En cuanto a Terapias de Tercera Generación, la TDC para el TEPT (TDC-TEPT) relacionado con el ASI, ha sido analizada en cinco trabajos (26,32%). Esta combina elementos de la TDC (Linchan, 1993) e intervenciones cognitivo-conductuales centradas en el trauma (Ehlers y Clark, 2008; Foa et al., 2007).

El estudio piloto de Steil et al. (2011) estudió la aceptación, seguridad y eficacia de esta terapia, a través de cuatro variables, la gravedad general del TEPT (resultado primario), depresión, ansiedad estado-rasgo e índice de gravedad global (resultados secundarios). Mostraron en sus pacientes mejoras significativas en todas las medidas desde el inicio hasta el seguimiento. Ningún paciente abandonó la terapia. El diseño del estudio no permitía determinar qué componentes, si TDC o TCC, contribuyeron a los efectos del tratamiento.

Dada la necesidad de obtener datos controlados sobre este tratamiento para descartar efectos inespecíficos, en los siguientes años se desarrollaron tres ensayos controlados aleatorizados (ECA). El primero (Bohus et al., 2013), examinó la terapia TDC-TEPT para pacientes ASI con y sin trastorno límite de la personalidad, se encontró que la reducción de los síntomas de TEPT fue significativamente mayor en el grupo TDC-TEPT en comparación con el grupo control, con grandes tamaños de efecto entre grupos (39% en TDC-TEPT y 3% en el grupo control). Además, está respuesta también se encontró en algunas medidas secundarias como, el funcionamiento social global y la depresión. Sin embargo, la mejoría fue algo menor respecto al malestar psicológico actual, los síntomas límite y la disociación, pues los tamaños de efecto entre grupos variaron entre medianos y pequeños. A pesar de esta mejora significativa del grupo TDC-TEPT con respecto al grupo control, un 61% de los pacientes del primer grupo no alcanzó remisión completa del TEPT 3 meses después.

El segundo estudio (Krueger et al., 2014) examinaba la frecuencia de pérdidas y ganancias súbitas en el transcurso del tratamiento y su asociación con el contenido de este. Los resultados mostraron que las pérdidas repentinas fueron estadísticamente similares entre grupos de tratamiento y control, estas pérdidas no se produjeron después de las sesiones de exposición y sólo fueron temporales, ya que los participantes no empeoraron los síntomas en el postratamiento y el seguimiento. Las ganancias súbitas no fueron específicas de grupo, puesto que el grupo control también las experimentó, no obstante, el número de ganancias fue mayor en el grupo TDC-TEPT. Respecto a la asociación de estas con el contenido del tratamiento, el 60% se dieron justo después de la exposición, el resto se observaron durante la primera fase de tratamiento.

El tercer estudio (Görg et al., 2017) evaluó el cambio de emociones relacionadas con el trauma y la aceptación del acontecimiento traumático. Los pacientes experimentaron reducciones estadísticamente significativas en vergüenza, culpa, asco, angustia y miedo, mientras que la aceptación aumentó desde el inicio hasta el final de tratamiento. Además, la respuesta a la terapia, medida con CAPS, se asoció con el cambio en las emociones relacionadas con el trauma.

Finalmente, Steil et al. (2018) realizaron otro estudio piloto de tratamiento ambulatorio. Examinaban la aceptación, la seguridad y los efectos de la terapia, como en su trabajo de 2011. Los efectos de la TDC-TEPT en el postratamiento y el seguimiento fueron grandes para los síntomas TEPT, síntomas límite y depresión. No obstante, la eficacia para la disociación tuvo un tamaño de efecto medio.

### Terapias Psicodinámicas

El enfoque psicodinámico se emplea en dos de los estudios (10,52%), que los comparan con la terapia sistémica. Ambos (Elkjaer et al., 2014; Elkjær et al., 2021) fundamentan el tratamiento de orientación psicodinámica en la teoría del análisis de grupo (Foulkes, 2018).

En Elkjaer et al. (2014), el tratamiento tuvo ganancias significativas en los resultados pre-post, manteniendo sus resultados en todas las medidas (malestar psicológico general, funcionamiento psicosocial general, percepción de la calidad de vida autodeclarada, funcionamiento general, relaciones interpersonales y flashbacks) en el seguimiento al año. Además, la disminución de flashbacks, principalmente durante el seguimiento, resultó estadísticamente significativa.

Por otro lado, en Elkjær et al. (2021) en el que miden sus efectos a largo plazo (cinco años), la terapia psicodinámica presentó efectos de medianos a grandes en el Índice de Gravedad Global (GSI) del SCL-90-R y el funcionamiento psicosocial global, tanto al final del tratamiento como en el seguimiento de uno y cinco años. A pesar de esta mejora significativa general, más de la mitad de los pacientes seguían presentando puntuaciones en el GSI por encima del punto de corte cinco años después de la intervención. Respecto a los síntomas del TEPT, el grupo psicodinámico tuvo una puntuación mayor en el PCL-C, tanto en la puntuación total como en las distintas subescalas, siendo estadísticamente significativas sólo en Intrusión. Es decir, la frecuencia de los flashbacks no mejoraron en el grupo psicodinámico pero sí en

el de comparación, la terapia sistémica. De manera global, la diferencia de grupo fue mayor en el postratamiento, disminuyó a los niveles de referencia en el seguimiento de un año, y aumentó ligeramente en el seguimiento de cinco años.

### **Terapias Sistémicas**

En Elkjaer et al. (2014) el grupo sistémico mostró ganancias significativas en los resultados pre-post tratamiento, siendo significativamente mayores a los resultados del grupo de comparación con terapia psicodinámica. A pesar de esta diferencia, durante el seguimiento el grupo sistémico manifestó un empeoramiento estadísticamente significativo de las puntuaciones en malestar psicológico general, percepción de la calidad de vida autodeclarada, funcionamiento general y relaciones interpersonales. En consecuencia, un año después no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Por otro lado, en relación a los flashbacks, la terapia sistémica presentó una disminución estadísticamente significativa mostrando su principal cambio durante el tratamiento.

Desde el estudio de Elkjaer et al. (2021), la psicoterapia sistémica muestra efectos grandes en el malestar psicológico general actual (GSI) y en el funcionamiento psicosocial global (GAF), tanto al final del tratamiento como en el seguimiento de uno y cinco años, manifestando un tamaño de efecto menor en el seguimiento de un año en la medida GSI. En relación a su grupo de comparación (la terapia psicodinámica), el tratamiento sistémico reflejó un mayor descenso en las puntuaciones desde la línea base hasta la evaluación posterior al tratamiento. A pesar de esta diferencia, notablemente mayor en el postratamiento con un tamaño de efecto ajustado entre grupos de 0.75, esta disminuyó en el seguimiento de uno y cinco años. Aun así, una gran número de pacientes seguían mostrando un nivel de malestar psicológico general por encima del punto de corte. En cuanto a los síntomas de estrés postraumático, el grupo sistémico reflejó mejores resultados tanto en la puntuación total como en las subescalas, manifestando diferencia estadísticamente significativa en Intrusión, con mejora significativa en la frecuencia de flashbacks. En relación a los síntomas depresivos, no hubo diferencias entre grupos, sólo un 3% cumplía criterios para un diagnóstico de depresión moderada a grave.

### **Terapias Eclécticas o Integrativas**

El eclecticismo, enfoque de terapia integrador que no se apoya estrictamente en un paradigma determinado, se sostiene en teorías, métodos y técnicas de diferentes corrientes de pensamiento. El estudio más reciente que integra varios modelos de terapia es el de Wagenmans et al. (2018), en la que estudian el impacto del ASI en el resultado de un tratamiento intensivo centrado en el trauma para el TEPT, combinan exposición prolongada, EMDR, un programa deportivo y psicoeducación. Los efectos del tratamiento indicaron tamaños significativos y grandes en la frecuencia, intensidad y gravedad de los síntomas TEPT. Las intrusiones relacionadas con el trauma y la conducta de evitación fueron medidas con el CAPS ( $d$  de Cohen = 1.70), Perceived Stress Scale (PSS-SR) ( $d$  de Cohen = 1.35) e Impact of Event Scale (IES) ( $d$  de Cohen = 1.80). Wagenmans et al. (2018) sugieren que un programa de tratamiento

corto e intensivo puede ser eficaz para víctimas con TEPT grave relacionado con ASI, independientemente de la edad en que se dieron las experiencias traumáticas.

Por otro lado, la terapia cognitiva analítica de grupo (TCAG) de Calvert et al. (2015) aúna modelos psicoanalíticos y cognitivos, basada en la teoría del constructo personal y las relaciones objetales. Los resultados mostraron un tamaño de efecto en la medida de resultado primaria (GSI)  $d = 0.34$ , lo que sugiere que la finalización de la terapia se asoció con una mejora discreta del malestar psicológico global. Los tamaños de efectos en los resultados secundarios (problemas interpersonales, salud general, ansiedad y depresión) sugieren que la TCAG se asoció con bajas mejoras. Sólo la autoestima alcanzó un tamaño de efecto mediano en relación a la terapia ( $d = 0.58$ ). Finalmente, la TCAG parece ser una intervención moderadamente eficaz para las mujeres víctimas de ASI.

Gamble et al. (2011) también analizan los efectos de una intervención ecléctica. Examinan las mejoras en el funcionamiento social de dominios específicos durante la terapia interpersonal (TIP), cuyo objetivo es potenciar las habilidades interpersonales y, como resultado, reducir síntomas depresivos y mejorar el funcionamiento general (Klerman et al., 1984). Tras la intervención con TIP el funcionamiento social general mejoró significativamente durante la terapia, no obstante, el análisis de las subescalas confirmó la variación entre los distintos ámbitos. Se vieron mejoras significativas en las funciones laborales, actividades de ocio con amigos y relaciones con la familia extensa. No se detectaron cambios significativos en las relaciones primarias de los pacientes con sus parejas íntimas, sus familiares directos o sus hijos.

### **Terapias de Escritura Expresiva**

La terapia de escritura expresiva se trata de un enfoque de tratamiento innovador. Lorenz et al. (2013), con un tratamiento dirigido por el paciente con una mínima participación del terapeuta, encontraron en las pacientes ganancias repentinas en los síntomas del trauma y mejoras significativas en depresión. Por otro lado, Pulverman et al. (2017) analizaron la terapia de escritura expresiva para examinar el cambio en el autoesquema sexual de las mujeres con ASI. Los resultados mostraron una disminución del contenido relacionado con abuso, familia y desarrollo, virginidad y atracción, y un incremento del existencialismo.

### **Terapias Orientadas a la Personalidad**

Elklit (2015) investigó los cambios psicológicos y sociales tras un tratamiento orientado a la personalidad basado en los trabajos de Millon (1999) para víctimas de ASI. Sus resultados mostraron un cambio en la proporción de los diagnósticos TEPT y TEPT subclínico. Mientras que en la evaluación pretratamiento los pacientes presentaban un 78% y 16%, respectivamente, estos variaron tras doce meses de intervención, resultando que un 40% de los sujetos cumplían los criterios básicos para el diagnóstico TEPT y el 23% para TEPT subclínico. Los síntomas de trauma tras la exposición a la terapia resultaron ser estadísticamente significativos con un tamaño de efecto grande ( $d = 0.87$ ), mientras que los síntomas de angustia general mostraron efectos moderados ( $d = 0.74$ ).

## Discusión

La finalidad de este estudio ha sido realizar una revisión de la evidencia empírica sobre tratamientos psicológicos aplicados en personas adultas con experiencia de ASI. Se pretendía organizar información relevante que aporte nuevas perspectivas para la práctica clínica. Una primera conclusión es el reducido el número de trabajos publicados al respecto referidos a tratamientos evaluados empíricamente.

En los artículos incluidos en la revisión se observa una gran variedad de tratamientos psicológicos empleados para frenar o disminuir la sintomatología de los pacientes de ASI. Destaca la praxis de enfoques cognitivos-conductuales incluyendo su variante de tercera generación, demostrando ser eficaces en la mayoría de las variables estudiadas, sobre todo en síntomas postraumáticos y depresivos. Por su parte, las terapias eclécticas o integrativas, se han manifestado variables en sus resultados. Mientras que el tratamiento intensivo centrado en el trauma para el TEPT se ha mostrado altamente eficaz, la TCAG y la TIP, reflejan ser intervenciones moderadamente eficaces. Mientras tanto, la terapia psicodinámica y sistémica, a pesar de presentar cursos de evolución distintos, han reflejado ser tratamientos análogamente exitosos para los pacientes de ASI. Aun así, los investigadores proponen la necesidad de un tratamiento adicional, ya que, tras su implementación más de la mitad de los sujetos seguían mostrando síntomas clínicos. La terapia de escritura presenta resultados alentadores, ayudando a los sujetos a conseguir un cambio en sus esquemas cognitivos, además, con su versión dirigida por el paciente, introduce un componente esencial para futuras investigaciones. Finalmente, la terapia orientada a la personalidad se presenta como un tratamiento de larga duración en el que resulta ser eficaz para los síntomas de trauma y angustia.

Todas las investigaciones analizadas revelan cambios favorables en alguno de los síntomas tratados. Destacar que, cerca del 74% de los estudios incluidos analizaron el mantenimiento de sus resultados después de un periodo tras su implementación, superando al seguimiento de metaanálisis anteriores (Ehring et al., 2014; Taylor y Harvey, 2010). No obstante, a pesar de que las investigaciones informaron de una evolución positiva en respuesta al tratamiento tras la intervención, estos datos están limitados, dado que sólo siete (Classen et al., 2011; Elkjaer et al., 2014; Elkjaer et al., 2021; Gamble et al., 2011; Kreidler, 2012; Pulverman et al., 2017; Sarasua et al., 2013) proporcionaron datos de seguimiento de más de seis meses. El resto no superó los tres meses de supervisión.

La aceptabilidad de los tratamientos por parte de los pacientes adultos de ASI ha sido favorable. Buena parte de las investigaciones informaron de un abandono inferior al 19%. Este porcentaje es inferior a las tasas de abandono informadas por otros trabajos de revisión en el que se señalan en torno al 22% (Dorrepaal et al., 2014; Ehring et al., 2014), o incluso superior al 26% (Görg et al., 2017; Rosner et al., 2019; Sarasua et al., 2013). Estos últimos sustentados en un ECC y su variante de tercera generación, abandono que se atribuye a la intensidad de esta terapia.

Los resultados positivos de los tratamientos psicológicos analizados deben considerarse con prudencia. El tamaño de la muestra de la mayoría de los estudios era moderado, y la falta

de grupo control en algunos dificulta la asociación eficacia-tratamiento. La búsqueda de una muestra homogénea, promueve el error de validez interna, puesto que excluye a una gran parte de víctimas de ASI (trastornos de personalidad, abuso de sustancias, ideación suicida, patologías graves...) impidiendo generalizar a toda la población la eficacia del tratamiento. Esta dificultad la encontramos también en anteriores trabajos (Dorrepaal et al., 2014; Rull y Pereda, 2011). Además, la heterogeneidad de los síntomas y las medidas de resultado limitan homogenizar las conclusiones. Otra limitación, y coincidiendo con metaanálisis previos (Rull y Pereda, 2011; Taylor y Harvey, 2010), es que no se incluyen estudios con muestras compuestas exclusivamente por hombres ASI y, en el caso del muestreo mixto la proporción de mujeres es mucho más alta.

En conclusión, estos hallazgos respaldan la existencia de tratamientos psicológicos efectivos para las víctimas adultas de ASI, pero pueden ser insuficientes para lograr una remisión completa de los síntomas. El análisis sugiere que las TCC puras exponen resultados más alentadores para disminuir la sintomatología de estos pacientes, no obstante, otras intervenciones desde orientaciones terapéuticas diferentes también reflejan su éxito. La imposibilidad de establecer un único síndrome propio ligado a la experiencia de ASI (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021) dificulta la elección de un único tratamiento recomendable para estos pacientes. Siguiendo a Taylor y Harvey (2010), diferentes características del abuso (el tipo de abuso, el perfil de la víctima, la relación víctima-agresor...) podrían estar actuando como agente moderador de los resultados. Se necesitan futuras investigaciones, con procedimientos metodológicos más exhaustivos, que contribuyan a profundizar e incrementar el conocimiento sobre la manera de atender y ayudar a las personas adultas con experiencia en ASI.

## Conflicto de Intereses

Las autoras no tienen conflicto de intereses.

## Referencias

Nota 1: Con asterisco marcados los trabajos incluidos en la revisión

- Barrero, P. y Sánchez-Sandoval, Y. (2022). Maltrato infantil y trastornos de la conducta alimentaria en la adultez: una revisión sistemática. *Psychology, Society & Education*, 14(1), 55-65. <https://doi.org/10.21071/psyse.v14i1.14174>
- \*Becker, C.-L. J. (2015). Integrating art into group treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood sexual abuse: A pilot study [Integración del arte en el tratamiento grupal para adultos con trastorno de estrés postraumático debido al abuso sexual infantil: un estudio piloto]. *Art Therapy*, 32(4), 190-196. <http://dx.doi.org/10.1080/07421656.2015.1091643>
- \*Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I. y Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial [Terapia dialéctica conductual para el trastorno de estrés postraumático después de abuso sexual infantil en pacientes con y sin trastorno límite

- de la personalidad: un ensayo controlado aleatorio]. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221–233. <http://dx.doi.org/10.1159/000348451>
- \*Calvert, R., Kellett, S. y Hagan, T. (2015). Group cognitive analytic therapy for female survivors of childhood sexual abuse [Terapia analítica cognitiva grupal para mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil]. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 391–413. <http://dx.doi.org/10.1111/bjc.12085>
- \*Classen, C. C., Palesh, O. G., Cavanaugh, C. E., Koopman, C., Kaupp, J. W., Kraemer, H. C., Aggarwal, R. y Spiegel, D. (2011). A comparison of trauma-focused and present-focused group therapy for survivors of childhood sexual abuse: A randomized controlled trial [Una comparación de la terapia de grupo centrada en el trauma y centrada en el presente para sobrevivientes de abuso sexual infantil: un ensayo controlado aleatorio]. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(1), 84–93. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020096>
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L. y Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years [Psicopatología en una gran cohorte de niños abusados sexualmente seguidos hasta los 43 años]. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 813–822. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.04.004>
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Hoogendoorn, A. W., Veltman, D. J., Draijer, N. y Van Balkom, A. J. L. M. (2014). Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review [Tratamiento basado en evidencia para mujeres adultas con trastorno de estrés postraumático complejo relacionado con abuso infantil: una revisión cuantitativa]. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 23613. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23613>
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2021). *Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses*. Ariel.
- Ehlers, A., y Clark, D. M. (2008). Post-traumatic stress disorder: The development of effective psychological treatments [Trastorno de estrés postraumático: el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces]. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(sup47), 11–18. <https://doi.org/10.1080/08039480802315608>
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J. y Emmelkamp, P. M. G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse [Metanálisis de tratamientos psicológicos para el trastorno de estrés postraumático en adultos supervivientes de abuso infantil]. *Clinical Psychology Review*, 34(8), 645–657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004>
- \*Elkjaer, H., Kristensen, E., Mortensen, E. L., Poulsen, S. y Lau, M. (2014). Analytic versus systemic group therapy for women with a history of child sexual abuse: 1-year follow-up of a randomized controlled trial [Terapia de grupo analítica versus sistémica para mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil: seguimiento de 1 año de un ensayo controlado aleatorio]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(2), 191–208. <http://dx.doi.org/10.1111/papt.12011>
- \*Elkjaer, H. K., Lau, M., Mortensen, E. L., Kristensen, E., Poulsen, S., Elkjaer, H. K., Lau, M., Mortensen, E. L., Kristensen, E. y Poulsen, S. (2021). Psychodynamic and systemic group treatment for women with a history of childhood sexual abuse: five-year follow-up of a randomized controlled trial [Tratamiento grupal psicodinámico y sistémico para mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil: seguimiento de cinco años de un ensayo controlado aleatorio]. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1855887. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1855887>
- \*Elklit, A. (2015). Treatment of danish survivors of child sexual abuse: A cohort study [Tratamiento de sobrevivientes danesas de abuso sexual infantil: un estudio de cohorte]. *Behavioral Sciences*, 5(4), 589–601. <https://doi.org/10.3390/bs5040589>
- Fergusson, D. M., Mcleod, G. F. H. y Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand [Abuso sexual infantil y resultados del desarrollo en adultos: hallazgos de un estudio longitudinal de 30 años en Nueva Zelanda]. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664–674. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>
- Foa, E. B., Hembree, E. A. y Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide [Terapia de exposición prolongada para el trastorno de estrés postraumático: procesamiento emocional de experiencias traumáticas: guía del terapeuta]*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001>
- Foulkes, S. H. (2018). *Group-Analytic Psychotherapy [Psicoterapia analítica de grupo]*. <https://doi.org/10.4324/9780429475368>
- \*Gamble, S. A., Smith, P. N., Poleshuck, E. L., He, H. y Talbot, N. L. (2011). Domain-specific social functioning improvements during treatment of depressed women with histories of childhood sexual abuse [Mejoras en el funcionamiento social de dominios específicos durante el tratamiento de mujeres deprimidas con antecedentes de abuso sexual infantil]. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 478–482. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.016>
- \*Görg, N., Priebe, K., Böhnke, J. R., Steil, R., Dyer, A. S., Kleindienst, N., Goerg, N., Priebe, K., Böhnke, J. R., Steil, R., Dyer, A. S. y Kleindienst, N. (2017). Trauma-related emotions and radical acceptance in dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse [Emociones relacionadas con el trauma y aceptación radical en la terapia dialéctica conductual para el trastorno de estrés postraumático después de abuso sexual infantil]. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0065-5>
- \*Hendriks, L., de Kleine, R., van Rees, M., Bult, C. y van Minnen, A. (2010). Feasibility of brief intensive exposure therapy for PTSD patients with childhood sexual abuse: A brief clinical report [Viabilidad de una terapia de exposición intensiva breve para pacientes con trastorno de estrés postraumático con abuso sexual infantil: un breve informe clínico]. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, 5626. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v1i0.5626>
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression [Psicoterapia interpersonal de la depresión]*. Basic Books.
- \*Kreidler, M. (2012). A comparative study of therapy duration for survivors of childhood sexual abuse [Un estudio comparativo de la duración de la terapia para sobrevivientes de abuso sexual infantil]. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(4), 26–32. <http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20120306-02>
- \*Krueger, A., Ehring, T., Priebe, K., Dyer, A. S., Steil, R., Bohus, M., Krüger, A., Ehring, T., Priebe, K., Dyer, A. S., Steil, R. y Bohus, M. (2014). Sudden losses and sudden gains during a DBT-PTSD treatment for posttraumatic stress disorder following childhood sexual abuse [Pérdidas y ganancias repentinas durante un tratamiento DBT-PTSD para el trastorno de estrés postraumático después de un abuso sexual infantil]. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24470. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24470>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder [Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno límite de la personalidad]*. Guilford Press.
- \*Lorenz, T. A., Pulverman, C. S. y Meston, C. M. (2013). Sudden gains during patient-directed expressive writing treatment predicts depression



- reduction in women with history of childhood sexual abuse: Results from a randomized clinical trial [Los avances repentinos durante el tratamiento de escritura expresiva dirigido por el paciente predicen la reducción de la depresión en mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil: resultados de un ensayo clínico aleatorizado]. *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 690–696. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-012-9510-3>
- Millon, T. (1999). *Personality-guided therapy [Terapia guiada por la personalidad]*. John Wiley & Sons.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022). *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia y Adolescencia. Boletín 24. Datos 2021*. [https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/versIBOLETIN\\_Proteccion\\_PROVISIONAL2021.pdf](https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/versIBOLETIN_Proteccion_PROVISIONAL2021.pdf)
- Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A. y Robling, M. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender [Establecimiento de la prevalencia internacional del maltrato infantil autoinformado: una revisión sistemática por tipo de maltrato y género]. *BMC Public Health*, 18(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6044-y>
- National Center of Child Abuse and Neglect (NCCAN) (1978). *Child sexual abuse: Incest, Assault, and Sexual exploitation [Abuso sexual infantil: incesto, agresión y explotación sexual]*. US Department of Health, Education and Welfare publication (OHTS) 79- 30166. DHEW.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Informe sobre la prevención mundial de la violencia contra los niños*. <https://www.who.int/es/publications/item/9789240006379>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews [La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para informar revisiones sistemáticas]. *The BMJ*, 71, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pereda, N. y Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 233–239. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.004>
- \*Pulverman, C. S., Boyd, R. L., Stanton, A. M. y Meston, C. M. (2017). Changes in the sexual self-schema of women with a history of childhood sexual abuse following expressive writing treatment [Cambios en el autoesquema sexual de mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil tras un tratamiento de escritura expresiva]. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(2), 181–188. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000163>
- \*Rosner, R., Rimane, E., Frick, U., Gutermann, J., Hagl, M., Renneberg, B., Schreiber, F., Vogel, A. y Steil, R. (2019). Effect of developmentally adapted cognitive processing therapy for youth with symptoms of posttraumatic stress disorder after childhood sexual and physical abuse: A randomized clinical trial [Efecto de la terapia de procesamiento cognitivo adaptada al desarrollo para jóvenes con síntomas de trastorno de estrés postraumático después de abuso físico y sexual en la infancia: un ensayo clínico aleatorizado]. *JAMA Psychiatry*, 76(5), 484–491. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4349>
- Rull, J. y Pereda, N. (2011). Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. *Anuario de Psicología*, 41, 81–105. <https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/249932>
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I. y López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis [El tratamiento psicológico del abuso sexual en niños y adolescentes: un metaanálisis]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 67-93. <https://www.um.es/metaanalysis/pdf/5034.pdf>
- \*Sarasua, B, Zubizarreta, I., de Corral, P. y Echeburúa, E. (2013). Psychological treatment of adult female survivors of childhood sexual abuse: Long term results [Tratamiento psicológico de mujeres adultas sobrevivientes de abuso sexual infantil: resultados a largo plazo]. *Anales de Psicología*, 29(1), 29–37. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.145281>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2015). *SIGN 50: A guideline developer's handbook [SIGN 50: Manual para desarrolladores de directrices]*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. [https://www.sign.ac.uk/media/2039/sign50\\_2015.pdf](https://www.sign.ac.uk/media/2039/sign50_2015.pdf)
- Sousa-Gomes, V., Abreu, B., Moreira, D., Del Campo, A., Moreira, D. S. y Fávoro, M. (2022). Psychological intervention and treatment programs for adult victims of child sexual abuse: A systematic review [Programas de intervención y tratamiento psicológicos para adultos víctimas de abuso sexual infantil: una revisión sistemática]. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 16(Suppl 1), S274-S268. <https://doi.org/10.1037/tra0001389>
- \*Steil, R., Dittmann, C., Müller-Engelmann, M., Dyer, A., Maasch, A.-M. y Priebe, K. (2018). Dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study in an outpatient treatment setting [Terapia dialéctica conductual para el trastorno de estrés postraumático relacionado con el abuso sexual infantil: un estudio piloto en un entorno de tratamiento ambulatorio]. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1423832. <http://dx.doi.org/10.1080/20008198.2018.1423832>
- \*Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N. y Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive residential treatment program [Terapia dialéctica conductual para el trastorno de estrés postraumático relacionado con el abuso sexual infantil: un estudio piloto de un programa de tratamiento residencial intensivo]. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 102–106. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20617>
- Taylor, J. E. y Harvey, S. T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood [Un metaanálisis de los efectos de la psicoterapia con adultos que sufrieron abusos sexuales en la infancia]. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 749–767. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.008>
- \*Wagenmans, A., Van Minnen, A., Sleijpen, M. y De Jongh, A. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD [El impacto del abuso sexual infantil en el resultado del tratamiento intensivo centrado en el trauma para el trastorno de estrés postraumático]. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 143092. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1430962>



Artículo (Monográfico)

## Identidad de Género: Revisión de las Principales Terapias Aplicadas

Yolanda Medina Mesa<sup>1</sup>  y Francisco Javier del Río Olvera<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Centro de Psicología Yolanda Medina, España

<sup>2</sup> Universidad de Cádiz, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Abril 18, 2024  
Aceptado: Abril 29, 2024

#### Palabras clave:

Disforia de Género  
Enfoques Terapéuticos  
Terapias de Conversión  
Terapia de Aceptación y  
Compromiso  
Enfoque Afirmativo

### RESUMEN

La Disforia de Género (DG) ha sido tratada desde diferentes enfoques terapéuticos. Algunos síntomas como la angustia psicológica, la depresión y la ideación suicida son frecuentes cuando existe una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna. El objetivo del presente trabajo es estudiar las características de los distintos enfoques resaltando las principales diferencias y valorando los resultados de su aplicación haciendo un breve recorrido desde las terapias que comenzaron a aplicarse, como las Terapias de Conversión, hasta las más actuales como los Nuevos Modelos de Atención, teniendo en cuenta la opinión de los diferentes autores al respecto. A modo de conclusión podemos decir que nos encontramos ante un dilema ya que, por un lado, parece que el enfoque afirmativo está teniendo buenos resultados, aunque carece de estándares científicos y profesionales en su aplicación y por otro lado, en los nuevos Modelos de Atención no se contempla la valoración psicológica como paso previo a la intervención médica.

## Gender Identity: a Review of the Main Therapies Applied

### ABSTRACT

Gender Dysphoria (DG) has been treated from different therapeutic approaches. Some symptoms such as psychological distress, depression, and suicidal ideation are common when there is a marked incongruence between the sex one feels or expresses and the one assigned to them. The objective of this work is to study the characteristics of the different approaches, highlighting the main differences and evaluating the results of their application, taking a brief tour from the therapies that began to be applied, such as Conversion Therapies, to the most current ones such as the New Models. of attention, taking into account the opinion of the different authors on the matter. In conclusion, we can say that we are faced with a dilemma since, on the one hand, it seems that the affirmative approach is having good results, although it lacks scientific and professional standards in its application and, on the other hand, in the new models of care. Psychological assessment is not contemplated as a prior step to medical intervention.

#### Keywords:

Gender Dysphoria  
Therapeutic Approaches  
Conversion Therapies  
Acceptance and Commitment  
Therapy  
Affirmative Approach



La Disforia de Género (DG) es entendida como la incongruencia entre la identidad de género y el sexo biológico asignado. Factores biológicos, culturales, psicológicos y sociales determinan la identidad de género configurada por la identidad personal y el sexo biológico (Gatica y Almonte, 2015).

La DG ha sido abordada hasta ahora desde diferentes enfoques terapéuticos. Se observa una controversia entre la adecuación de las distintas terapias, entre ellas las Terapias de Conversión o Reparativas que se centran en el tratamiento dirigido a cambiar la identidad y la expresión de género de una persona para que sea más congruente con el sexo asignado al nacer, mostrándose estas terapias inefectivas en el pasado, sobre todo a largo plazo (De Celis, 2018); también la misma autora hace referencia al Modelo Holandés, validado por la Asociación Mundial para la Salud Transgénero, centrado en la actitud de observar sin expectativas de resultados concretos hasta la pubertad.

Desde el Enfoque Afirmativo, el objetivo es que la persona acepte y valide su identidad de género ofreciendo estrategias de afrontamiento sobre todo cuando aparecen síntomas clínicos como la ansiedad, depresión, etc (Muevecela-Carmona y Hernández-Rodríguez, 2022). Además, servirían como estrategias de prevención del suicidio ya que la estigmatización junto con la falta de apoyo social y bajos niveles de autoestima hacen que la ideación suicida sea frecuente en este colectivo por lo que reconocer socialmente la identidad y la expresión de género son factores que pueden tomar un papel preventivo (Pérez-Calvo et al., 2022). Sin embargo, autores como Pérez y Errasti (2022), hacen una fuerte crítica a esta terapia indicando la necesidad de que se apliquen estándares científicos y profesionales en vez de asumir sin más la Terapia Afirmativa.

La Terapia de Aceptación y Compromiso, tiene como objetivo aumentar la flexibilidad psicológica, no alejándose del dolor y cambiando actitudes o repertorios de conducta, no centrándose en la reducción de síntomas (Montesinos y Castilla Cañas, 2021). Además, los eventos privados no se perciben como causas sino como parte de la historia individual de la persona por lo que el objetivo de la terapia sería alterar la manera en que la persona reacciona a los mismos, al valor que le da y al significado personal que le otorga (Luciano et al., 2006).

El objetivo de este artículo es hacer una revisión bibliográfica de las principales terapias que se han puesto en práctica y la eficacia de las mismas en las personas con DG.

### Método

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en diferentes revistas relacionadas con la salud mental. En cuanto a las estrategias de búsqueda, en primer lugar se llevó a cabo una búsqueda en Google Scholar de documentos y guías de práctica clínica publicados por diferentes autores, sociedades y asociaciones profesionales tanto en España como en el contexto internacional. Esta búsqueda se hizo tanto en español como en inglés.

Posteriormente, se realizó una búsqueda de revisiones de la literatura científica en Dialnet, Redalyc y Scopus, mediante la ecuación de búsqueda *Disforia de género y terapias*. Se analizaron además las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluíbles para la revisión. Dichos artículos fueron localizados a través de Pubmed y de Google Scholar.

Los criterios de inclusión que se han aplicado han sido la selección de artículos publicados en los últimos 5 años y revistas que están relacionadas con el ámbito de la salud mental.

En cuanto a los criterios de exclusión, sólo se han contemplado aquellos artículos cuyo objeto de estudio ha sido las terapias psicológicas aplicadas a la DG como consecuencia de la incongruencia en la identidad de género.

Tras la búsqueda inicial se seleccionaron 22 artículos, aunque se excluyeron 6 que no fueron relevantes para el objetivo de esta revisión ya que las terapias estaban enfocadas en personas con atracción sexual no deseada por el mismo sexo, terapias enfocadas desde un punto de vista feminista, la terapia sistémica porque se aplicaba exclusivamente al colectivo de mujeres lesbianas y bisexuales y otros artículos donde se centran en desarrollar los conceptos y estereotipos en la diversidad de género. Finalmente se seleccionaron 16 artículos.

Para proceder a la selección se revisaron los abstracts y en caso necesario los artículos completos con el fin de decidir si la información que contenían estaba o no relacionada con nuestro objetivo.

## Resultados

### Sintomatología Clínica en DG

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) recoge los criterios diagnósticos para la DG. Dado que nuestro objetivo es hacer una revisión de las principales terapias que se han aplicado y que han sido efectivas en la DG, consideramos necesario exponer los criterios diagnósticos que recoge el DSM-5 referidos a la DG en adolescentes y adultos ya que nuestra revisión se va a centrar en estudios que contemplan estas etapas evolutivas.

- A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de 6 meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:
  1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en adolescente jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
  2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).
  3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
  4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
  5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
  6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
- B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Es importante resaltar el criterio B del diagnóstico ya que la terapia va enfocada a tratar el malestar asociado a la incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna y ese malestar es el que vamos describir como los síntomas psicológicos o emocionales que son el foco de atención de la intervención psicológica.

Hembree et al. (2017) refieren que algunos de los síntomas psicológicos que son característicos en la DG están relacionados por un lado, con la angustia psicológica que les crea el desarrollo de las características sexuales secundarias de su sexo natal no deseado (aparición de ansiedad severa, depresión y tal vez incluso, ideación y gestos suicidas) y por otro lado, con el contexto en el que se desarrolla la persona, tal y como describen Montesinos y Castilla Cañas (2021) en el caso de una persona con dificultades relacionadas con la identidad sexual y expresión de género. En este caso, el análisis funcional de la conducta reveló que las conductas problemas ocurrían en el contexto de su necesidad de expresión de género, su inquietud al respecto y su necesidad de explorar y estaban precedidas de eventos privados aversivos como dolor emocional, incomodidad, angustia, miedo, ansiedad y dudas sobre la propia identidad.

La población LGBTIQ+ presentan más riesgo de suicidio debido a la estigmatización que sufren tanto interiorizada como del entorno, a la sintomatología ansiosa y depresiva más frecuente en este colectivo y a la baja autoestima (Pérez-Calvo et al., 2022).

Gatica y Almonte (2015) refieren que los menores que entran en la pubertad con DG persistente, la Disforia puede convertirse en angustia psicológica a medida que se desarrollan las características sexuales secundarias de su sexo natal no deseadas por lo que esto puede generar ansiedad severa, depresión e incluso ideación y gestos suicidas.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2019) informa que la violencia homofóbica y transfóbica tiene efectos adversos sobre la salud mental y psicológica de los jóvenes incluyendo mayor riesgo de ansiedad, miedo, estrés, pérdida de confianza, baja autoestima, soledad, daño autoinflingido, depresión y suicidio.

### Principales Terapias Aplicadas en DG

Uno de los más importantes factores de protección en el tratamiento de la DG ha sido el cambio general de perspectiva de Terapias Reparadoras a Terapias de Acompañamiento (Pérez-Calvo et al., 2022).

La bibliografía consultada acerca de las principales terapias que se han puesto en práctica en la DG, las podemos englobar dentro de dos grandes focos. Por un lado, tenemos las terapias que se han centrado en la reparación y conversión de la DG y, por otro lado, aquellas que centran sus objetivos en la afirmación y empoderamiento en la expresión de la identidad de género. No obstante, también encontramos en el Modelo Holandés, características de ambas corrientes.

A continuación, vamos a hacer un breve recorrido por los distintos enfoques que se han llevado a cabo en el tratamiento de la DG.

### Terapias de Conversión

Argyriou (2022) describe cinco etapas históricas y sitúa como primera etapa, previa a las intervenciones médicas autorizadas, los modelos de Terapias de Conversión donde refiere que concebían la transexualidad sólo como un caso extremo de homosexualidad. Indica que dichas terapias son promovidas a menudo por sectores religiosos, militares o feministas transexclusivos y que se siguen reportando hoy en día, también en Occidente.

Las Terapias de Conversión se han basado principalmente en intentar disminuir la DG partiendo de la base de que en la infancia existe cierta flexibilidad en la conformación de la identidad de género y que de esta manera ayudaría al menor a aceptar su cuerpo y a desarrollarse sin tener que hacer la transición al otro género.

Uno de los principales representantes de esta Terapia es el Psicólogo Candiense Ken Zucker, miembro de la Asociación Mundial para la Salud Transgénero, considera que la conformación de la identidad de género tiene cierta flexibilidad durante la infancia y eso haría posible una intervención que, sin ser reparativa o de conversión, ayude al prepúber a desarrollarse sin necesidad de hacer una transición al otro género (De Celis, 2018). La misma autora en su artículo también hace referencia a la no eficacia de las Terapias de Conversión en el pasado, sobre todo a largo plazo, resaltando que la Asociación Mundial para la Salud Transgénero no considera ético el tratamiento dirigido a tratar de cambiar la identidad y expresión de género de una persona para que sea más congruente con el sexo asignado al nacer.

### Enfoque Afirmativo

Desde este enfoque, el objetivo de la terapia consiste en escuchar lo que el menor describe y ayudarlo a que pueda vivir en consonancia con ello. El objetivo no es poner en duda al menor y ni confrontarlo ya que sería contraproducente intentar que el menor acepte los roles y las expresiones asociadas a su género y modificar lo que siente (De Celis, 2018). La idea es afirmar la identidad de género sentida por el niño, aunque no coincida con su sexo de nacimiento ya que, si los padres intentan que los niños se identifiquen con su sexo asignado al nacer, aumentaría el estigma y probablemente los síntomas psicopatológicos. Posteriormente en la adolescencia, se ofrece a los jóvenes la suspensión de la pubertad y el tratamiento hormonal cruzado (Cox Cruzat y Carrasco, 2020).

Muevecela-Carmona y Hernández-Rodríguez (2022) realizan una revisión sistemática de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual Afirmativa en adolescentes con DG y refieren que, a pesar de que son pocos los estudios encontrados sobre la eficacia de la Terapia Afirmativa, los hallazgos demuestran la eficacia de las intervenciones. Algunas de las investigaciones a las que hacen referencia en su revisión son las de Proujansky y Panchankis (2014), centradas en mejorar las estrategias de afrontamiento del colectivo a través de una guía compuesta por ocho principios entre los cuales podemos citar: normalizar el impacto del estrés en la salud mental de la comunidad, facilitar la conciencia, regulación y aceptación de las emociones, disminuir el aislamiento social, etc. En la misma línea, Craig et al. (2021) plantean que es prioritaria la educación, para identificar y manejar estados afectivos y la práctica a través

de ensayos conductuales de reafirmación del cambio tanto dentro como fuera de sesión. El artículo de [Austin et al. \(2018\)](#) también lo reflejan en su revisión indicando la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual ya que las puntuaciones en depresión disminuyeron incluso después de tres meses de seguimiento, además de ayudarle para hacer frente a situaciones estresantes por las que el grupo de jóvenes habían estado intentando afrontar a lo largo de su vida. No obstante, los mismos autores de la revisión indican que en este estudio la muestra no fue altamente significativa.

[Gatica y Almonte \(2015\)](#) realizan un estudio sobre las intervenciones terapéuticas en DG. Argumentan que los dos grandes equipos de investigadores e investigadoras, liderados por un lado, por [Kenneth Zucker y Susan Bradley](#) y por otro lado, por [Peggy T. Cohen-Kettenis](#), los cuales han generado las normas de atención de salud para personas Transgénero ([World Professional Association for Transgender Health \[Asociación profesional mundial para la salud del transgénero\], 2012](#)) proponen un Modelo Integrado de intervenciones para la DG en la que la primera fase del tratamiento estaría centrada en una intervención psicológica dirigida a aclarar la identidad de género sin plantearse el desafío de cambiarla para hacerla congruente con el sexo asignado poniendo énfasis en la exploración de los aspectos en conflicto respecto del género y aliviar los sentimientos disfóricos, mejorando con ello la salud mental y la autoestima. Así mismo, estos autores refieren que los sentimientos de culpa, vergüenza y de poca valoración personal, son otro foco de intervención. No obstante, los mismos autores expresan que las intervenciones psicoterapéuticas serían transversales en todas las fases, estando enfocada la segunda Fase en el Tratamiento médico y la tercera Fase en el Tratamiento quirúrgico. Este modelo parece que está más en consonancia con la Terapia Afirmativa.

### **Terapia de Aceptación y Compromiso**

El objetivo en la Terapia de Aceptación y Compromiso es alterar la función de los eventos privados para que la persona no actúe de acuerdo al contenido literal sino al significado personal. Controlar los eventos privados aumenta el malestar por lo que la orientación está enfocada en la aceptación de los eventos privados, tanto pensamientos positivos como negativos que vayan surgiendo ([Luciano et al., 2006](#)). Un estudio publicado por [Montesinos y Castilla Cañas \(2021\)](#) refleja la utilidad de esta terapia en un caso de un varón de 22 años con dudas en su identidad de género precedidas por angustia, ansiedad, miedos y dolor emocional. Los autores concluyen que la terapia resultó útil para que el paciente aumentara la satisfacción en sus relaciones interpersonales y avanzara en la aceptación y expresión de su identidad de género y en la mejora de la flexibilización cognitiva y la autocompasión. Otra de las investigaciones donde se ha reflejado la eficacia de esta terapia es la de [Bennett y Taylor \(2019\)](#) donde describen el caso de un varón de 15 años con dificultades para expresar su identidad de género llegando a autolesionarse. Los autores refieren que la terapia favorece el empoderamiento a través de la aceptación de pensamientos y sentimientos y cómo afrontarlos de manera efectiva.

[Skinta y Curtin \(2016\)](#) presentan en su guía Mindfulness and Acceptance for Gender and Sexual Minorities estrategias dentro del marco contextual y de las Ciencias del comportamiento donde

incluyen intervenciones y aplicaciones basadas en la evidencia haciendo alusión a la Terapia de Aceptación y Compromiso así como al Mindfulness y Aceptación, a la Terapia centrada en la Compasión y a la Teoría del Marco Relacional.

### **Modelo Holandés**

El Modelo Holandés forma parte de un protocolo de atención a menores y adolescentes, desarrollado a finales de los 80 y validado por la Asociación mundial para la salud transgénero. El objetivo de este modelo es trabajar los problemas emocionales y comportamentales de los menores y sus familias considerando inadecuada la transición social en la infancia y el bloqueo hormonal puberal. Se centraría en la actitud de observación sin expectativas de resultados concretos. El papel de las figuras parentales sería por un lado, no prohibir los comportamientos variantes de género pero por otro lado, mantener el contacto con los de su mismo sexo natal, sin abandonar los roles asociados a este. De esta manera, se establecería un equilibrio en cuanto a aceptación, apoyo y protección del entorno. Además, algunos comportamientos pueden cambiar fruto de la psicoterapia sobre todo cuando los síntomas de la DG han aparecido como consecuencia de algún acontecimiento concreto ([De Celis, 2018](#)). No obstante, la misma autora refiere que no hay estudios controlados que demuestran la efectividad de las intervenciones psicológicas para la DG.

### **Nuevos Modelos de Atención**

En España, en algunas comunidades, se ha sustituido el modelo tradicional de atención por nuevos modelos de atención en proximidad. Estos últimos no incluyen la participación de los profesionales de Salud mental debido a la demanda de la despatologización, desmedicalización y descentralización de la atención promovido por la autodeterminación de género por el propio colectivo. Esto conlleva a que el tratamiento prescrito por parte de otros profesionales sanitarios como endocrinología, pediatría, ginecología o cirugía se lleva a cabo sin la evaluación previa del equipo de Salud mental ([Gómez-Gil et al., 2020](#)).

## **Discusión**

Se han estado aplicando diferentes terapias en la DG pero a modo de ensayo ya que en ninguna se ha podido demostrar la eficacia de las mismas en grupos más amplios de población, eso no significa que su aplicación no mejore los síntomas de la disforia pero no se puede establecer una recomendación fiable y válida en la que los profesionales sanitarios puedan respaldarse.

Incluir psicoterapia en la DG puede dar lugar a pensar que se está aplicando la Terapia de Conversión debido a que es deber del clínico realizar la evaluación y diagnóstico diferencial para valorar si la persona que diagnostica sus propios síntomas puede llegar a conclusiones erróneas; pero esperar a que la Terapia Afirmativa resuelva los síntomas derivados de la disforia, son dilemas que se plantea el profesional que ejerce la psicoterapia ([Pérez y Errasti, 2022](#)).

De todos los modelos y terapias que hemos descritos, parece que el Modelo Integrado es el más completo ya que, por un lado, incluye características de los enfoques más actuales porque no se

centra en cambiar la identidad de género del joven para que sea congruente con su sexo asignado de nacimiento y por otro lado, la intervención psicológica tiene un papel importante durante todo el proceso ya que se tratan los síntomas disfóricos no sólo en las primeras fases sino también de forma transversal, en las fases de intervención médica, propio de las terapias donde la actuación del profesional de la Psicología es parte de todo el proceso de intervención.

Actualmente, tras la revisión bibliográfica realizada sobre el tema, la evidencia empírica que respaldan las distintas terapias se apoya en estudios de casos únicos donde los resultados no se pueden generalizar. No existe una práctica clínica que se pueda defender como basada en la evidencia (De Celis, 2018). Igualmente, la ausencia de datos científicos e información sobre la salud mental de las personas con DG contribuye a que se obstaculice el desarrollo de intervenciones específicas dirigidas a la asistencia psicológica (Aristegui et al., 2020).

Se plantea la necesidad de cara al futuro, de realizar investigaciones sobre las terapias que se están llevando a cabo con este colectivo, pero usando grupos más amplios de población, para de esta manera, unificar criterios en la práctica clínica y aplicar las terapias que demuestren su eficacia.

Por otro lado, también consideramos necesario que los profesionales sanitarios que intervienen con este colectivo, reciban formación específica en identidad de género, avanzando de esta manera en la profesionalización del sanitario y de las terapias aplicadas.

Algunas de las demandas que plantean las personas transgénero que acuden al Sistema Sanitario Español es la atención de profesionales sanitarios con experiencia, formados en identidad de género y conocedores de la realidad trans. En la misma línea, los profesionales sanitarios de las Unidades de género demandan la escasa formación en el tema y la importancia de la evaluación previa por parte del profesional de Salud mental con experiencia (Gómez-Gil et al., 2020).

No existe evidencia empírica que demuestre la eficacia de alguna terapia psicológica específica aplicada a la DG en grupos más amplios de población. No obstante, sí que, en muestras más pequeñas, se ha demostrado la mejora en la sintomatología clínica de la DG con la aplicación de la terapia psicológica.

Parece que la clave para poder determinar una guía única donde los profesionales de la Psicología puedan orientar su trabajo está en la confluencia de características de distintos enfoques terapéuticos y en la realización de estudios científicos donde se puedan generalizar los resultados, además de la importancia de la formación específica en identidad de género que los profesionales necesitan recibir.

### Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

### Conflictos de Intereses

Declaro no tener conflictos de intereses financieros ni personales que puedan influir inapropiadamente en el desarrollo de esta investigación.

### Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Panamericana.
- Aristegui, I., Zalazar, V., Radusky, P. B. y Cardozo, N. (2020). De la psicopatología a la diversidad: salud mental en personas trans adultas. *Perspectivas en Psicología*, 18(1), 21-31. <http://200.0.183.216/revista/index.php/pep/article/view/467/284>
- Argyriou, K. (2022). ¿Qué ha supuesto para la psicología la lucha contra la patologización trans? *Eikasia Revista de Filosofía*, 107, 125-143. <https://doi.org/10.57027/eikasia.107.300>
- Austin, A., Craig, S. y D' Souza, S. (2018). An Affirmative cognitive behavioral intervention for transgender youth: Preliminary effectiveness [Una intervención cognitivo-conductual afirmativa para jóvenes transgénero: eficacia preliminar]. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(1), 1-8. <http://doi.org/10.1037/pro0000154>
- Bennett, C. M., y Taylor, D. D. (2019). Acting as yourself: Implementing acceptance and commitment therapy for transgender adolescents through a developmental lens [Actuar como uno mismo: implementar una terapia de aceptación y compromiso para adolescentes transgénero a través de una lente de desarrollo]. *Journal of Child and Adolescent Counseling*, 5, 146-160. <https://doi.org/10.1080/23727810.2019.1586414>
- Cox Cruzat, P. y Carrasco, M. A. (2020). Disforia de género en niños y controversias en su tratamiento: dos concepciones distintas sobre la identidad de género. *Pers bioet.*, 24(1), 57-76. <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.1.5>
- Craig, S. L., Eaton, A., Leung, V., Iacono, G., Pang, N., Dillon, F., Austin, A., Pascoe, R. y Dobinson, Ch. (2021). Efficacy of affirmative cognitive behavioural group therapy for sexual and gender minority adolescents and young adults in community settings in Ontario, Canada [Eficacia de la terapia grupal cognitivo-conductual afirmativa para adolescentes y adultos jóvenes de minorías sexuales y de género en entornos comunitarios en Ontario, Canadá]. *BMC Psychology*, 9(94). <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00595-6>
- De Celis, M. (2018). ¿Intervención psicológica en identidad de género?: A propósito de la presentación del CIE-11. *Revista Clínica Contemporánea*, 9, 1-7. <https://doi.org/10.5093/cc2018a15>
- Gatica, G. y Almonte, C. (2015). Intervenciones terapéuticas en disforia de género de niños y adolescentes. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 26(2), 121-132. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392141/disforia2015.pdf>
- Gómez-Gil, E., Esteva, I., Fernández, M., Almaraz, M., Hurtado, F., Gómez, M., Asenjo, N., Mora, M., Halperin, I., Fernández, R., Montejo, A. I. y Gidseen G. (2020). Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el sistema Sanitario Español: demandas, controversias y reflexiones. *Revista Española Salud Pública*, 94, 1-14. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/27051>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society\* clinical practice guideline [Tratamiento endocrino de personas disfóricas o incongruentes de género: una guía de práctica clínica de la sociedad endocrina]. *J Clin Endocrinol Metab.*, 102(11), 3869-3903; <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Luciano, C., Paez-Blarrina, M. y Valdivida, S. (2006). Una reflexión sobre la psicología positiva y la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 17(3), 339-356. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/fe73f687e5bc5280214e0486b273a5f9>



- Montesinos, F. y Castilla Cañas, C. (2021). Claves para la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en identidad sexual y expresión de género: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 47(175), 3-19. <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v47i175.5360>
- Muevecela-Carmona, D. L. y Hernández-Rodríguez, Y. C. (2022). Terapia cognitivo conductual afirmativa para la depresión en adolescentes con disforia de género: revisión sistemática. *Polo del Conocimiento*, 7(4), 1155-1168. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3880>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2019). *Abierta Mente: Respuestas del sector de educación a la violencia basada en la orientación sexual y la identidad/expresión de género*. Informe resumido, UNESCO. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000244652\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000244652_spa)
- Pérez, M. y Errasti J. (2022). La psicología ante la disforia de género, más allá de la ideología queer. *Papeles del Psicólogo*, 43(3), 185-199. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3001>
- Pérez-Calvo, C., Ruiz-Duet, A. M., Rodríguez, L., Mateos, A. y Vivas, S. (2022). Factores de riesgo para el suicidio en población trans: una revisión bibliográfica. *Revista de Estudios Socioeducativos*, 1(10), 267-280 [http://dx.doi.org/10.25267/Rev\\_estud\\_socioeducativos.2022.i10.17](http://dx.doi.org/10.25267/Rev_estud_socioeducativos.2022.i10.17)
- Proujansky, R. y Panchankis, J. (2014). Toward formulating evidence-based principles of LGB-affirmative psychotherapy [Hacia la formulación de principios basados en evidencia de la psicoterapia afirmativa ILGB]. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 10(2), 117-131. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4662552/>
- Skinta, M. y Curtin, A. (2016). *Mindfulness and acceptance for gender and sexual minorities: A clinician's guide to fostering compassion, connection, and equality using contextual strategies [Atención plena y aceptación para las minorías sexuales y de género: una guía para médicos para fomentar la compasión, la conexión y la igualdad mediante estrategias contextuales]*. New Harbinger Publication.
- World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Standar of care for the health of transexual, transgender, and gender nonconforming people [Estándar de atención a la salud de personas transexuales, transgénero y no conformes con su género]* (7ª vers.). [https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7\\_English.pdf](https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English.pdf)





Monográfico

## Análisis de la efectividad de las Terapias de Tercera Generación en las Disfunciones Sexuales: Una Revisión Sistemática

M. Amor Espinosa-García  y Francisco Javier del Río Olvera 

Universidad de Cádiz, Puerto Real, Cádiz (España)

### INFOGRAFÍA

Recibido: Abril 22, 2024

Aceptado: Mayo 1, 2024

#### Palabras clave:

Disfunciones Sexuales

EMDR

Mindfulness

Terapia de Aceptación y

Compromiso

Psicoterapia Analítica Funcional

### RESUMEN

Evitar el sufrimiento y la preocupación excesiva ha propiciado que aparezcan nuevos enfoques terapéuticos complementarios, como son las terapias de tercera generación. En ocasiones, este sufrimiento viene derivado de las disfunciones sexuales. El objetivo de este estudio es analizar la efectividad de las Terapias de Tercera Generación, en concreto Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR); Mindfulness; Terapia de Aceptación y Compromiso; y Psicoterapia Analítica Funcional; en las Disfunciones Sexuales. Tras una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, y una vez realizado un proceso de selección, treinta y siete son los artículos seleccionados. Para realizar la revisión se ha utilizado el Análisis Textual (Text mining), a través del software IRaMuTeQ 0.7 alpha 2. Los resultados señalan que estas terapias de tercera generación muestran mejoras significativas en el tratamiento de las disfunciones sexuales en su gran mayoría, destacando el uso de Mindfulness. Se concluye con la necesidad de realizar investigaciones con muestra más heterogéneas para que los datos puedan generalizarse al resto de la población.

### Analysis of the Effectiveness of Third Generation Therapies in Sexual Dysfunctions: A Systematic Review

#### ABSTRACT

Avoiding suffering and excessive worry has led to the emergence of new complementary therapeutic approaches, such as third-generation therapies. Sometimes, this suffering is derived from sexual dysfunctions. The aim of this study is to analyse the effectiveness of Third Generation Therapies, specifically Eye Movement Desensitisation and Reprocessing Therapy (EMDR); Mindfulness; Acceptance and Commitment Therapy; and Functional Analytic Psychotherapy; in Sexual Dysfunctions. After a bibliographic search in the main databases and a selection process, thirty-seven articles were selected. Text mining was used to carry out the review, using the IRaMuTeQ 0.7 alpha 2 software. The results indicate that these third generation therapies show significant improvements in the treatment of sexual dysfunctions in the vast majority of cases, with the use of Mindfulness standing out. We conclude with the need to carry out research with more heterogeneous samples so that the data can be generalised to the rest of the population.

#### Keywords:

Sexual Dysfunctions

EMDR

Mindfulness

Acceptance and Commitment

Therapy

Functional Analytic Psychotherapy



El sufrimiento psicológico forma parte de la vida, pero en la sociedad actual se nos dice que no debemos pasarlo mal ni soportar dolor, y que debemos ser felices a toda costa. Se ha creado una forma de vivir en la que hay que huir del malestar, del sufrimiento y de la ansiedad, lo que nos condena a un mayor malestar. Esto es lo que se conoce como la Evitación Experiencial, una búsqueda del control de las emociones (Wilson y Luciano, 2002). Además, tendemos a vivir en el futuro o en pasado, olvidándonos de disfrutar el presente.

Esta tendencia de evitar el sufrimiento y la preocupación excesiva por vivir en el futuro o en el pasado, obviando el presente, ha propiciado que aparezcan nuevos enfoques terapéuticos complementarios, como son las terapias de tercera generación.

Las terapias de tercera generación se caracterizan por no pretender eliminar el síntoma, dan importancia al contexto en el que se produce el problema, utilizan estrategias de cambio experimentales, y por último, amplían y cambian de forma notable el objetivo a tratar o modificar (Hayes y Strosahl, 2004). Entre estas terapias se destacan las siguientes: Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), Terapia Cognitiva basada en Mindfulness, Terapia de Aceptación y Compromiso y la Psicoterapia Analítica Funcional.

Desde su inicio en 1989, la *Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)* ha pasado de ser una simple técnica de desensibilización para tratar el trastorno de estrés postraumático, a un enfoque psicoterapéutico integral que trata una amplia gama de problemas clínicos, en una variedad de contextos y con distintas poblaciones (Lalotis et al., 2021). Es un modelo teórico de procesamiento de información, que postula que los síntomas surgen cuando los acontecimientos son procesados de forma inadecuada, y pueden erradicarse cuando los recuerdos se procesan e integran por completo (Sack et al., 2007).

En las dos últimas décadas, *Mindfulness* ha suscitado un gran interés en entornos clínicos y de investigación (Fisher et al., 2017). Las definiciones de mindfulness son variadas, pero la mayoría tienen en común la observación de la realidad en el momento presente con aceptación, es decir, la capacidad de prestar atención a cuerpo y mente en el momento presente (Vásquez-Dextre, 2016).

La *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* consiste en la aceptación como forma de no oponerse al “fluir de la vida”. Esto no significa resignarse, sino ausencia de resistencia, de evitación, de negación, de racionalización o represión de emociones (Simón, 2011). Se basa en identificar la realidad que tenemos en el presente, sin renunciar a cambiar el futuro, y comprometernos a hacerlo. Esta terapia se basa en el tratamiento centrado en las acciones valiosas para uno, contempla el sufrimiento como algo normal, define que se aprende a resistir el sufrimiento normal y esa resistencia general el sufrimiento patológico, y por último, promueve el Análisis Funcional de los comportamientos de la persona, por lo que se basa en la experiencia de la persona como pieza fundamental del tratamiento (Luciano, 2001). Los conceptos claves de esta terapia son los siguientes: fusión, evaluación, evitación y razonamiento (Pérez y Botella, 2006).

La Psicoterapia Analítica Funcional se basa en lo que hace y dice la persona en la sesión terapéutica, llamadas conductas clínicamente relevantes (Kohlenberg y Tsai, 1991). En la sesión clínica, el profesional promueve que aparezcan pensamientos, percepciones, sentimientos, visiones y recuerdos, que son abordados de forma adecuada. Además, se aumentan las conductas positivas durante las sesiones. Se pretende que la persona realice interpretaciones de

su conducta, y sus posibles causas desde la perspectiva analítico-funcional. El terapeuta aplica las siguientes estrategias: detecta las conductas clínicamente relevantes que aparecen en la sesión; construye ambiente terapéutico que promueve la aparición de conductas problemáticas y permita desarrollar mejorías en su conducta; refuerza de forma positiva las mejoras conductuales; detecta qué cualidades de su propia conducta son reforzantes para la persona con la que está trabajando; y por último, propicia que la persona desarrolle habilidades para analizar la relación entre sus conductas y otros factores, desde una perspectiva funcional (Fernández Parra, & Ferro García, 2006).

El sufrimiento psicológico, en ocasiones viene derivado de las *disfunciones sexuales*, las cuales conforman un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por la alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o experimentar placer sexual (American Psychiatric Association, 2000). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) contempla las siguientes disfunciones sexuales: eyaculación retardada, trastorno eréctil, trastorno orgásmico femenino, trastorno de interés/excitación sexual femenina, trastorno de dolor genitopélvico/penetración, trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino y eyaculación precoz (2013).

El objetivo de este estudio es analizar la efectividad de las Terapias de Tercera Generación, en concreto EMDR; Mindfulness; Terapia de Aceptación y Compromiso; y Psicoterapia Analítica Funcional; en las Disfunciones Sexuales.

## Método

Siguiendo la clasificación de Del Río et al. (2018), este artículo se considera una Revisión Sistemática. Para realizar esta revisión, se han seguido las indicaciones del *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* (Urrútia y Bonfill, 2010). Se realizó la búsqueda de trabajos en las bases de datos Web Of Science, Scopus y PubMed, restringiendo la búsqueda a los artículos publicados desde 2020.

Se han realizado distintas búsquedas, para tener resultados de distintas terapias de tercera generación. En la primera búsqueda, las palabras claves utilizadas fueron “EMDR” y “sexual dysfuncions”; en la segunda “mindfulness” y “sexual dysfuncions”; en la tercera “acceptance and commitment therapy” y “sexual dysfuncions”; y por último, “functional analytic psychotherapy” y “sexual dysfuncions”.

## Criterios de Inclusión

Los artículos para la revisión debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: trabajos publicados en revistas científicas con revisión por pares, que incluyeran el estudio de Terapias de Tercera Generación (EMDR, Mindfulness, Terapia de Aceptación y Compromiso y Psicoterapia Analítica Funcional) y disfunciones sexuales.

## Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión son los siguientes: ser revisión sistemática, meta-análisis, año de publicación anterior a 2020 y no tener relación con las variables de estudio.

## Selección de los Estudios

Para el proceso de preselección y selección de los diferentes artículos que han formado la revisión se han seguido las siguientes fases que recomienda Perestelo-Perez (2013).

- Fase 1. Una vez realizadas las búsquedas en las fuentes de información, dos revisores, de forma independiente, procedieron a preseleccionar las referencias potencialmente relevantes según los criterios de inclusión, teniendo en cuenta la información obtenida de los títulos y resúmenes.
- Fase 2. Tras el primer cribado, se puso en común la preselección de referencias de los dos revisores.
- Fase 3. Una vez concluida esta preselección, se procedió a la lectura de los artículos de forma completa, y se seleccionaron los que finalmente formarán parte de la revisión, por cumplir los criterios de inclusión.

Tras la selección final, se registró la información en una plantilla previamente diseñada por los revisores, en la que se recogía de forma homogénea toda la información detallada y pertinente para el análisis, síntesis e interpretación de los datos.

Para realizar esta revisión, se ha utilizado el Análisis Textual (Text Mining), a través del software IRaMuTeQ 0.7 alpha 2.

## Resultados

Tras la búsqueda en las bases de datos, se encontraron un total de 271 artículos, de los que se eliminaron 14 por estar duplicados en las diferentes bases, 47 por ser Revisión Sistemática o Metaanálisis y 173 por no tener relación con la relación entre las variables de estudio. Por tanto, esta revisión se ha realizado con un total de 37 artículos (Figura 1).

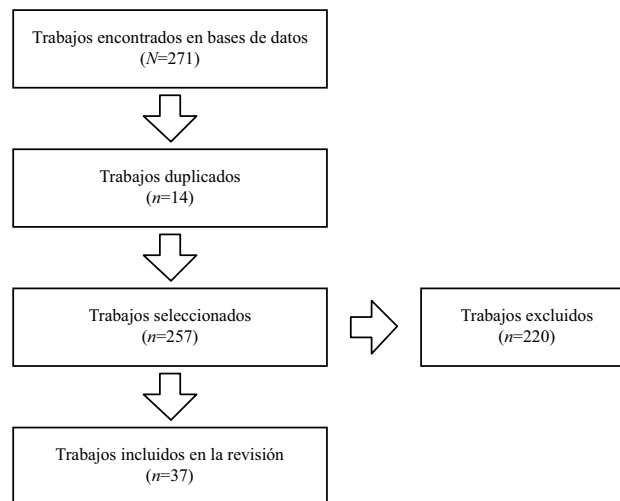
La búsqueda de artículos, tal y como se menciona en los métodos, se ha realizado teniendo en cuenta diferentes terapias de tercera generación. En relación a EMDR, se han incluido 5 artículos; Mindfulness, 27; Terapia de Aceptación y Compromiso, 4; y, por último, Psicoterapia Analítica Funcional, 1.

Hay trabajos en los que la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) se centran en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático, y se tratan las disfunciones sexuales como un síntoma más (Covers et al., 2021; van Woudenberg et al., 2023); incluyen aspectos destacados del EMDR para las disfunciones sexuales (Baird, 2021); exploran el sexo, el envejecimiento y la terapia EMDR (Mader, 2021); o pretenden familiarizar al terapeuta EMDR con la información básica de la terapia sexual (Stock, 2021).

La mayoría de los trabajos encontrados sobre Mindfulness, están realizados con muestra femenina, siendo su objetivo de estudio conocer cómo afecta esta terapia a las disfunciones sexuales femeninas en general, o a algunas en concreto, como el deseo sexual hipoactivo o el trastorno de excitación (Atoofi et al., 2023; Brotto et al., 2022, 2023; Dawson et al., 2022; Halvaepour et al., 2021; Jaderek et al., 2023a, 2023b; Meyers et al., 2020; Obarska et al., 2022; Sood et al., 2019, 2022; Velten et al., 2020). También pretenden conocer cómo

afecta esta intervención a mujeres con síndrome premenstrual (Hojjati Najafabadi et al., 2023), que experimentan dolor en las relaciones sexuales (Pernilla et al., 2022), que han sufrido un cáncer de mama o ginecológico (Gorman et al., 2021, 2022) o que tienen preocupaciones sobre su imagen corporal durante el embarazo (Cengizhan y Uçar, 2023). Los artículos en los que la muestra está formada por hombres se centran en la intimidad tras el cáncer de próstata, tanto de ellos como de sus parejas, la satisfacción sexual, angustia y eyaculación precoz, y las disfunciones sexuales en general (Bossio et al., 2021; Campbell et al., 2023; Stephenson y Welch, 2020). Por otra parte, los que están formados por hombres y mujeres, se centran en la satisfacción sexual en o las disfunciones sexuales en general (Krieger et al., 2023). Por último, destacar que existe otro grupo de artículos que comparan la eficacia de Terapia Cognitiva Conductual con la del mindfulness para el tratamiento de algunas disfunciones sexuales, como el deseo hipoactivo o el trastorno de excitación (Brotto et al., 2021; Kemerer et al., 2023; Meyers et al., 2023; Rashedi et al., 2022).

**Figura 1**  
Selección de Estudios

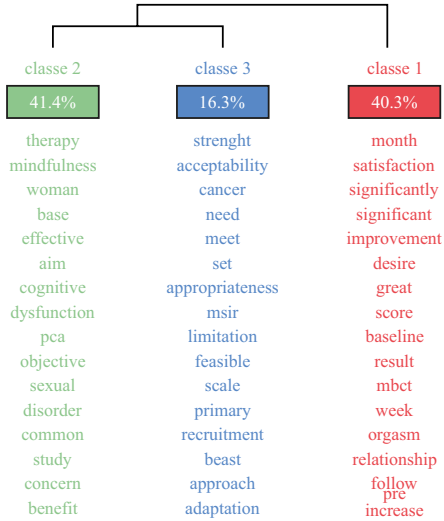


Los trabajos centrados en la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de la sexualidad se focalizan en tratar la eyaculación precoz (Saito et al., 2023), las dificultades en la sexualidad tras sufrir cáncer de próstata (Nelson et al., 2019), dolor sexual durante las relaciones sexuales, con población femenina (Maathz et al., 2023), y por último, mejorar la salud sexual en general (Flaherty et al., 2023).

En cuanto a la Terapia Analítica Funcional solo se ha encontrado un trabajo, el cual determina la eficacia de esta terapia acompañada de terapia cognitiva sobre la sexualidad de mujeres jóvenes (Gholami et al., 2021).

Tras realizar una clasificación jerarquizada de manera descendente según el método Reinert, se obtiene la Clasificación Descendente Jerarquizada (CDH) (ver Figura 2) en la que se observan 3 grandes categorías con los siguientes porcentajes: 41.4%, 16.3% y 40.3%. Cada una de ellas representa una temática, con el vocabulario que las define.

**Figura 2**  
Clasificación Descendente Jerarquizada (CDH)

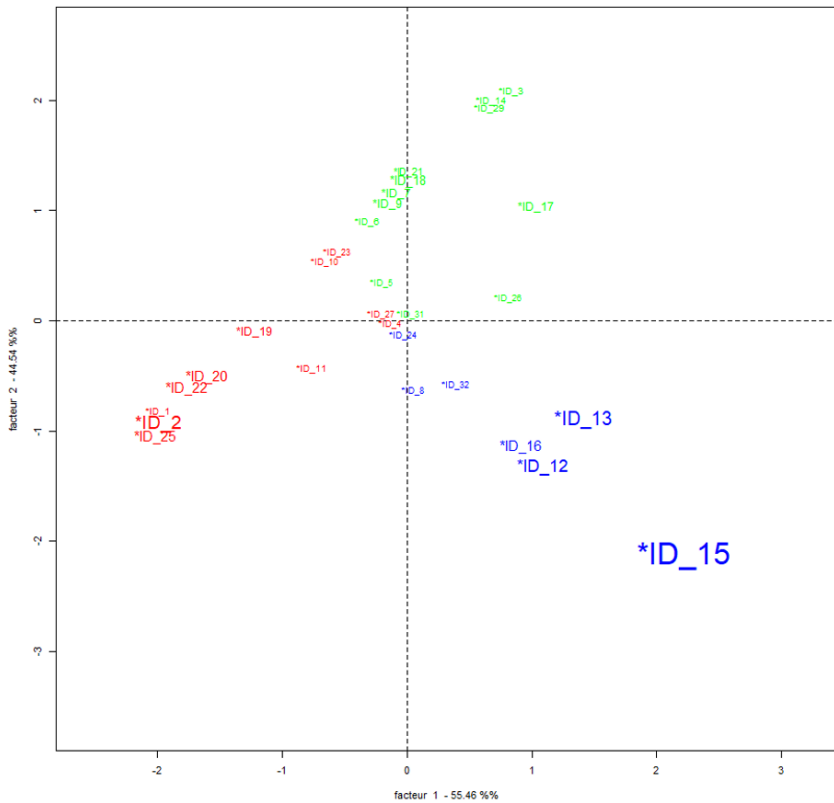


En la **Figura 3** se puede observar cómo los artículos están agrupados según el objetivo de estudio. Los artículos del primer cuadrante se centran en la combinación de dos terapias: Psicoterapia Analítica Funcional con Terapia Cognitiva, con el objetivo de

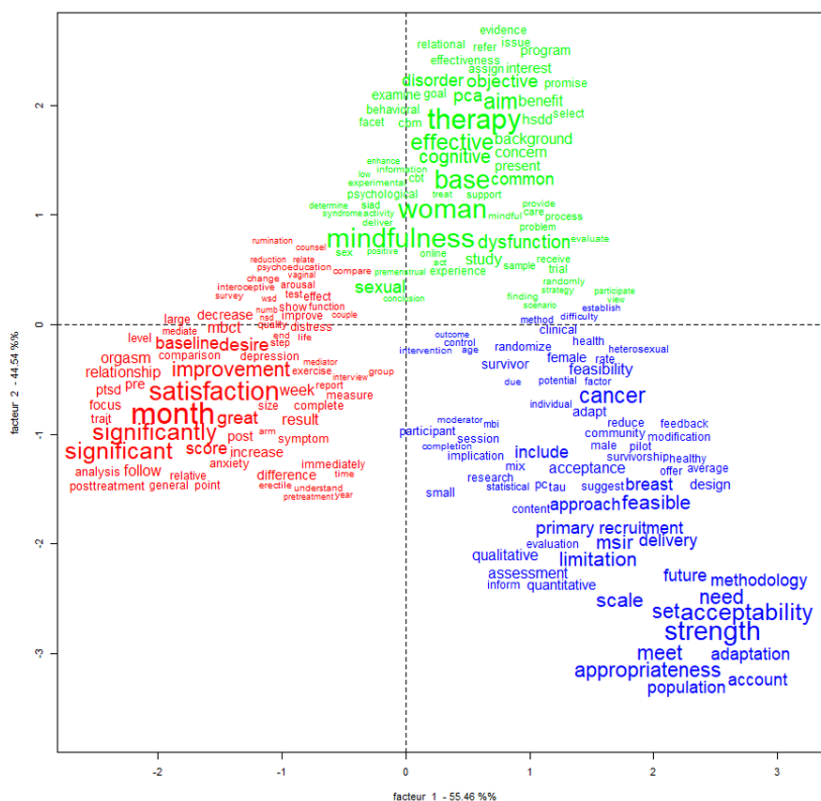
mejorar la salud sexual de mujeres jóvenes; Mindfulness con Terapia Cognitivo-Conductual para las disfunciones sexuales derivadas del cáncer de próstata; o Mindfulness con psicoeducación para tratar las disfunciones sexuales en general. También se observan investigaciones relacionadas con disfunciones femeninas, como anorgasmia, trastorno de excitación o deseo hipoactivo. En el segundo cuadrante se encuentran investigaciones relacionadas con disfunciones sexuales femeninas en general, el trastorno de excitación y la vestibulodinia, y la relación de estas afecciones con diferentes tratamientos, como Mindfulness, EMDR o Terapia de Aceptación y Compromiso. El tercer cuadrante está formado por artículos en los que se comprueba la eficacia del EMDR en pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático, evaluando también la efectividad en las disfunciones sexuales; la eficacia del Mindfulness en el síndrome premenstrual y la Esclerosis Múltiple; y estudios que realizan comparaciones entre diferentes terapias para el trastorno de excitación. Por último, los artículos del cuarto cuadrante se centran en cómo se utiliza el Mindfulness para abordar las disfunciones sexualidades en diferentes momentos: tras superar un cáncer de mama o ginecológico, cáncer de próstata, o durante el embarazo.

La **Figura 4** muestra un análisis factorial correspondiente a la contingencia creciente de formas y lemas. Se puede observar cuáles son las palabras más repetidas en los artículos, teniendo relación directa con el objetivo de estudio de cada uno de ellos.

**Figura 3**  
Agrupación de Artículos



**Figura 4**  
Análisis Factorial de Correspondencia



**Discusión**

El objetivo de este estudio es conocer la efectividad de las Terapias de Tercera Generación, en concreto EMDR; Mindfulness; Terapia de Aceptación y Compromiso; y Psicoterapia Analítica Funcional; en las Disfunciones Sexuales.

Al realizar esta revisión se observa que en los últimos años ha habido un creciente uso de las terapias de Tercera Generación para el tratamiento de las disfunciones sexuales, sobre todo del Mindfulness, que es la intervención de la que más bibliografía se ha encontrado, y con resultados más contundentes, demostrando en la mayoría de las ocasiones que variables relacionadas con la sexualidad han mejorado significativamente, coincidiendo con Fisher et al. (2017).

Incluir EMDR en el tratamiento de las disfunciones sexuales no estaría claro, pues de los pocos estudios que existen, algunos no han encontrado mejoras significativas, como es el de Covers et al. (2021). Sin embargo, en cuanto a la Terapia de Aceptación y Compromiso, existen pocas investigaciones, pero todas muestran mejoras significativas tras esta intervención en diferentes áreas de la sexualidad. Esto mismo ocurre con la Psicoterapia Analítica Funcional, pues solo se ha incluido un estudio sobre ella, pero los resultados muestran que la calidad de vida sexual de mujeres jóvenes mejora significativamente tras este tipo de intervención (Gholami et al., 2021).

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, se concluye que los datos no se pueden generalizar, pues en la mayoría de las investigaciones la muestra está formada por mujeres heterosexuales. Sin

embargo, se destaca que las pruebas de evaluación son instrumentos validados en la mayoría de las ocasiones.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, se propone como futuras líneas de investigación, realizar investigaciones sobre terapias de tercera generación que se están llevando a cabo para tratar las disfunciones sexuales, usando muestras más heterogéneas, incluyendo a hombres y mujeres, y las diferentes orientaciones sexuales.

Por otra parte, también se considera importante que los profesionales de la psicología sanitaria estén formados en sexualidad, pues se conoce que, en ocasiones, las personas acuden a consulta por un motivo diferente.

**Conclusión**

Existe evidencia que demuestra que las terapias de tercera generación son efectivas para el tratamiento de las disfunciones sexuales. Entre estas, destaca el Mindfulness, con mayor número de artículos publicados y diferencias significativas.

**Financiación**

El presente trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

**Referencias**

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales]* (4ª ed. TR).

- Association American Psychiatric. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales]* (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- \*Atoofi, M. K., Naziry, G., Mohammadi, M. y Behzadipour, S. (2023). Effect of mindfulness based sexual relationship therapy on orgasm quality and sexual function in women with orgasmic disorder: a clinical trial [Efecto de la terapia de relaciones sexuales basada en la atención plena sobre la calidad del orgasmo y la función sexual en mujeres con trastorno orgásmico: un ensayo clínico]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology (IJPCP)*, 28(4), 398–411. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.28.4.4370.1>
- \*Bossio, J. A., Higano, C. S. y Brotto, L. A. (2021). Preliminary development of a mindfulness-based group therapy to expand couples' sexual intimacy after prostate cancer: a mixed methods approach [Desarrollo preliminar de una terapia grupal basada en mindfulness para ampliar la intimidad sexual de las parejas después del cáncer de próstata: un enfoque de métodos mixtos]. *Sexual Medicine*, 9(2), 100310. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.100310>
- \*Brotto, L. A., Stephenson, K. R. y Zippa, N. (2022). Feasibility of an online mindfulness-based intervention for women with sexual interest/arousal disorder [Viabilidad de una intervención en línea basada en la atención plena para mujeres con trastorno de interés/excitación sexual]. *Mindfulness*, 13(3), 647–659. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01820-4>
- \*Brotto, L. A., Zdaniuk, B., Chivers, M. L., Jabs, F., Grabovac, A., Lalumière, M. L., Weinberg, J., Schonert-Reichl, K. A. y Basson, R. (2021). A randomized trial comparing group mindfulness-based cognitive therapy with group supportive sex education and therapy for the treatment of female sexual interest/arousal disorder [Un ensayo aleatorizado que compara la terapia cognitiva grupal basada en la atención plena con la educación y terapia sexual grupal de apoyo para el tratamiento del trastorno de excitación/interés sexual femenino]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(7), 626–639. <https://doi.org/10.1037/ccp0000661>
- \*Brotto, L. A., Zdaniuk, B., Chivers, M. L., Jabs, F., Grabovac, A. D. & Lalumière, M. L. (2023). Mindfulness and sex education for sexual interest/arousal disorder: mediators and moderators of treatment outcome [Mindfulness y educación sexual para el trastorno de interés/excitación sexual: mediadores y moderadores del resultado del tratamiento]. *Journal of Sex Research*, 60(4), 508–521. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2126815>
- \*Campbell, J., Pignatelli, M., Deroches, D. y Macdonald, J. (2023). Implementing a virtual mindfulness-based group therapy to improve male sexual dysfunction [Implementación de una terapia grupal virtual basada en mindfulness para mejorar la disfunción sexual masculina]. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(1). <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad060.020>
- \*Cengizhan, S. Ö. y Uçar, T. (2023). The effect of mindfulness-based sexual counseling on sexual distress, attitude toward sexuality, and body image concerns in pregnant women: a randomized controlled trial [El efecto del asesoramiento sexual basado en la atención plena sobre la angustia sexual, la actitud hacia la sexualidad y las preocupaciones sobre la imagen corporal en mujeres embarazadas: un ensayo controlado aleatorio]. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(5), 611–618. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13518>
- \*Covers, M. L. V., de Jongh, A., Huntjens, R. J. C., de Roos, C., van den Hout, M. y Bicanic, I. A. E. (2021). Early intervention with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy to reduce the severity of post-traumatic stress symptoms in recent rape victims: a randomized controlled trial [Intervención temprana con terapia de reprocesamiento y desensibilización del movimiento ocular (EMDR) para reducir la gravedad de los síntomas de estrés postraumático en víctimas recientes de violación: un ensayo controlado aleatorio]. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1943188. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943188>
- \*Dawson, S. J., Jang, G. E. y Goldberg, S. Y. (2022). A brief psychoeducational sexual mindfulness intervention to bolster sexual well-being [Una breve intervención psicoeducativa de mindfulness sexual para reforzar el bienestar sexual]. *Mindfulness*, 13(11), 2827–2844. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01999-0>
- del Río, F. J., Cabello-García, M. A. y Cabello-Santamaría, F. (2018). Guide for the classification of clinical research articles for the International Journal of Andrology. *Revista Internacional de Andrología*, 16(3), 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2017.07.004>
- Fernández Parra, A. & Ferro García, R. (2006). La Psicoterapia Analítico-Funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *Revista de Psicología y Educación*, 5(2), 203–229. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v5i2.3783>
- \*Fisher, N. R., Mead B. R., Lattimore, P. y Malinowski, P. (2017). Dispositional mindfulness and reward motivated eating: The role of emotion regulation and mental habit [Atención plena disposicional y alimentación motivada por recompensa: el papel de la regulación de las emociones y el hábito mental]. *Appetite*, 118(1), 41–48. from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.07.019>
- Flaherty, K. R., Demirjian, C. C. y Nelson, C. J. (2023). The role of acceptance and mindfulness based therapies in sexual health [El papel de las terapias basadas en la aceptación y la atención plena en la salud sexual]. *The Journal of Sexual Medicine*, 21(1), 4–8. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad142>
- \*Gholami, M., Ahmadi, A., Taebi, M., Jahani, Y. y Alidousti, K. (2021). Effectiveness of counseling based on functional analytic psychotherapy with enhanced cognitive therapy on the sexual quality of life of married adolescent women [Eficacia del asesoramiento basado en psicoterapia analítica funcional con terapia cognitiva mejorada sobre la calidad de vida sexual de mujeres adolescentes casadas]. *Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 43(7), 513–521. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1733914>
- \*Gorman, J. R., Drizin, J. H., Al-Ghadban, F. A. y Rendle, K. A. (2021). Adaptation and feasibility of a multimodal mindfulness-based intervention to promote sexual health in cancer survivorship [Adaptación y viabilidad de una intervención multimodal basada en mindfulness para promover la salud sexual en la supervivencia al cáncer]. *Translational Behavioral Medicine*, 11(10), 1885–1895. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab083>
- \*Gorman, J. R., Drizin, J. H., Smith, E., Corey, S., Temple, M. y Rendle, K. A. (2022). Feasibility of mindful after cancer: pilot study of a virtual mindfulness-based intervention for sexual health in cancer survivorship [Viabilidad del mindfulness después del cáncer: estudio piloto de una intervención virtual basada en el mindfulness para la salud sexual en la supervivencia al cáncer]. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(7), 1131–1146. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.03.618>
- \*Halvaiepour, Z., Yazdkhasti, F., Oreyzi, H. R. y Nosratabadi, M. (2021). Developing cognitive bias modification scenarios for women with sexual interest arousal disorder and comparing effectiveness with mindfulness therapy [Desarrollar escenarios de modificación de sesgos cognitivos para mujeres con trastorno de excitación del interés sexual y comparar la efectividad con la terapia de atención plena]. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(2), 162–173. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1842572>
- Hayes, S. C. y Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy [Una guía práctica para la terapia de aceptación y compromiso]*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7>



- \*Hojjati Najafabadi, S., Vakilian, K., Ghaemmaghami, M., Zamanian, M. y Beigi, M. (2023). Investigating the effect of mindfulness counselling on sexual functioning of women with premenstrual syndrome [Investigación del efecto del asesoramiento sobre atención plena sobre el funcionamiento sexual de mujeres con síndrome premenstrual]. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 37. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100886>
- \*Jaderek, I., Obarska, K. y Lew-Starowicz, M. (2023a). Impact of mindfulness monotherapy on female sexual dysfunction symptoms and sex-related quality of life [Impacto de la monoterapia de atención plena sobre los síntomas de disfunción sexual femenina y la calidad de vida relacionada con el sexo]. *Journal of Sexual Medicine*, 20 Supplement\_4, qdad062.057. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad062.057>
- \*Jaderek, I., Obarska, K. y Lew-Starowicz, M. (2023b). Assessment of the effect of mindfulness monotherapy on sexual dysfunction symptoms and sex-related quality of life in women [Evaluación del efecto de la monoterapia de mindfulness sobre los síntomas de disfunción sexual y la calidad de vida relacionada con el sexo en mujeres]. *Sexual Medicine*, 11(3). <https://doi.org/10.1093/sexmed/qfad022>
- \*Kemerer, B. M., Zdaniuk, B., Higano, C. S., Bossio, J. A., Camara Bicalho Santos, R., Flannigan, R. y Brotto, L. A. (2023). A randomized comparison of group mindfulness and group cognitive behavioral therapy vs control for couples after prostate cancer with sexual dysfunction [Una comparación aleatoria de atención plena grupal y terapia cognitivo-conductual grupal versus control para parejas después de cáncer de próstata con disfunción sexual]. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(3), 346–366. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac038>
- Kohlenberg, R. R. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships [Psicoterapia analítica funcional: creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas]*. Plenum.
- \*Krieger, J. F., Kristensen, E., Marquardsen, M., Ofer, S., Mortensen, E. L. y Giraldi, A. (2023). Mindfulness in sex therapy and intimate relationships: a feasibility and randomized controlled pilot study in a cross-diagnostic group [Mindfulness en terapia sexual y relaciones íntimas: un estudio piloto controlado aleatorio y de viabilidad en un grupo de diagnóstico cruzado]. *Sexual Medicine*, 11(3). <https://doi.org/10.1093/sexmed/qfad033>
- Lalot, D., Lubber, M., Oren, U., Shapiro, E., Ichii, M., Hase, M., La Rosa, L., Alter-Leid, K. y Jammes, J. T. (2021). What is EMDR therapy? past, present, and future directions [¿Qué es la terapia EMDR? direcciones pasadas, presentes y futuras]. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15(4), 186–201. <https://doi.org/10.1891/EMDR-D-21-00029>
- Luciano, M. C. (2001). *Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Pirámide.
- \*Maathz, P., McCracken, L. M., Eriksson, V., Sæde, F., Aneblom, G., Rikner, Å., Skalkidou, A. y Buhman, M. (2023). A feasibility trial of online acceptance and commitment therapy for women with provoked vestibulodynia [Una prueba de viabilidad de la terapia de aceptación y compromiso en línea para mujeres con vestibulodinia provocada]. *Scandinavian Journal of Pain*, 23(3), 476–482. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2022-0146>
- \*Meyers, M., Margraf, J. y Velten, J. (2020). Psychological treatment of low sexual desire in women: protocol for a randomized, waitlist-controlled trial of internet-based cognitive behavioral and mindfulness-based treatments [Tratamiento psicológico del bajo deseo sexual en mujeres: protocolo para un ensayo aleatorizado, controlado en lista de espera, de tratamientos cognitivo-conductuales y de atención plena basados en Internet]. *JMIR Research Protocols*, 9(9), e20326. <https://doi.org/10.2196/20326>
- \*Mader, A. L. (2021). *Aging sexual health and EMDR therapy [Envejecimiento, salud sexual y terapia EMDR]*. <https://doi.org/10.1891/9780826186768.0009>
- \*Meyers, M., Margraf, J. y Velten, J. (2023). Subjective effects and perceived mechanisms of change of cognitive behavioral and mindfulness-based online interventions for low sexual desire in women [Efectos subjetivos y mecanismos percibidos de cambio de las intervenciones en línea cognitivas, conductuales y basadas en la atención plena para el bajo deseo sexual en mujeres]. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(8), 902–916. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2023.2217174>
- \*Nelson, C. J., Saracino, R. M., Napolitano, S., Pessin, H., Narus, J. B. y Mulhall, J. P. (2019). Acceptance and commitment therapy to increase compliance to sexual dysfunction treatments in men with prostate cancer: preliminary results from a randomized controlled trial [Terapia de aceptación y compromiso para aumentar el cumplimiento de los tratamientos de disfunción sexual en hombres con cáncer de próstata: resultados preliminares de un ensayo controlado aleatorio]. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(9), 1398–1408. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.013>
- \*Obarska, K., Jaderek, I. y Lew-Starowicz, M. (2022). Effect of mindfulness monotherapy treatment among sexual dysfunctions among women and sexual quality of life [Efecto del tratamiento en monoterapia de mindfulness entre las disfunciones sexuales de las mujeres y la calidad de vida sexual]. *International Journal of Sexual Health*, 34(S1).
- Perestelo-Perez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health [Estándares sobre cómo desarrollar e informar revisiones sistemáticas en psicología y salud]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49–57. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3)
- Pérez, M. y Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17(66–67), 77–120.
- \*Pernilla, M., Lance, M., Johanna, E., Thomas, P. y JoAnne, D. (2022). Women, painful sex, and mindfulness [Mujeres, sexo doloroso y mindfulness]. *Mindfulness*, 13(4), 917–927. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01843-5>
- \*Baird, S. (2021). Applying EMDR therapy to sexual health targets [Aplicar la terapia EMDR a objetivos de salud sexual]. En *EMDR therapy and sexual health: a clinician's guide* (pp. 101–130). Springer.
- \*Rashedi, S., Maasoumi, R., Vosoughi, N. y Haghani, S. (2022). The effect of mindfulness-based cognitive-behavioral sex therapy on improving sexual desire disorder, sexual distress, sexual self-disclosure and sexual function in women: a randomized controlled clinical trial [El efecto de la terapia sexual cognitivo-conductual basada en la atención plena para mejorar el trastorno del deseo sexual, la angustia sexual, la autorrevelación sexual y la función sexual en mujeres: un ensayo clínico controlado aleatorio]. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(5), 475–488. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.2008075>
- Sack, M., Lempa, W. y Lamprecht, F. (2007). Assessment of psychophysiological stress reactions during a traumatic reminder in patients treated with EMDR [Evaluación de reacciones de estrés psicofisiológico durante un recordatorio traumático en pacientes tratados con EMDR]. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(1), 15–23. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.1.1.15>
- \*Saito, J., Kumano, H., Ghazizadeh, M., Shimokawa, C. y Tanemura, H. (2023). An acceptance and commitment therapy smartphone application for erectile dysfunction: a feasibility study [Una aplicación para teléfonos inteligentes de terapia de aceptación y compromiso para la disfunción eréctil: un estudio de viabilidad]. *Current Therapeutic Research, Clinical and Experimental*, 99. <https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2023.100728>



- Simón, V. (2011). *Aprender a practicar mindfulness*. Sello Editorial.
- \*Sood, R., Thielen, J. M., Kuhle, C. L., Kapoor, E. y Mara, K. C.. (2019). Association of mindfulness with female sexual dysfunction and related distress [Asociación de mindfulness con disfunción sexual femenina y angustia relacionada]. *Journal of Women's Health*, 28(6). <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.29028.abstra>
- \*Sood, R., Kuhle, C. L., Thielen, J. M., Kapoor, E., Vencill, J. A., Mara, K. C. y Faubion, S. S. (2022). Association of mindfulness with female sexual dysfunction [Asociación del mindfulness con la disfunción sexual femenina]. *Maturitas*, 161, 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.02.002>
- \*Stephenson, K. R. y Welch, J. P. (2020). Statistical mediators of the association between mindfulness and sexual experiences in men with impaired sexual function [Mediadores estadísticos de la asociación entre mindfulness y experiencias sexuales en hombres con función sexual deteriorada]. *Archives of Sexual Behavior*, 49(5), 1545–1557. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01467-2>
- \*Stock, W. (2021). *Sex therapy frameworks and sexual problems, dysfunctions, and disorders* [Marcos de la terapia sexual y problemas, disfunciones y trastornos sexuales]. <https://doi.org/10.1891/9780826186768.0003>
- Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). PRISMA declaration: A proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses [Declaración PRISMA: Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metanálisis]. *Medicina Clínica*, 135(11), 507–511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- \*van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Tunissen, B., van Beek, V. H. F., Rozendaal, L., Van Minnen, A. y De Jongh, A. (2023). The impact of intensive trauma-focused treatment on sexual functioning in individuals with PTSD [El impacto del tratamiento intensivo centrado en el trauma en el funcionamiento sexual de personas con trastorno de estrés postraumático]. *Frontiers in Psychology*, 14, 1191916. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1191916>
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42. <https://doi.org/10.20453/mp.v79i1.2767>
- \*Velten, J., Brotto, L. A., Chivers, M. L., Hirschfeld, G. y Margraf, J. (2020). The power of the present: effects of three mindfulness tasks on women's sexual response [El poder del presente: efectos de tres tareas de mindfulness en la respuesta sexual de las mujeres]. *Clinical Psychological Science*, 8(1), 125–138. <https://doi.org/10.1177/2167702619861394>
- Wilson, K. G. y Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso*. Pirámide.



Article (Dossier)

## What Makes you Think you are Feminist? Development and Validation of the Feminist Attitudinal and Behavioral Scale for Teachers

Nieves Moyano<sup>1</sup> , María del Mar Sánchez-Fuentes<sup>2</sup> , María Mairal<sup>3</sup> , Lucía Sanagustín<sup>4</sup>, & Alberto Quilez-Robres<sup>4,3</sup> 

<sup>1</sup> Department of Evolutionary and Educational Psychology, University of Jaén, Spain

<sup>2</sup> Mind, Brain, and Behavior Research Center, University of Granada, Spain

<sup>3</sup> Department of Educational Sciences, University of Zaragoza, Spain

<sup>4</sup> Department of Evolutionary and Educational Psychology, University of Zaragoza, Spain

### ARTICLE INFO

Received: November 4, 2023

Accepted: April 18, 2024

#### Keywords:

Feminism  
Attitudes  
Behaviors  
Teachers  
Scale Development

### ABSTRACT

Teachers play a key role in supporting and encouraging egalitarian attitudes at school. This study aimed to develop and validate the Feminist Attitudinal and Behavioral Scale for Teachers (FABS-T), a measure that comprises both attitudinal and behavioral domains. To do this, we conducted two studies of Childhood and Primary Education teachers and pre-service teachers. Study 1, qualitative ( $N = 309$ ), asked participants about situations in which they had been portrayed as feminist. Six themes emerged, for which we developed an initial 60-item version. Study 2 ( $N = 451$ ) aimed to evaluate the factor structure, reliability and validity. Exploratory and confirmatory factor analysis supported a 42-item version of the FABS-T with a final structure composed of five dimensions (56.7% of the variance explained). For both the attitudinal (Public Egalitarian Support and Private Egalitarian Support) and behavioral domain (Sexism Confrontation, Activism and Teaching Practices), reliability was good. Most dimensions were positively linked with feminist self-identification, and negatively with ambivalent sexism and social dominance orientation. Gender differences were observed in the behavioral dimensions. We highlight the need to distinguish attitudes from behaviors, where the latter was revealed as a core aspect of *self-identifying* as feminist.

## ¿Qué te Hace Pensar que Eres Feminista? Desarrollo y Validación de la Escala Feminista de Actitud y Comportamiento Para Docentes

### RESUMEN

Los docentes desempeñan un papel clave a la hora de apoyar y fomentar actitudes igualitarias en la escuela. El objetivo de este estudio fue desarrollar y validar la Escala Feminista de Actitud y Comportamiento para Docentes (FABS-T), una medida que comprende dominios tanto actitudinales como conductuales. Para ello, se realizaron dos estudios con profesores y futuros docentes de Educación Infantil y Primaria. En el estudio 1, cualitativo ( $N = 309$ ), se preguntó a los participantes sobre situaciones consideradas como feministas. Surgieron seis temas, y se desarrolló una escala compuesta por 60 ítems iniciales. El estudio 2 ( $N = 451$ ) tuvo como objetivo evaluar la estructura, confiabilidad y validez de los factores. El análisis factorial exploratorio y confirmatorio apoyó una versión del FABS-T de 42 ítems con una estructura final compuesta por cinco dimensiones (56,7% de la varianza explicada). Tanto para el dominio actitudinal (Apoyo igualitario público y Apoyo igualitario privado) como para el comportamiento (Confrontación sexista, activismo y prácticas docentes), la confiabilidad fue buena. La mayoría de las dimensiones se relacionaron positivamente con la autoidentificación feminista y de manera negativa con el sexismo ambivalente y la orientación de dominancia social. Se observaron diferencias de género en las dimensiones conductuales. Se destaca la necesidad de distinguir actitudes de comportamientos, ya que es un aspecto central de la autoidentificación como feminista.

#### Palabras clave:

Feminismo  
Actitudes  
Comportamientos  
Docentes  
Desarrollo de Escala

Gender equality is one of the main priorities that the Education 2030 Agenda emphasizes in its Sustainable Development Goals (SDGs), i.e., “women and men (...) are empowered equally”. Feminism addresses gender inequality in society (Swirsky & Agelone, 2015), while Sustainable Development Goal 4 (SDG 4) in Agenda 2030 highlights the importance of inclusive and quality education. Therefore, schools are often the best scenario in which changes to obtain gender equality can be made. Recent progress, exemplified by coeducation, aims for equal student development, free from gender stereotypes (Aragonés-González et al., 2020). The LOMLOE, Spain’s current Education Law, recognizes and promotes gender equity at all educational levels from a fully inclusive perspective. Teachers can play a crucial role in fostering positive gender roles and promoting gender equality (Chinen et al., 2017). They play a key role in this process, as their attitude towards gender equality greatly influences the way students learn about and understand gender equality. This is significantly influenced by the teacher training in gender equality, which is still limited. Previous research concluded that primary school teachers unconsciously perpetuate gender stereotypes (Gray & Leith, 2004). Gender stereotypes are entrenched conceptions about the characteristics, priorities, and needs that are assumed to be possessed by individuals of each gender (Ellemers, 2018; Fabris et al., 2020). It should be noted that, for childhood and primary school teachers, detecting gender inequality remains arduous because they report difficulties with both implicit and explicit forms of inequality based on gender (Pinedo et al., 2018). A study conducted by Romero Rodríguez and Lugo Muñoz (2014) with university teachers found that they reported positive attitudes toward gender equality, which were slightly more frequent among women. Díaz and Anguita (2017) indicated that gender stereotypes are still rooted in teachers, but today we make more efforts to dissimulate these mental representations because explicit forms of sexism are not socially tolerated. Thus, one of the main strategies to challenge the endorsement of gender stereotypes is education.

### Are You Feminist?

The endorsement of feminist attitudes and feminist self-identification are not necessarily paired. Intuitively, one would consider an individual to self-identify as feminist based on their attitudes and behaviors. However, this has not been demonstrated. Research suggests that some women support certain feminist behaviors, but seem ambivalent about others (Rollero et al., 2022) or are even reluctant to be defined as feminist (Aronson, 2003). This inconsistency opens debate about what conceptualization of feminism people endorse because negative opinions of some aspects of feminism are frequently held (Hoskin et al., 2017). Therefore, instead of focusing on a unique definition of feminism, it would be interesting to further probe everyone’s definition of feminism and have them recall specific situations in which they behaved like feminists.

### What Feminism Means?

According to the Royal Spanish Language Academy (n.d.), feminism is defined as the “principle of equality of rights for both men and women”. However, the term feminism still leads to some confusion. In line with this, several factors that underlie feminist

self-identification have been explored. The feminist identity seems to be better explained by positive attitudes toward feminist prototypes (Redford et al., 2018) based on endorsing feminist values and perceived discrepancy (Meijs et al., 2017). On the contrary, holding a negative prototype of feminists or one that is dissonant from their own self-concept would lead individuals to refuse being self-labeled as feminists (Gundersen & Kunst, 2019; Moradi et al., 2012). In fact, a negative view of the term feminism has somehow become widespread in several spheres in which feminists are portrayed as irrational, man-hating, unfeminine, and fanatical (Calder-Dawe & Gavey, 2016), or are even represented by terms like “feminazi” (Cohen, 2015). For some, feminism is considered the antagonist of “sexism” –“*machismo*” in Spanish.

### Measurement of Feminism

Many scales designed to assess feminism have psychometric limitations or are derived from outdated models and do not capture modern attitudes in our changing cultural context (Siegel & Calogero, 2021). The following factors must also be taken into account: a) none of the scales analyzed in the review study evaluate both attitudinal and behavioral aspects of feminism, except that of Sudkämper et al. (2020) developed for men (although it clustered items, i.e., does not distinguish the two aspects, b) a more detailed qualitative study in which women’s and men’s opinion are considered is needed, and c) no specific measure of teachers’ views has been developed (Siegel & Calogero, 2021). Therefore, scales in which attitudes and behaviors are clearly distinguished based on sounded psychometric properties are lacking.

### Aspects Associated With Feminism: Gender, Sexism, and Social Dominance Orientation

Men are less likely to identify as feminist and report lower acceptance of activism oriented toward feminism (Wietholter & Hillard, 2021). This is probably due to several reasons, such as the heteropatriarchal society (Arvin et al., 2013). Men are in a position of strength and dominance, and are more likely to be aggressor (Sedgwick, 2006). In this regard, it is necessary to highlight the influence of the biologically assigned sex at birth on the construction of gender roles and expectations (Clarke, 2022; van Anders et al., 2017). Sex refers to the biological and physiological characteristics that differentiate between males and females, while gender pertains to the roles, behaviors, activities, and expectations that society deems appropriate for men and women (van Anders et al., 2017).

Other factors, such as ideologies (sexism or social dominance orientation [SDO]; see Glick & Fiske, 1996; Sidanius & Pratto, 1999), may be at the root of men’s non-endorsement of the feminist label. Individuals who report more feminist attitudes also report less benevolent sexism (Kunst et al., 2019) and hostile sexism (Estevan-Reina et al., 2020). Furthermore, feminism is related to certain social and political attitudes, where witnessing gender discrimination predicts greater willingness to participate in collective action for gender justice (Uluğ et al., 2023). SDO (Pratto et al., 1994) is an ideology that predicts several forms of prejudice, such as sexism (Duckitt & Sibley, 2010), and is therefore negatively related to feminism (Smith & Winter, 2002). Based on social dominance theory (SDT) (Sidanius & Pratto, 1999), SDO indexes individual differences in the preference for group-based hierarchy and

inequality. As such, it is one of the most powerful predictors of intergroup attitudes and behaviors (Asbrock et al., 2010). Therefore, SDO can stratify dominant and subordinate groups by gender, where men have more power than women (Sidanius & Pratto, 1999).

### The Present Research

The present research arises to develop and validate a questionnaire on feminism for use in the education field. We conducted two studies:

Study 1 aimed to develop a measure of feminism, considering both attitudinal and behavioral aspects. Due to its exploratory nature, no hypotheses were established.

Study 2 had the main goals of examining the factorial structure and assessing the reliability and validity of the developed scale through comparison with related measures.

The specific goals and hypotheses of Study 2 were as follows:

1. To analyze the factor structure and reliability of the developed scale.
  - H1. We hypothesized a structure that reflected the themes that emerged in Study 1.
2. To provide evidence of validity with other related measures such as feminist self-identification, ambivalent sexism (both hostile and benevolent) and social dominance orientation.
  - H2. We expected higher scores on the developed scale to be related to higher feminist identification, less ambivalent sexism and less orientation toward social dominance (Christopher & Wojda, 2008; Pratto et al., 1994; Sierra et al., 2018).
3. To analyze gender differences in the developed scale.
  - H3. We expected women to have higher scores (Huddy et al., 2000).

### Study 1

#### Method

##### Participants

Quota convenience sampling was used. We collected data from 321 individuals. Sample size was estimated considering the number of teachers in Spain, at a confidence level of 95%. Participants who did not provide an answer to the open question were excluded ( $n = 12$ ). Data from 309 individuals were analyzed. Inclusion criteria were: (a) aged  $\geq 18$  years, (b) Spanish nationality, (c) enrolled in a Childhood and/or Primary Education Degree and experience working with children during their formation or professionally for at least 1 year as a practice teacher, or (d) teaching in Childhood and/or Primary Education. A main exclusion criterion was considered: Not to have being enrolled in a previous teaching experience. Participants were mostly women ( $n = 209$ ; 67.6%) ranging in age from 20 to 69 years ( $M = 41.64$ ;  $SD = 10.74$ ). Most participants had a university degree.

##### Procedure

The URL of the questionnaire, which was hosted on the University of BLINDED LimeSurvey Platform, was distributed by a news service of the universities involved in the study, a social mailing list maintained by educational centers, and among university

students at the University of BLINDED. Once participants clicked on the link to access the survey, they provided informed consent; the form explained that the study had the goal of analyzing attitudes, opinions and behaviors related to gender issues. Questionnaires were completed in approximately 20 to 30 min. Anonymity and confidentiality were guaranteed. No compensation was provided. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Autonomous Community of Aragon: CEICA (No. 08/2019) from the University of BLINDED.

##### Instruments

Feminist attitudes and behaviors. Participants were asked: *Do you identify as a feminist?* They had the following options: “Yes”, “No” and “Uncertain”. They were also asked to answer the following: *If you have marked the “yes” option, please describe at least one situation in which you have thought/behaved like a feminist.*

### Results Study 1

#### Thematic Analysis

Most answers related to one situation that reflected a main theme. In a few cases, the response was divided into two “units” (24 responses out of 309) corresponding to two different situations. Ultimately, we analyzed 338 units of information. MAXQDA 12 was used both for transcription and analysis. Two trained researchers reviewed all collected answers independently and organized them into themes. Raters met to discuss and agree on themes. They found that Rater 1’s identified themes were easily collapsible into Rater 2’s broader theme categories. Ultimately, there were seven distinct themes. Raters agreed about 263 units (kappa index of .77). Most of the discrepancies in the number of themes between the two raters were because Rater 2 collapsed answers into broader themes, while Rater 1 used more stringent criteria to constitute a theme.

#### Descriptive Analyses

Most women ( $n = 124$ ; 59.6%), and almost half of the men ( $n = 48$ ; 48%), self-identified as feminist, while 26% of women ( $n = 54$ ) and 31% of men ( $n = 31$ ) chose the option “uncertain about feminist”. The remaining participants responded “No”.

#### Themes to Self-Identify as Feminist

Six main themes relating to situations in which participants felt they behaved as feminists emerged and were divided into two broader domains: Attitudes and Behaviors. For Attitudes, the themes were: 1) Public Egalitarian Support, 2) Private Egalitarian Support and 3) Working Egalitarian Support. For Behaviors, the themes were: 1) Sexism Confrontation, 2) Activism and 3) Teaching Practices.

Among the themes, the most reported were Sexism Confrontation (26.8%), Teaching Practices (21.2%), and Activism (10.4%) from the Behavioral domain; and Private Egalitarian Support (17.5%), Working Egalitarian Support (7.8%) and Public Egalitarian Support (6.7%) from the Attitudinal domain. Roughly 9.7% of the responses were ambiguous or nonspecific i.e., did not belong to any category. In the supplementary material, definitions and examples for each theme are shown according to domain.

No significant gender differences emerged in the reported themes [ $\chi^2(3, 269) = 4.34, p = .820$ ].

### **Development of Items for the Feminist Attitudinal and Behavioral Scale (FABS-T)**

Two researchers independently devised a pool of 10-15 items for each dimension. To do this, the researchers followed the recommendations set out in previous research (Muñiz & Fonseca-Pedrero, 2019), including definition of the construct, item development, pilot study, selection of other measures, test application and analysis of the scale's psychometric properties to develop the final version of the test.

Second, the researchers selected the 10 items that best fit the definition of each dimension. If two items were duplicated or contain redundant information, one was removed. Ultimately, we devised a 60-item version of the FABS-T. Participants indicated their agreement with each item on a 6-point Likert scale (1 = *Strongly disagree*, 6 = *Strongly agree*). The Spanish version can be provided upon request.

### **Expert Judgment**

The initial preliminary scale was sent to five experts in Psychometry and/or Feminism for them to judge the representativeness, clarity and precision of its items. The experts were provided with the definitions and corresponding items. They all agreed about the items and only slight modifications related to specific aspects of their wording were made according to the comments. No conceptual changes were made.

## **Study 2**

### **Method**

#### **Participants**

Following the same sampling method, estimation of sample size and inclusion criteria to Study 1, we collected data from 482 individuals; however, due to missing values in more than 25% of the FABS-T items, the final sample comprised 451 participants. About 82.7% of the sample were women who ranged in age from 18-66 years ( $M = 39.25; SD = 13.31$ ). The sample was randomly divided into two sub-samples, as follows: a) The sub-sample for EFA comprised 225 individuals, who were mostly women (76%) and ranged in age from 18-62 years ( $M = 37.43; SD = 14.29$ ) while b) the sub-sample for the CFA was composed of 226 individuals (82.7% women) who ranged in age from 18-66 years ( $M = 39.25; SD = 13.31$ ).

#### **Procedure**

Identical to study 1.

#### **Instruments**

Feminist attitudes and behaviors. We used the Feminist Attitudinal and Behavioral Scale (FABS-T) developed in Study 1.

**Feminist Self-Identification.** We used the FSI (Morgan, 1996) scale, which asks the following: "To what extent do you consider yourself a feminist?". As there is no available Spanish version, we conducted a direct or forward translation of the original version into Spanish. Responses were provided via a Likert response scale (1, *I do not consider myself a feminist at all*; 7, *I am a committed and active feminist in the women's movement*).

**Sexism.** We used the Ambivalent Sexism Inventory (ASI; Glick & Fiske, 1996) in its Spanish form (Expósito et al., 1998). This 22-item inventory assesses sexist attitudes by distinguishing between hostile (11 items) and benevolent sexism (11 items) using a Likert response scale (0, *Completely disagree*; 5, *Completely agree*). Hostile sexism is understood as discrimination against women as a group simply because of their gender (e.g., *Women seek to gain power by getting control over men*). Benevolent sexism is defined as a more subtle form of discrimination that hides unequal and degrading treatment of women associated with their "weaker sex" status (e.g., *Many women have a quality of purity that few men possess*). Higher summed scores indicate greater support of hostile or benevolent sexism. Cronbach's alpha values range from .80 to .92 for hostile sexism and from .73 to .85 for benevolent sexism. In the present study, Cronbach's alpha was .92 for hostile sexism and .83 for benevolent sexism.

**Social dominance orientation.** We used the Spanish version of the SDO (Pratto et al., 1994; Silván-Ferrero & Bustillos, 2007). This scale assesses the degree to which someone wants their own group to dominate another that they consider inferior (e.g., *It's probably a good thing that certain groups are at the top and other groups are at the bottom*). It consists of 16 items and uses a Likert response scale (1, *Strongly oppose*; 7, *Strongly favor*). After reversing the scores for some items, all scores are summed. Cronbach's alpha was reported as .90; in this study, it was .75.

### **Results Study 2**

Prior to further analysis, item's descriptive analysis was extracted in which corrected item-total correlation was analyzed. Values under .30 were not yielded indicating weakness for any of the items.

#### **Exploratory Factor Analysis (EFA)**

The adequacy of the data to perform factorization was verified by the Kaiser-Meyer-Olkin test ( $KMO = .902$ ) and Bartlett's sphericity test ( $\chi^2 = 6,252.11; p < .001$ ). EFA was performed via principal component analysis (PCA) with the Oblimin rotation method. A parallel analysis confirmed the EFA's findings. As shown in Table 1, a six-factor structure was tested. Factor loadings were significant and ranged between .31 (item 17) and .89 (item 28). Some of the items shared factor loadings on more than one factor, although the difference between both factor loadings exceeded .10 for all of them except items 12, 31, 38 and 46. For all factors, eigenvalues exceeded 1. The six-factor structure explained 56.7% of the variance: the first factor explained 27.29% of the variance, followed by Factor 2 (14.59%) and Factors 3-6 (4.62%, 3.90%, 3.36% and 2.92, respectively). Item distributions across factors are shown in Table 1.



**Table 1**  
EFA and Factor Loadings of the Items for the Preliminary 60-Item Version of the FABS-T (Continued)

	Items	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6
28	Men and women should have the same opportunities in life	.89					
16	Everyone, regardless of gender, has the right to make decisions by herself/himself	.86					
25	Everyone, regardless of gender, should have the same freedom	.86					
19	Everyone, regardless of gender, should be equally valued based on their achievements	.86					
4	Men and women should have the same rights and duties	.82					
8	Men and women should have the same job opportunities	.77					
20	Women should be defended from sexist discrimination in the workplace	.73					
11	Both men and women can occupy a head position	.73					
9	Men and women have the same ability to perform domestic tasks	.67					
24	Important decisions at home should be taken by men and women together	.66					
48	In class, I treat boys and girls equally	.63					
7	Men and women should be treated the same.	.55					
26	If I saw a woman in a management position, I would think that she merits that position	.42					
17	I have no preference when it comes to working with men or women	.31					
35	I express my disagreement with sexist comments		.81				
47	I openly reject sexist demonstrations or behaviors		.78				
41	I "put the breaks" on sexist comments		.72				
32	I openly show my rejection of sexist humor		.71				
44	I act against sexist attitudes and/or behaviors publicly		.61				
50	I have refuted sexist arguments or comments		.59				
59	I openly reject people who display a macho ideology		.57				
46	I share information of a feminist nature with the people around me		.57		.49		
37	I support the performance of acts that promote equal rights between men and women		.52				
36	I adapt my vocabulary to avoid using sexist expressions		.50				
56	I try to empower the women I know		.50				
1	Feminism defends equality between men and women		.48				
22	I am conscious of the issue of equality between men and women		.37				
49	I attend meetings, book presentations or other feminist events.			.76			
34	I am part of a feminist collective			.72			
40	I organize strikes, protests and/or feminist demonstrations			.72			
55	I attend training activities, such as courses, seminars or open days of a feminist nature			.71			
52	I spend time reading literature, blogs or other news of a feminist nature			.64			
53	I have intervened in specific situations in defense of women			.58			
58	I teach training activities, such as courses, seminars or seminars of a feminist nature.			.58			
43	I share information of a feminist nature on my social networks	.41		.56			
31	I participate in/attend protest events related to women's rights	.48		.53			
27	Both parents should be involved in their children's free time (take them to extracurricular activities, play with them, etc.).	.45			.82		
30	Both men and women must be knowledgeable about household expenses and finances.	.46			.80		
21	Both parents must be involved in the education of their children (attend school meetings, maintain contact with their teacher, etc.).	.49			.80		
3	Housework is the responsibility of men and women	.52			.78		
6	Housework must be shared equally between men and women.	.38			.76		
18	Fathers and mothers should spend the same time on schoolwork with their children	.33			.73		
15	The task of caring for children should be shared equally between men and women	.39			.71		
29	I am in favor of leadership roles and promotions for women in the workplace				.55		
23	I would leave a job if I detected sexist attitudes towards women				.33		
45	In my classroom, I propose activities or tasks to reflect on gender equality					.76	
57	In my classroom, I provide visibility to relevant women in history					.68	
60	I am attentive to situations of gender inequality in the classroom					.66	
54	In my classroom, I promote gender equality					.66	
42	In my classroom, I promote feminist values					.56	
51	In my classroom, I promote an environment of respect between boys and girls					.56	
39	I try not to set expectations for students based on gender stereotypes					.42	
38	I do not tolerate any attempt to humiliate women		.36			.37	
14	I am against gender stereotypes in relation to certain jobs						.71

**Table 1**  
EFA and Factor Loadings of the Items for the Preliminary 60-Item Version of the FABS-T (Continued)

13	Anyone, regardless of their gender, can perform the same activities	.33	.67
12	In the home, boys and girls should be educated in the same way	.53	.57
5	A woman is just as capable as a man of occupying a position at work	.40	.57
2	There should be equal pay for men and women in government jobs		.56
10	It is not necessary to make distinctions between people according to their gender		.44
33	In my speech, I use gender-neutral or masculine and feminine terms simultaneously		.34

Note. An English translation is provided, but this version should be further adapted and validated.

Likewise, the corrected item-total correlations for each factor were examined ( $\leq .30$  values, item was discarded), as was reliability after eliminating any item (if significantly improved, item was discarded). Six items from Factor 1 were eliminated by this procedure (items 7, 9, 17, 24, 26 and 48), two from Factor 2 (1 and 22), two from Factor 4 (23 and 29) and one (38) from Factor 5. In all cases, the eliminated items corresponded to those with a lower factor loading.

**Confirmatory Factor Analysis (CFA)**

We performed CFA using AMOS v. 24. The maximum likelihood score was calculated and the following goodness of fit indices were used: the root mean square error of approximation (RMSEA), comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis index (TLI) and normed fit index (NFI). RMSEA values less than .06 indicated a good fit, and values below .10 were considered acceptable. For the CFI, TLI and NFI, values above .90 indicate acceptable fit.  $\chi^2$  values and their corresponding degrees of freedom were also reported, where lower values indicate a better fit (Kline, 2023).

Initially, the following models were tested: (1) Model 1: six-factor model that emerged from the EFA, (2) Model 2: one-factor model in which only one latent factor clustered all items and (3) Model 3: two-factor model in which Attitudinal and Behavioral were the two latent dimensions.

Table 2 shows the goodness of fit indices for all models. When testing Model 1, the goodness of fit indices were inadequate; therefore, we modified some indices and found that the model would improve if some items from Factor 6 were deleted, as errors should be correlated with errors from items in other factors. Therefore, and based on the previous EFA in which Factor 6 comprised a mix of several items that conceptually should belong to other factors, we decided to eliminate this factor. Once this change was made, Model 1(b) was constructed and had a five-factor structure. This model was significantly better: all goodness of fit indices were good. Finally, for Models 2 and 3, no goodness of fit indices had adequate values.

Figure 1 shows the results of the CFA, which yielded a robust five-factor model with 42 items confirming the model equation. Standardized factor loadings are shown.

**Descriptive Statistics, Gender Differences and Reliability.** As seen in Table 3, all factors obtained high mean values, except for Sexism Confrontation. Gender differences emerged only for Sexism Confrontation and Activism, for which women had

higher scores. Finally, Cronbach’s alpha values were high and ranged between .81 for Factor 5 (Teaching Practices) and .96 for Factor 1 (Public Egalitarian Support).

**Table 2**  
Goodness of Fit Indices Values from the CFA

Model	$\chi^2$	CFI	TLI	NFI	RMSEA
Model 1: Six-factor model	6.373,55	.764	.756	.704	.078
Model 1(b): Five-factor model	1.500,726	.917	.910	.900	.060
Model 2: One-factor model	8.132,003	.438	.401	.425	.191
Model 3: Two-factor model	5.575,28	.664	.645	.636	.128

**Table 3**  
Descriptive Statistics, Gender Differences, and Reliability of the FABS-T Dimensions

	Range	Mean (SD)	Men M(SD)	Women M(SD)	t	Cronbach’s alpha
1. Public Egalitarian Support	1-6	5.96	5.93	5.98	.78	.96
2. Sexism Confrontation	1-6	3.27	2.94	3.42	-3.12**	.88
3. Activism	1-6	5.00	4.62	5.12	-3.33***	.90
4. Private Egalitarian Support	1-6	5.92	5.89	5.94	-.45	.94
5. Teaching Practices	1-6	5.11	5.14	5.08	.89	.81

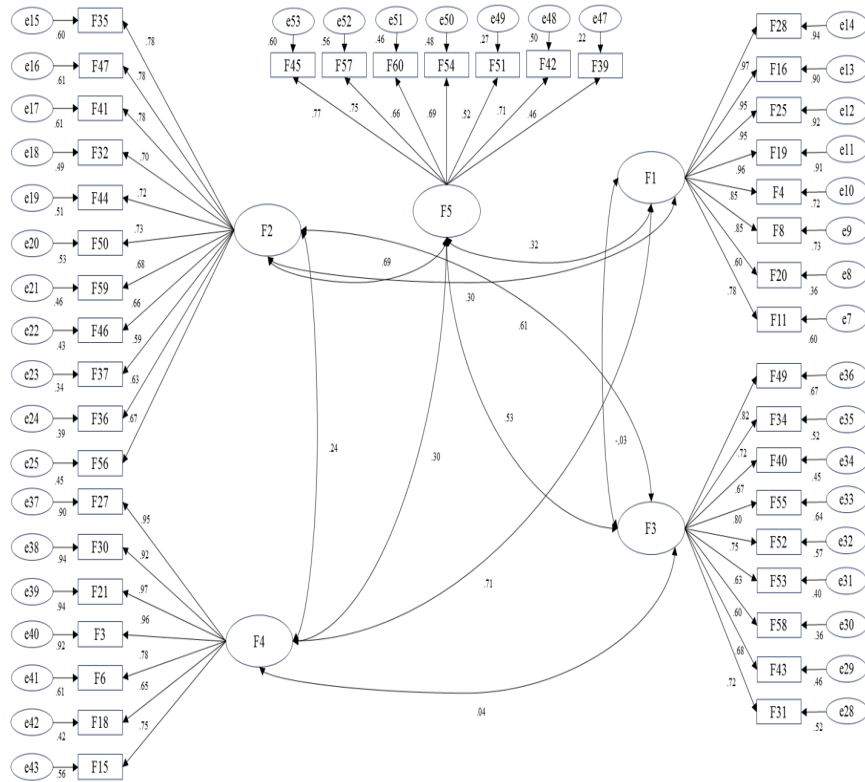
Note. \*\*\* $p < .001$ ; \*\* $p < .01$ .

**Evidence of Validity**

Significant correlations emerged among factors, except between Activism with Private Egalitarian Support and with Public Egalitarian Support (Table 4). The lowest correlation was shown between Public Egalitarian Support and Sexism Confrontation ( $r = .26$ ;  $p < .01$ ), and the highest was between Private Egalitarian Support and Public Egalitarian Support ( $r = .66$ ;  $p < .01$ ), with both factors slightly overlapping.

There were significant correlations between Sexism Confrontation, Activism, Teaching Practices and Public Egalitarian Support and the degree of feminist self-identification. All FABS-T dimensions negatively correlated with ambivalent sexism. Finally, a negative correlation was observed between the dimensions of the FABS-T and SDO.

**Figure 1**  
Standardized Factor Loadings for the Five-Factor Model Derived from the CFA



Note. F1: Public Egalitarian Support, F2: Sexism Confrontation, F3: Activism, F4: Private Egalitarian Support, F5: Teaching Practices.

**Table 4**  
Correlations Between the FABS-T Dimensions and Feminist Self-Identification, Benevolent and Hostile Sexism, and Social Dominance Orientation

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Public Egalitarian Support	-								
2. Sexism Confrontation	.32***	-							
3. Activism	-.01	.51***	-						
4. Private Egalitarian Support	.66***	.26***	.02	-					
5. Teaching Practices	.31***	.50***	.41***	.26***	-				
6. Feminist self-identification	-.08	.53***	.66***	-.01	.38***	-			
7. Benevolent sexism	-.28***	-.37***	-.21***	-.16**	-.21***	-.22***	-		
8. Hostile sexism	-.33***	-.49***	-.32***	-.24***	-.27***	-.32***	.61***	-	
9. Social dominance orientation	-.29***	-.44***	-.20***	-.32***	-.33***	-.19***	.48***	.57***	-

Note. \*\*\*p < .001, \*\*p < .01.

**Discussion**

Our study aimed to develop and validate a measure of feminism for use in the educational field, comprising both attitudinal and behavioral domains, since “feminist” is better understood using a multifaceted measure (McLaughlin & Aikman, 2020). The FABS-T is a 42-item measure of two attitudinal dimensions, Public Egalitarian Support and Private Egalitarian Support, and three behavioral dimensions: Sexism Confrontation, Activism and Teaching Practices. While the Attitudinal domain refers to supporting ideas related to equality

(rights, responsibilities, opportunities) between women and men, the Behavioral dimension reflects the willingness to actively behave as a feminist (e.g., activism, sexism confrontation against sexism and the use of egalitarian forms of teaching). Reliability and validity are supported.

In Study 1, feminism was expressed by several diverse behaviors and attitudes. The most reported feminist behavior was related to Sexism Confrontation. In prior definitions of feminism, this is presented as a social movement to end the sexist oppression that hurts everyone (Hooks, 2000) and emphasizes robust social action toward gender equality. This theme was

followed by Public Egalitarian Support, which aligns with the classical definition of feminism based on equality between men and women and has commonly been reported in other studies asking participants to define “feminist” (Ogletree et al., 2017).

Individuals also endorse feminist attitudes in the private sphere, particularly their home, indicating that domestic tasks should be distributed. This reflects current trends where men more often play a care-giving role (Langner & Furstenberg, 2018). However, in Spain, egalitarianism in division of roles has not been reached, and only the most advantaged women are in couples with a relatively egalitarian division of time (García-Román, 2023). However, some legal changes have been undertaken by the Spanish government to promote gender equality in caring (e.g., paternity leave was increased in 2021). It seems that while some progress has been made toward gender equality in public spheres (England et al., 2020), this has not spread to the private sphere to the same extent (Hopcroft & McLaughlin, 2012).

Another dimension of feminism is Activism (Conlin et al., 2019), which is among the main means through which women can increase their feminist identification (Conlin & Heesacker, 2018) by becoming actively involved in feminist groups or sharing information. Finally, the only dimension specifically related to the educational field was Teaching Practices, in which teachers encourage gender equality behaviors in the classroom. Teaching strategies at schools are a crucial starting point for promoting gender equity, as gender-stereotyped beliefs may substantially influence gender differences in students (Gunderson et al., 2012).

Our findings indicate gender differences in the behavioral dimensions, but not the attitudinal ones, with women being more willing to behave as feminists than men, as shown previously (e.g., Wietholter & Hillard, 2021). The lack of gender differences in the attitudinal domain could be explained by both the public and domestic spheres being broad domains in which individuals can easily support gender equality, where society is now more aware that gender equality should be defended due to the influence of mass media, public and private dialog, and popular culture (Renegar & Sowards, 2009). As indicated by Díaz and Anguita (2017) gender stereotypes are deep-rooted, but today we make more effort to dissimulate these mental representations because explicit forms of sexism are not socially tolerated. Therefore, the core message of gender equality seems clear in society, but is not always translated into action, especially for men; they may be unwilling to drive social change due to their privileged status that discourages involvement in feminist activism (Burrell & Flood, 2019). Other plausible interpretations include a weakening of traditional gender role attitudes and strengthening of feminist ones (Díaz & Sellami, 2014), where a 10-country United Nations pilot study (2019) indicated that 84% of individuals believe that it is essential for society to treat women as equal to men.

Attitudinal and behavioral domains, although part of the same construct, should be distinguished because endorsing feminist attitudes may not be sufficient to identify someone who actually performs feminist behaviors. Furthermore, positive attitudes toward equality are not necessarily linked with feminist self-identification, which again emphasizes that attitudes *per se* are independent of self-identification as feminist. Instead, behaviors are key aspects of self-identifying as feminist. According to our

study, although egalitarian attitudes are part of feminist self-identification, they have very little to do with the strength thereof; feminist identification is more clearly represented by specific actions. This is consistent with previous research underlining that feminist identification is a key correlate of feminist collective action (e.g., Yoder et al., 2011). However, attitudes should be understood as a first step to change behaviors: improving attitudes toward feminist prototypes may promote feminist identification (Weis et al., 2018).

All FABS-T dimensions were negatively associated with benevolent and hostile sexism and SDO. Hence, in line with previous studies, a link between endorsement of sexist attitudes and reluctance to identify as feminist is apparent (Estevan-Reina et al., 2020). Additionally, individuals who support the superiority of some social groups also refuse to support gender equality (Sudkämper et al., 2020), to maintain their privileged social position. Ideologies seem important drivers of the degree of support of feminist actions (e.g., the #metoo campaign) (Kunst et al., 2019).

Finally, feminism is aligned with human rights. The statement “Women’s rights are human rights” (Amnesty International, 2023) has been praised by international women’s rights activists and experts for its rights-based perspective on gender equality. SDGs are amenable to analysis that considers the interaction between social identities and related inequalities and can transform rhetoric into practice through national plans and policy changes, for example (Stuart & Woodroffe, 2016).

Our study has several limitations. First, individuals mainly described one situation, likely that most relevant or important to them, when describing their feminist behavior. However, whether these behaviors were performed is uncertain, as is the extent of their other forms of feminism. Second, the number of men and women in each study differed, although this reflects the gender bias in teaching. Third, although anonymity and confidentiality were guaranteed, our findings were based on self-report data, and could be affected by social desirability and recall bias.

Several lines of research could be pursued using the FABS-T. First, the variables and motivations underlying each domain of feminism (i.e., attitudinal and/or behavioral) should be investigated, where people may or may not actively engage in behaviors fostering social change. Second, both individual and social outcomes of attitudinal and behavioral domains of feminism could be explored. Several studies concluded that feminist identification provides some individuals with benefits, such as greater well-being (Saunders & Kashubeck-West, 2006). Studies should address the outcomes of social commitment to change, where feminist ideology and behaviors could be related to collective action favoring women (Girerd & Bonnot, 2020). Third, a more comprehensive study of the diverse feminist identities could improve understanding of the attitudes and behaviors that characterize different forms of feminism, such as non-labelers and feminists, and shed light on the different levels of feminist consciousness (Duncan et al., 2021).

## Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies.

## Conflicts of Interest

The authors declare no conflict of interest.

## References

- Amnesty International (2023). Women's rights are human rights: The important role of education. Retrieved from <https://www.amnesty.org/en/latest/education/2023/03/womens-rights-are-human-rights/>
- Aragóns-González, M., Rosser-Limiñana, A., & Gil-González, D. (2020). Coeducation and gender equality in education systems: A scoping review. *Children and Youth Services Review, 111*, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104837>
- Aronson, P. (2003). Feminists or "postfeminists"? Young women's attitudes toward feminism and gender relations. *Gender & Society, 17*(6), 903-922. <https://doi.org/10.1177/0891243203257145>
- Arvin, M., Tuck, E., & Morrill, A. (2013). Decolonizing feminism: Challenging connections between settler colonialism and heteropatriarchy. *Feminist Formations, 28*(1), 8-34. <https://www.jstor.org/stable/43860665>
- Asbrock, F., Sibley, C. G., & Duckitt, J. (2010). Right-wing authoritarianism and social dominance orientation and the dimensions of generalized prejudice: A longitudinal test. *European Journal of Personality: Published for the European Association of Personality Psychology, 24*(4), 324-340. <https://doi.org/10.1002/per.746>
- Burrell, S., & Flood, M. (2019). Which feminism? Dilemmas in profeminist men's praxis to end violence against women. *Global Social Welfare, 6*(4), 231-244. <https://doi.org/10.1007/s40609-018-00136-xnfi>
- Calder-Dawe, O. & Gavey, N. (2016). Jekyll and Hyde revisited: Young people's constructions of feminism, feminists and the practice of "reasonable feminism". *Feminism & Psychology, 26*(4), 487-507. <https://doi.org/10.1177/09593535166660993>
- Chinen, M., Coombes, A., De Hoop, T., Castro-Zarzur, R., & Elmeski, M. (2017). Can teacher training programs influence gender norms? Mixed-methods experimental evidence from Northern Uganda. *Journal on Education in Emergencies, 3*(1), 44-78. <http://hdl.handle.net/2451/39662>
- Christopher, A. N., & Wojda, M. R. (2008). Social dominance orientation, right-wing authoritarianism, sexism, and prejudice toward women in the workforce. *Psychology of Women Quarterly, 32*(1), 65-73. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2007.00407.x>
- Clarke, J. A. (2022). Sex assigned at birth. *Columbia Law Review, 122*(7), 1821-1898. <https://www.jstor.org/stable/27178460>
- Cohen, C. (2015, October 29). Feminazi: It's never OK to call anyone a Nazi – even us feminists. *The Telegraph*. Retrieved from <http://www.telegraph.co.uk/women/womens-life/11963868/Feminazi-Its-never-OK-to-call-anyone-a-Nazieven-us-feminists.html>
- Conlin, S. E., & Heesacker, M. (2018). The association between feminist self-labeling and gender equality activism: exploring the effects of scale language and identity priming. *Current Psychology, 37*(1), 334-342. <https://doi.org/10.1080/09589236.2017.1371007>
- Conlin, S. E., Heesacker, M., Allan, B. A., & Douglass, R. P. (2019). Bad feminists? Perceived self-discrepancy predicts differences in gender equality activism. *Gender Issues, 36*(1), 67-88. <https://doi.org/10.1007/s12147-017-9200-2>
- Díaz, S., & Anguita, R. (2017). Estereotipos del profesorado en torno al género y a la orientación sexual [Teacher's stereotypes towards gender and sexual orientation]. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 20*(1), 219-232. <https://doi.org/10.6018/reifop/20.1.228961>
- Díaz, A., & Sellami, K. (2014). Traits and roles in gender stereotypes: A comparison between Moroccan and Spanish native samples. *Sex Roles, 70*, 457-467. <https://doi.org/10.1007/s11199-013-0335-7>
- Duckitt, J., & Sibley, C. G. (2010). Right-wing authoritarianism and social dominance orientation differentially moderate intergroup effects on prejudice. *European Journal of Personality, 24*(7), 583-601. <https://doi.org/10.1002/per.772>
- Duncan, L. E., Garcia, R. L., & Teitelman, I. (2021). Assessing politicized gender identity: Validating the Feminist Consciousness Scale for men and women. *The Journal of Social Psychology, 161*(5), 570-592. <https://doi.org/10.1080/00224545.2020.1860883>
- Ellemers, N. (2018). Gender stereotypes. *Annual Review of Psychology, 27*(69), 275-298. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011719>
- England, P., Levine, A., & Mishel, E. (2020). Progress toward gender equality in the United States has slowed or stalled. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 117*(13), 6990-6997. <https://doi.org/10.1073/pnas.1918891117>
- Estevan-Reina, L., de Lemus, S., & Megías, J. L. (2020). Feminist or paternalistic: Understanding men's motivations to confront sexism. *Frontiers in Psychology, 10*, 2988. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02988>
- Exposito, F., Moya, M., & Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos [Ambivalent sexism: Measurement and correlates]. *Revista de Psicología Social, 13*, 159-169. <https://doi.org/10.1174/021347498760350641>
- Fabris, A., Purpura, A., Silvello, G., & Susto, G. A. (2020). Gender stereotype reinforcement: Measuring the gender bias conveyed by ranking algorithms. *Information Processing & Management, 57*(6), 102377. <https://doi.org/10.1016/j.ipm.2020.102377>
- García-Román, J. (2023). Does women's educational advantage mean a more egalitarian distribution of gender roles? Evidence from dual-earner couples in Spain. *Journal of Family Studies, 29*(1), 285-305. <https://doi.org/10.1080/13229400.2021.1915852>
- Girerd, L., & Bonnot, V. (2020). Neoliberalism: An ideological barrier to feminist identification and collective action. *Social Justice Research, 33*(1), 81-109. <https://doi.org/10.1007/s11211-020-00347-8>
- Glick, P. y Fiske, S. T. (1996). The ambivalent sexism inventory: differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(3), 491-512. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.491>
- Gray, C., & Leith, H. (2004). Perpetuating gender stereotypes in the classroom: A teacher perspective. *Educational Studies, 30*(1), 3-17. <https://doi.org/10.1080/0305569032000159705>
- Gundersen, A. B., & Kunst, J. R. (2019). Feminist women are visually masculinized whereas feminist men are feminized. *Sex Roles, 80*(5-6), 291-309. <https://doi.org/10.1007/s11199-018-0931-7>
- Gunderson, E. A., Ramirez, G., Levine, S. C., & Beilock, S. L. (2012). The role of parents and teachers in the development of gender-related math attitudes. *Sex Roles, 66*, 153-166. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-9996-2>
- Hooks, B. (2000). *Feminist theory: From margin to center*. Pluto Press.
- Hopcroft, R. L., & McLaughlin, J. (2012). Why is the sex gap in feelings of depression wider in high gender equity countries? The effect



- of children on the psychological well-being of men and women. *Social Science Research*, 41(3), 501-513. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2011.12.006>
- Hoskin, R. A., Jenson, K. E., & Blair, K. L. (2017). Is our feminism bullshit? The importance of intersectionality in adopting a feminist identity. *Cogent Social Sciences*, 3(1), 1290014. <https://doi.org/10.1080/23311886.2017.1290014>
- Huddy, L., Neely, F. K., & Lafay, M. R. (2000). Trends: Support for the women's movement. *The Public Opinion Quarterly*, 64(3), 309-350. <https://www.jstor.org/stable/3078722>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kunst, J. R., Bailey, A., Prendergast, C., & Gundersen, A. (2019). Sexism, rape myths and feminist identification explain gender differences in attitudes toward the #metoo social media campaign in two countries. *Media Psychology*, 22(5), 818-843. <https://doi.org/10.1080/15213269.2018.1532300>
- Langner, L. A., & Furstenberg, F. F. (2018). Gender differences in spousal caregivers' care and housework: Fact or fiction? *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(1), 173-183. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby087>
- McLaughlin, K., & Aikman, S. N. (2020). That is what a feminist looks like: identification and exploration of the factors underlying the concept of feminism and predicting the endorsement of traditional gender roles. *Gender Issues*, 37(2), 91-124. <https://doi.org/10.1007/s12147-019-09240-4>
- Meijs, M. H., Ratliff, K. A., & Lammers, J. (2017). The discrepancy between how women see themselves and feminists predicts identification with feminism. *Sex Roles*, 77(5-6), 293-308. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0733-8>
- Moradi, B., Martin, A., & Brewster, M. E. (2012). Disarming the threat to feminist identification: An application of personal construct theory to measurement and intervention. *Psychology of Women Quarterly*, 36(2), 197-209. <https://doi.org/10.1177/0361684312440959>
- Morgan, B. L. (1996). Putting the feminism into feminism scales: Introduction of a Liberal Feminist Attitude and Ideology Scale. *Sex Roles*, 34, 359-390. <https://doi.org/10.1007/BF01547807>
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. [Ten steps for the construction of a test]. *Psicothema*, 31(1), 7-16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Ogletree, S. M., Diaz, P., & Padilla, V. (2017). What is feminism? College students' definitions and correlates. *Current Psychology*, 38(6), 1576-1589. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9718-1>
- Pinedo, R., Arroyo, M., & Berzosa, I. (2018). Género y educación: detección de situaciones de desigualdad de género en contextos educativos [Gender and education: detection of inequality situations from educational contexts]. *Contextos educativos: Revista de Educación*, 21, 35-51. <https://doi.org/10.18172/con.3306>
- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M. y Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 741-763. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.4.741>
- Real Academia Española. (n.d.). Feminismo [Feminism]. *En Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 02 de octubre 2015 de <https://dle.rae.es/feminismo>
- Redford, L., Howell, J. L., Meijs, M. H., & Ratliff, K. A. (2018). Implicit and explicit evaluations of feminist prototypes predict feminist identity and behavior. *Group Processes & Intergroup Relations*, 21(1), 3-18. <https://doi.org/10.1177/1368430216630193>
- Renegar, V. R., & Sowards, S. K. (2009). Contradiction as agency: Self-determination, transcendence, and counter-imagination in third wave feminism. *Hypatia*, 24(2), 1-20. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2009.01029.x>
- Romero Rodríguez, S., & Lugo Muñoz, M. (2014). *Diagnóstico de actitudes hacia la igualdad y la coeducación. La perspectiva del profesorado de institutos de educación secundaria [Diagnosis of attitudes towards equality and coeducation. The perspective of secondary school teachers]* [Presentación de artículo]. V Congreso Universitario Internacional Investigación y Género. Universidad de Sevilla, España.
- Rollero, C., Leon, C. M., Martini, M., & De Piccoli, N. (2022). Enjoyment of sexualization in men and women: relationships with ambivalent sexism and body image coping strategies. *Sexuality & Culture*, 26, 1403-1421. <https://doi.org/10.1007/s12119-022-09949-7>
- Saunders, K. J., & Kashubeck-West, S. (2006). The relations among feminist identity development, gender-role orientation, and psychological well-being in women. *Psychology of Women Quarterly*, 30(2), 199-211. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2006.00282.x>
- Sedgwick, J. L. (2006). *Criminal victimization in the United States, 2005 Statistical tables: National crime victimization survey*. U.S. Department of Justice Office of Justice Programs Bureau of Justice Statistics. <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/cvus05.pdf>
- Sidanius, J., & Pratto, F. (1999). *Social dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. Cambridge University Press.
- Siegel, J. A., & Calogero, R. M. (2021). Measurement of feminist identity and attitudes over the past half century: A critical review and call for further research. *Sex Roles*, 85(5), 248-270. <https://doi.org/10.1007/s11199-020-01219-w>
- Sierra, J. C., Moyano, N., Vallejo-Medina, P., & Gómez-Berrocá, C. (2018). An abridged Spanish version of Sexual Double Standard Scale: Factorial structure, reliability and validity evidence. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 69-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.05.003>
- Silván-Ferrero, M. P., & Bustillos, A. (2007). Adaptación de la Escala de Orientación a la Dominancia Social al castellano: validación de la dominancia grupal y la oposición a la igualdad como factores subyacentes [Adaptation of The Social Dominance Orientation scale into Spanish: validation of group-based dominance and opposition to equality as underlying factors]. *Revista de Psicología Social*, 22, 3-15. <https://doi.org/10.1174/021347407779697485>
- Smith, A. G., & Winter, D. G. (2002). Right-wing authoritarianism, party identification, and attitudes toward feminism in student evaluations of the Clinton-Lewinsky story. *Political Psychology*, 23(2), 355-383. <https://doi.org/10.1111/0162-895X.00285>
- Stuart, E., & Woodroffe, J. (2016). Leaving no-one behind: can the sustainable development goals succeed where the millennium development goals lacked? *Gender & Development*, 24(1), 69-81. <https://doi.org/10.1080/13552074.2016.1142206>
- Sudkämper, A., Ryan, M. K., Kirby, T. A., & Morgenroth, T. (2020). A comprehensive measure of attitudes and behaviour: Development of the support for gender equality among men scale. *European Journal of Social Psychology*, 50(2), 256-277. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2629>
- Swirsky, J. M., & Angelone, D. J. (2015). Equality, empowerment, and choice: what does feminism mean to contemporary women? *Journal of Gender Studies*, 25(4), 445-460. <https://doi.org/10.1080/09589236.2015.1008429>

- Uluğ, Ö. M., Chayinska, M., & Tropp, L. R. (2023). Does witnessing gender discrimination predict women's collective action intentions for gender justice? Examining the moderating role of perceived female support. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 33*(2), 501-518. <https://doi.org/10.1002/casp.2642>
- United Nations (2019). Are you ready for change? Gender equality attitudes study 2019. Retrieved from: <https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/bitstream/handle/1/1002/UN-gender-equality-attitudes-study-2019-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Van Anders, S. M., Schudson, Z. C., Abed, E. C., Beischel, W. J., Dibble, E. R., Gunther, O. D., Kutchko, V. J., & Silver, E. R. (2017). Biological sex, gender, and public policy. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences, 4*(2), 194-201. <https://doi.org/10.1177/2372732217720700>
- Weis, A. S., Redford, L., Zucker, A. N., & Ratliff, K. A. (2018). Feminist identity, attitudes toward feminist prototypes, and willingness to intervene in everyday sexist events. *Psychology of Women Quarterly, 42*(3), 279-290. <https://doi.org/10.1177/0361684318764694>
- Wietholter, C., & Hillard, A. (2021). Feminism = Women's Movement? The effects of gender and terminology on endorsement of feminism. *The Undergraduate Journal of Psychology, 32*(1), 15-20. <https://journals.charlotte.edu/ujop/article/view/883>
- Yoder, J. D., Tobias, A., & Snell, A. F. (2011). When declaring "I am a feminist" matters: Labeling is linked to activism. *Sex Roles, 64*, 9-18. <https://doi.org/10.1007/s11199-010-9890-3>



Artículo (Monográfico)

## Revisión Sistemática de Escalas que Miden Actitudes Hacia la Sexualidad

Virginia Villegas-José , Ángel Hernando Gómez  y Antonio Daniel García-Rojas 

Universidad de Huelva, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Marzo 21, 2024

Aceptado: Abril 27, 2024

#### Palabras clave:

Escalas  
Instrumentos  
Sexualidad  
Educación sexual  
Revisión sistemática

### RESUMEN

En los últimos años, instituciones a nivel nacional e internacional han aportado datos derivados de prácticas poco saludables respecto a la sexualidad. En este estudio, se ha llevado a cabo una revisión sistemática de escalas validadas existentes que miden actitudes hacia la sexualidad, con el objetivo de clasificarlas en base a sus objetivos, población y sus características para facilitar la búsqueda y selección de dichos instrumentos en futuras investigaciones. La revisión se llevó a cabo con el método PRISMA 2020, y se utilizaron inteligencias artificiales (Elicit IA, Consensus IA y Copilot IA) y bases de datos (Scopus, Eric y Google Scholar) para la recopilación de artículos. Como resultado de la búsqueda, de un total de 409 investigaciones se identificaron 61 escalas que miden actitudes hacia la sexualidad, quedando clasificadas en tres categorías. Concluyendo de estos resultados un amplio abanico de dimensiones que abarcan la sexualidad dentro de las medidas de los instrumentos, así como población específica de aplicación.

### Systematic Review of Scales for Measuring Attitudes Toward Sexuality

#### ABSTRACT

In recent years, national and international institutions have provided relevant data on unhealthy practices among sexuality. In this study, a systematic review of existing validated scales that measure attitudes towards sexuality has been carried out in order to classify them based on their authors, year of publication, objectives, population and specific characteristics to facilitate the search and selection of such instruments in future investigations. The review was carried out with the PRISMA 2020 method, using artificial intelligences (Elicit AI, Consensus AI and Copilot AI) and databases (Scopus, Eric and Google Scholar) to collect the articles. As a result of the research, 61 scales measuring attitudes towards sexuality were identified from a total of 409 studies, classified into three categories. From these results, it was concluded the existence of a wide range of dimensions that covers sexuality besides the measures of the instruments, as well as a specific population of application.

#### Keywords:

Scales  
Instruments  
Sexuality  
Sexual education  
Systematic review

## Introducción

En el mundo, diariamente, más de un millón de personas se contagian de alguna infección de transmisión sexual (ITS), siendo el VIH la más frecuente; en esta línea, más de 12 millones de mujeres en edades comprendidas entre los 15 y 19 años presentan un embarazo precoz. Estos hechos, ocasionan una consecuencia directa en los adolescentes, cuyo origen parte de la desinformación familiar (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2023). Debido al alto impacto de estos datos, se precisa de una serie de actuaciones respecto a la adquisición de conocimientos y actitudes positivas en torno a sexualidad y salud sexual y reproductiva desde edades tempranas.

La sexualidad se reconoce como una forma de expresión o conjunto de comportamientos, vinculados con procesos biológicos, psicológicos, socioculturales, éticos, filosóficos, políticos y religiosos, basada en el sexo, es decir, no tiene una vinculación exclusiva con la procreación (Arias, 2024; Camacho-López et al., 2024; OMS, 2023; Velázquez, 2013). La sexualidad puede ser generadora de una gran diversidad de actitudes, emociones y sentimientos. No se puede ignorar que la sexualidad está determinada por los conocimientos existentes desde la infancia que serán determinantes en las etapas posteriores de la vida, de manera que, la sexualidad posee un componente biológico y un componente adquirido, es decir, es intrínseca del ser humano, presente durante toda la vida (Ayuso et al., 2018; Vargas et al., 2007).

En las últimas décadas, se ha apostado por una educación sexual que promueva el desarrollo de relaciones afectivas respetuosas y la diversidad sexual, los roles de género, la afectividad, la autoestima, la comunicación y el autocuidado (Holguín et al., 2013; Montero, 2011). Calvo (2021) señala que esto solo es posible con el esfuerzo, compromiso, responsabilidad y participación de todos los integrantes de la comunidad educativa. No obstante, históricamente, la educación sexual ha sido considerada como un tema tabú. En la actualidad, es necesario recibir información veraz sobre sexualidad, puesto que es fundamental, para el desarrollo personal, el hecho de conocer todos los ámbitos de la misma: anatomía, aprender a respetar, valorar y relacionarse de manera sana e igualitaria, permitiendo así, adquirir los conocimientos necesarios para la correcta toma de decisiones respecto al cuerpo, salud, bienestar y relaciones. De esta forma, se contribuye a la evolución hacia una sociedad libre y justa en beneficio de todos sus ciudadanos (Sandoval-Sánchez y García-Mera, 2021).

Otro aspecto a considerar es el avance tecnológico de las últimas décadas. Se han puesto al alcance de los adolescentes dispositivos electrónicos con acceso a la red (Ballester et al., 2019). Teniendo en cuenta la cantidad de información a la que tienen acceso, es de suma importancia que dispongan de datos veraces.

Desde un plano internacional (Mijatović, 2020; UNESCO, 2022; UNESCO et al., 2016), se plantean los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la Agenda 2030 (Naciones Unidas, 2018): “garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos”, trabajando “la educación integral en sexualidad en relación con

la educación para el desarrollo sostenible”. Profundizando en Europa, se observa una creciente generalización en los últimos años, debido a la concienciación sobre la necesidad de educar en temas relacionados con la sexualidad (Bourke et al., 2014). Sin embargo, aún no se ha consolidado un consenso y existe una gran variabilidad en el contenido y medidas para poner en marcha programas que cumplan con las recomendaciones (Fernández et al., 2023; Ketting et al., 2021).

A nivel legislativo, en España, están vigentes la Ley Orgánica 10/2022, de garantía integral de la libertad sexual y la Ley Orgánica 1/2023, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. En este sentido, existe un crecimiento en el interés respecto a la implantación de la educación sexual dentro de los currículos educativos (Bejarano y Mateos, 2016; Fernández-Fernández y Calvo-González, 2022; Miralles et al., 2020). La Ley Orgánica 3/2020, (LOMLOE), hace mención a la educación afectivo-emocional en todas las etapas educativas de forma transversal, habiendo un salto hasta los estudios universitarios de posgrado (Valero y López, 2013). Con todo, algunos temas, no están lo suficientemente integrados a pesar de estar recogidos en los planes de estudio, o directamente no se enseñan en las aulas (Martínez-Álvarez et al., 2014). El origen de esta situación puede deberse a que la formación en sexualidad tiene un carácter optativo en la educación superior, ocasionando la falta de formación en los docentes.

Fernández et al. (2023) explican que se considera necesario un diagnóstico educativo que refleje cuál es la situación de la educación sexual y proponer una actuación formativa acorde con las demandas sociales, por lo que en esta investigación se lleva a cabo una revisión sistemática siguiendo las indicaciones establecidas en la declaración PRISMA. Contribuyendo así, significativamente, en el conocimiento e impacto de la Sexualidad desde el plano educativo. Por esta razón, los objetivos propuestos para este estudio son: conocer el estado actual sobre las escalas validadas sobre sexualidad y educación sexual y realizar una clasificación de las mismas.

## Metodología

Se ha realizado un análisis de la producción científica de escalas, aplicando la Declaración PRISMA (Page et al., 2021). La búsqueda se centró en artículos de bases de datos de alto impacto científico sobre la Sexualidad y la Educación Sexual. El periodo de análisis establecido fue desde el año 2015, hasta marzo de 2024. El motivo por el que se estableció este intervalo fue la continuación de la búsqueda sistemática de Instrumentos de Medida de Actitudes hacia la Sexualidad de Blanc y Rojas (2017).

## Búsqueda Previa

La búsqueda de partida, previa a la revisión sistemática, comenzó en diciembre de 2023 con el uso de los términos “Escalas” y “Sexualidad” en las bases de datos Dialnet y Google Scholar. Se obtuvo una recopilación de 18 investigaciones que incluían escalas validadas para medir aspectos sobre la sexualidad humana.

## Búsqueda Inicial

Inicialmente, las primeras búsquedas de la revisión sistemática se realizaron en enero de 2024, combinando, en primer lugar, los términos en español: “Escala”, “Sexualidad” y “Educación Sexual” y en inglés: “Scale”, “Sexuality” y “Sex Education” en las bases de datos Scopus y Eric. En segundo lugar, se hizo uso del buscador Thesaurus para afinar el uso de descriptores, resultando idóneos: “Escala”, “Instrumento”, “Cuestionario”, “Instrument”, “Questionnaire”, “Scale”, “Sexuality” y “Sexual Education”. También, se amplió la búsqueda utilizando los operadores booleanos AND y OR. Además, en marzo, se decidió incluir tres inteligencias artificiales específicas para las revisiones bibliográficas científicas: Consensus IA, Copilot IA y Elicit IA.

## Búsqueda Sistemática

La estructura de descriptores que finalmente concluyó en los mejores resultados en español para las bases de datos Scopus y Eric fue: “Escala” OR “Cuestionario” OR “Instrumento” AND “Sexualidad” OR “Educación Sexual”, y en inglés “Scale” OR “Questionnaire” OR “Instrument” AND “Sexuality” OR “Sexual Education”. Por otro lado, para las inteligencias artificiales Copilot IA, Consensus IA y Elicit IA la búsqueda se realizó mediante la pregunta: “Sexuality and Sexual Education Scales”. A continuación, se muestran las cadenas de búsqueda exactas utilizadas para las bases de datos mencionadas:

- **Eric:**  
“Scale” OR “Questionnaire” Or “Instrument” AND “Sexuality” OR “Sexual Education”.
- **Scopus español:**  
“Escala” OR “Cuestionario” OR “Instrumento” AND “Sexualidad” OR “Educación Sexual”, (TITLE-ABS-KEY (“Escala”) OR TITLE-ABS-KEY (“Cuestionario”) OR TITLE-ABS-KEY (“Instrumento”) AND TITLE-ABS-KEY (“Sexualidad”) OR TITLE-ABS-KEY (“Educación Sexual”)).
- **Scopus inglés:**  
“Scale” OR “Questionnaire” OR “Instrument” AND “Sexuality” OR “Sexual Education”, (TITLE-ABS-KEY (“Scale”) OR TITLE-ABS-KEY (“Questionnaire”) OR TITLE-ABS-KEY (“Instrument”) AND TITLE-ABS-KEY (“Sexuality”) OR TITLE-ABS-KEY (“Sexual Education”)).

Primeramente, se establecieron varios filtros de búsqueda, se acotó un intervalo cronológico desde 2015 hasta 2024, en segundo lugar, se redujeron las áreas a Ciencias Sociales, y el idioma se limitó a inglés y español. Con estos filtros se obtuvieron 277 documentos en Scopus, 65 documentos en Eric, 10 documentos en Consensus IA, 53 en Elicit IA y 4 en Copilot IA. Consecutivamente, se plantearon los primeros criterios de inclusión y exclusión para la realización del cribado de registros.

## Criterios de Inclusión

- Escalas validadas con posterioridad al año 2015.
- Estudios y/o escalas validadas en español y en inglés.
- Traducciones de escalas al español o inglés.
- Investigaciones ubicadas dentro del ámbito educativo o social.

- Investigaciones que contentan escalas ya validadas.
- Investigaciones que validan su propia escala para su uso en el estudio.
- Estudios que realizan una revisión sistemática o de las escalas validadas existentes sobre Sexualidad y/o Educación Sexual.

## Criterios de Exclusión

- Se excluyen las escalas validadas con anterioridad al año 2015.
- Los estudios llevados a cabo en un idioma distinto al español o inglés.
- Los estudios que trabajan la Sexualidad desde el ámbito sanitario.
- Se excluyen programas de intervención o cursos sobre Educación Sexual.
- Investigaciones que abarcan la Sexualidad o la Educación Sexual desde la metodología cualitativa.
- Se excluyen estudios llevados a cabo con escalas no validadas.
- Documentos que no sean artículos científicos.

Se han utilizado Consensus IA, Copilot IA y Elicit IA como inteligencias artificiales, puesto que se han diseñado para la investigación científica, para la cual, son consideradas como herramientas útiles (Forero-Corba y Bennásar, 2023).

El uso de inteligencias artificiales en investigación está contrastado por autores como Prendes y Cerdón (2023) quienes resaltan en sus investigaciones que, aparte de destacar por su capacidad técnica, juegan un papel relevante y denotan un alto grado de eficacia en la identificación y recuperación de estudios de alto impacto científico. Asimismo, su inclusión en la investigación mejora la eficacia, identifica patrones de búsqueda, personaliza los resultados e incrementa la calidad de la información hallada (Arbeláez-Campillo et al., 2021; Gontijo et al., 2021; Lopezosa, 2023). La búsqueda llevada a cabo en dichas inteligencias artificiales ha sumado un total de 21 documentos.

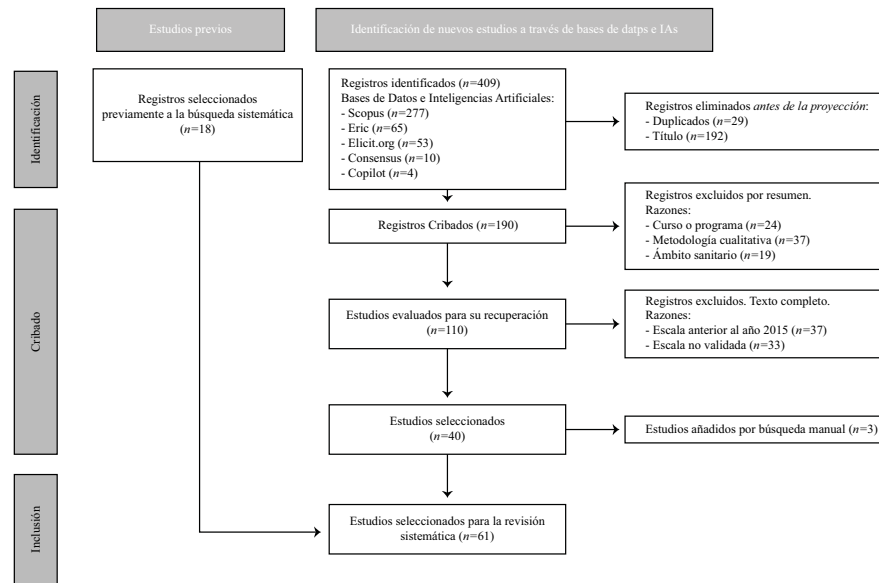
Siguiendo los criterios mencionados, tras la lectura de los títulos, pasaron al siguiente cribado 190 registros. A continuación, se procedió a la lectura de los resúmenes, descartándose así, estudios aplicados a programas o cursos ( $n = 24$ ), investigaciones dentro del ámbito sanitario ( $n = 19$ ) y artículos en los que se trabajaba desde el paradigma interpretativo con una metodología cualitativa ( $n = 37$ ). Resultando 110 documentos para la lectura de texto completo. En esta línea, siguiendo los criterios, se excluyeron aquellos estudios en los que no se utilizaba una escala validada ( $n = 33$ ) y los que trabajaban con instrumentos con anterioridad al año 2015 ( $n = 37$ ). Finalmente, 40 registros cumplieron los criterios de inclusión y fueron considerados para realizar la revisión sistemática.

## Búsqueda Manual

Una vez seleccionadas las 40 investigaciones, se incluyeron de forma manual tres nuevos estudios. Estos artículos se extrajeron de Google Scholar utilizando referencias de investigaciones seleccionadas, sumando un total de 43 estudios la revisión sistemática. Finalmente, se concluyó la búsqueda sistemática con 61 documentos, tras el sumatorio de los 18 estudios que se obtuvieron previamente a la revisión. A continuación, se muestra en la figura 1 el diagrama de flujo.



**Figura 1**  
Diagrama de Flujo



## Resultados

Tras la lectura en profundidad y análisis de los datos aportados en los 61 estudios seleccionados, se utilizó para la composición de los resultados, información referida a: nombre completo del instrumento de medida y sus revisiones, autor/es, primer año de aparición/traducciones/instrumento original, número de ítems, formato de respuesta, escalas o subescalas que lo integran, contenido, dimensiones o factores explicitados, estimación de la fiabilidad y población para la que fue construido.

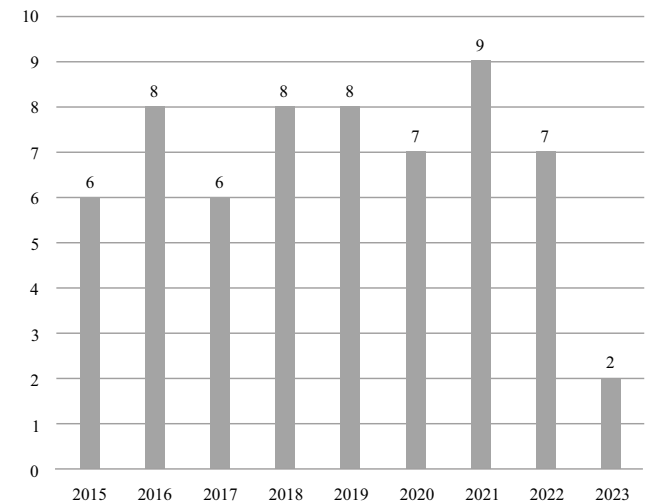
Los instrumentos recopilados se han agrupado en tres categorías: instrumentos que miden únicamente actitudes hacia la sexualidad (Tabla 1). Los 34 instrumentos en esta tipología se presentan en orden cronológico de publicación. En relación con el contenido/dimensiones/escalas/componentes/factores explicitados en los instrumentos, existe una gran variedad a pesar de que todos hacen referencia a la medida de las actitudes hacia la sexualidad. Instrumentos con subescalas o factores que miden actitudes hacia la sexualidad (Tabla 2) y se identificaron 19 escalas en esta categoría. Por último, instrumentos que miden las actitudes sexuales hacia un colectivo específico (Tabla 3), se identificaron 8 instrumentos que cumplen estos requisitos y se presentan de igual forma que en las categorías anteriores.

### Análisis Cronológico

A continuación, en la Figura 2, se muestra representado, en un diagrama de frecuencias, el número de escalas resultantes. Se observa que, en el año 2015, se validaron seis escalas; el siguiente año se validaron ocho, en 2017 se redujo a seis la producción; se mantuvo constante con ocho escalas en los dos años siguientes; en 2020, se validaron siete escalas; en 2021, se alcanzó el máximo con nueve escalas; en el año 2022, hubo un decrecimiento de dos escalas y en 2023 el número disminuye significativamente a dos. En resumen, hubo un período de crecimiento, siendo el 2021 el

año de mayor impacto a nivel de producción científica, seguido de una disminución abrupta en el número de escalas hasta la fecha.

**Figura 2**  
Análisis Cronográfico de los Resultados



### Análisis Bibliométrico

En la Figura 3 se plasma una representación gráfica de los resultados a modo de análisis bibliométrico. Se observa como en menor medida, un 13% de las escalas recopiladas en este estudio, son específicas de medición de actitudes sexuales para un colectivo concreto. En segundo lugar, se ha obtenido un 31% de instrumentos que contienen subescalas que miden actitudes hacia la sexualidad. En último lugar, se representan las escalas que miden únicamente actitudes hacia la sexualidad en un 56% del total de los resultados.

**Tabla 1**  
 Revisión de Instrumentos que Miden Únicamente Actitudes Hacia la Sexualidad

Título Autores/as y año de referencia	N.º de ítems Formato de respuesta	Contenido/Dimensiones/ Escalas/Factores y Fiabilidad	Objetivos y población explicitados
1. Asexuality Identification Scale (AIS-12) Yule et al. (2015)	12 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Contenidos:</i> atracción/deseo sexual, masturbación, fantasía sexual, erótica, angustia sexual, actividad sexual, identidad sexual, disgusto, excitación sexual, incapacidad para relacionarse, desinterés por el sexo, religión, evitación sexual, sexo e intimidad. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha > .98$ .	Medir la asexualidad. Población: personas mayores de edad.
2. Health Risk Behavior Questionnaire (HRBQ) Ezeokoli y Ofole (2015)	39 ítems Likert con 4 opciones: TA-TD.	<i>Contenidos:</i> actividades sexuales, predicción de riesgos para la salud, consumo de alcohol, agresividad y el tabaquismo. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha = .81$ .	Examinar el comportamiento respecto a las actividades sexuales, el consumo de alcohol, el tabaquismo y la agresividad. Población: estudiantes.
3. Sexual Communication Self-Efficacy Scale Morawska et al. (2015)	6 ítems Likert con 4 opciones (1=No del todo cierto y 6=Cierto la mayor parte del tiempo).	<i>Factores:</i> comunicación sexual y autoeficacia. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha = .77$ .	Evaluar prácticas parentales y la autoeficacia para educar a los niños sobre la sexualidad.
4. Prejudice Against Sexual and Gender Diversity Scale Brandelli et al. (2015)	18 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Factores:</i> prejuicios contra la diversidad sexual y prejuicios contra la diversidad de género. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha = .93$ .	Evaluar el prejuicio extremo de género y sexo específico del contexto. Población: jóvenes.
5. Escala de Conductas sobre Sexting (ECS) Chacón-López et al. (2018)	29 ítems Likert con 4 opciones.	<i>Factores y fiabilidad:</i> disposición activa hacia el sexting ( $\alpha = .80$ ), participación real en sexting ( $\alpha = .908$ ) y expresión emocional en sexting ( $\alpha = .86$ ).	Evaluar las conductas hacia el sexting. Población: jóvenes.
6. Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health Questionnaire (SA-SH) Areskoug-Josefsson et al. (2016)	22 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Factores y fiabilidad:</i> sentimientos actuales de comodidad ( $\alpha = .90$ ), futuro ambiente de trabajo ( $\alpha = .73$ ), miedo a la influencia de relaciones negativas ( $\alpha = .74$ ).	Medir las actitudes de los estudiantes hacia el tratamiento de la salud sexual en sus futuras profesiones.
7. Sexting Behavior Chang-Hun et al. (2016)	15 ítems Likert con 6 opciones (1= nunca y 6= más de 6 veces).	<i>Factores y fiabilidad:</i> comportamiento sexting propio ( $\alpha = .79$ ), comportamiento sexting con otros ( $\alpha = .90$ ) actitudes hacia el Sexting ( $\alpha = .83$ ) autocontrol ( $\alpha = .77$ ) vínculo social ( $\alpha = .84$ ).	Examinar la actitud hacia el sexting. Población: jóvenes.
8. Questionnaire to Measure Sexual Health Knowledge and Understanding (SHQ) Archayra et al. (2016)	18 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Factores y fiabilidad:</i> normas y creencias sobre salud sexual ( $\alpha = .93$ ), recursos de salud sexual ( $\alpha = .84$ ), conocimiento sobre salud sexual ( $\alpha = .83$ ) nivel de concienciación sobre salud sexual ( $\alpha = .78$ ).	Medir el entendimiento y conocimiento sobre salud sexual. Población: jóvenes.
9. Encuesta revisada de opinión sexual (EROS-8) Guerra et al. (2017)	8 ítems Likert con 7 opciones: TA-TD.	<i>Factores:</i> erotofilia y erotofobia. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha = .83$ .	Medir las actitudes sexuales. Población: adolescentes.
10. Sexual Myths Scale (SMS) Golbasi et al. (2016)	28 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Contenidos:</i> homosexualidad, tareas del hogar, satisfacción sexual, violencia sexual y sexualidad en la vejez. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha = .91$ .	Identificar mitos sexuales. Población: general.
11. Scale of Attitudes Toward Affective-Sexual Diversity (ADAS) Garrido-Hernansaiz et al. (2017)	27 ítems Likert con 4 opciones: TA-TD.	<i>Contenidos:</i> actitudes respecto a lo cognitivo, afectivo y comportamientos sexuales. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha = .94$ .	Conocer las actitudes hacia la diversidad afectivo-sexual. Población: Adolescentes.
12. Scale for the Assessment of Sexual Standards among Youth (SASSY) Emmerink et al. (2017)	19 ítems Likert con 6 opciones: TA-TD.	<i>Contenidos:</i> el doble estándar sexual. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha = .90$ .	Medir el doble estándar sexual entre adolescentes y adultos emergentes.
13. Revisión de la Escala Love Attitude Scale (ReLAS) Rodríguez-Santero et al. (2017)	22 ítems Likert con 6 opciones: TA-TD.	<i>Dimensiones y fiabilidad:</i> Ágape ( $\alpha = .71$ ), EROS ( $\alpha = .67$ ), Storge ( $\alpha = .67$ ), Manía ( $\alpha = .68$ ), Pragma ( $\alpha = .76$ ) y Ludus ( $\alpha = .68$ ).	Describir los estilos de amor que se dan entre la población juvenil de la Universidad de Sevilla.
14. Sexual Health Knowledge Test Evcili y Golbasi (2017)	40 preguntas de respuesta múltiple.	<i>Contenidos:</i> conocimientos de la sexualidad y aspectos relacionados con la salud sexual. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha = .88$ .	Identificar mitos sexuales. Población: general.
15. Escala de Autocuidado Sexual y Reproductivo Alimoradi et al. (2017)	74 ítems Likert con 6 opciones: TA-TD.	<i>Factores:</i> interacciones familiares, riesgo y autocuidado sexual y reproductivo, comportamientos con el sexo opuesto, comunicación, conocimiento sexual y menstruación. <i>Fiabilidad:</i> de $\alpha = .7$ a $\alpha = .9$ .	Medir el nivel de autocuidado personal sexual y reproductivo. Población: adolescentes.
16. Sexual Experience Scale (ASEX) Santos-Iglesias et al. (2017) Original McGahuey et al. (2000)	5 ítems Likert con 6 opciones.	<i>Contenidos:</i> deseo sexual, excitación, erección/lubricación vaginal, capacidad para alcanzar el orgasmo y satisfacción con el orgasmo. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha = .73$ .	Evaluar la disfunción sexual. Población: personas mayores de edad.

**Tabla 1**  
Revisión de Instrumentos que Miden Únicamente Actitudes Hacia la Sexualidad (Continuación)

17. Cuestionario sobre Conocimientos de Sexualidad Responsable en Jóvenes León-Larios y Gómez-Baya (2018)	8 ítems Escala dicotómica.	<i>Contenidos:</i> anticoncepción, sexualidad e infecciones de transmisión sexual. <i>Fiabilidad:</i> KR-20=.57.	Evaluar los conocimientos, prácticas y comportamientos sexuales de los jóvenes universitarios.
18. Scale of Myths about Sexuality Guerra et al. (2018)	27 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Factores:</i> intolerancia, sexualidades diferentes, amor romántico, mitos sexistas, mitos, anticoncepción y embarazo. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha=.88$ .	Evaluar la permanencia de los mitos sobre la sexualidad. Población: adolescentes.
19. Assessing Addictive Sex Behavior (BYSAS) Andreassen et al. (2018)	6 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Contenidos:</i> prominencia/ansia, estado de ánimo modificación, tolerancia, conflicto/problemas y recaída/pérdida de control. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha=.83$	Medir la adicción al sexo. Población: adultos.
20. Escala de Acoso Sexual en las Instituciones de Educación Superior (ASIES) Guarderas et al. (2018)	21 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Factores y fiabilidad:</i> acoso verbal ( $\alpha=.96$ ), acoso no verbal ( $\alpha=.98$ ), acoso físico ( $\alpha=.95$ ) y extorsión ( $\alpha=.89$ ).	Medir el acoso sexual en instituciones de educación superior.
21. Attitudes towards Sexual Behavior Pakarinen et al. (2019)	12 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Factores:</i> uso del preservativo, comunicación y aceptación en el su uso y obstáculos. <i>Fiabilidad:</i> de $\alpha=.51$ a $\alpha=.84$ .	Medir las actitudes frente al comportamiento sexual. Población: adolescentes.
22. Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire (IEMSSQ) Calvillo et al. (2020) Español: Sánchez-Fuentes et al. (2019)	9 ítems	<i>Dimensiones y Fiabilidad:</i> satisfacción sexual ( $\alpha=.93$ ) y satisfacción de la relación ( $\alpha=.95$ ).	Medir la invarianza entre orientación sexual y sexo. Población: adultos.
23. Actitudes hacia la Masturbación Rocha (2019)	30 ítems Likert con 4 opciones: TA-TD.	<i>Contenidos:</i> actitudes hacia la masturbación y mitos.	Conocer si los estudiantes de estaban de acuerdo o no con la masturbación.
24. Perceived Inclusivity of Sex Education Scale (PISES) Hobaica et al. (2019)	10 ítems Likert con 7 opciones: TA-TD.	<i>Factores:</i> esperanza, apoyo social y procesamiento emocional. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha=.93$ .	Explorar los aspectos asociados con la percepción de inclusión en la educación sexual entre las minorías. Población: general.
25. Comunicación Diádica Sexual Martínez-Huertas y Jastrzebska (2019) Original: Catania (1998)	13 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Contenidos:</i> sexo, duración de la relación de pareja y tipos de comunicación. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha=.87$ .	Medir la percepción de la comunicación con la pareja sobre comportamientos sexuales.
26. Attitude Towards Sexuality Scale (ASS-20) Moral y Valle (2020)	20 ítems	<i>Factores:</i> virginidad y condena de la pornografía, rechazo a la masturbación y al sexo. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha=.84$ .	Evaluar y estudiar la actitud hacia la sexualidad. Población: universitarios.
27. Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sexuales (CAPSEX) Sánchez-Hernández et al. (2020)	31 ítems Likert con 4 opciones y verdadero/ falso.	<i>Dimensiones y fiabilidad:</i> conocimientos ( $\alpha=.60$ ) actitudes ( $\alpha=.94$ ) y prácticas sexuales ( $\alpha=.70$ ).	Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de universitarios respecto a la sexualidad.
28. Romantic Love Myths Scale (SMRL) Bonilla-Algovia y Rivas-Rivero (2020)	11 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Contenidos:</i> mito de la media naranja, pasión eterna, matrimonio, pareja, omnipotencia, exclusividad, abnegación, celos y ambivalencia. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha=.80$ .	Medir la aceptación de los mitos románticos. Población: jóvenes
29. Cuestionario de Conducta Sexual Segura Hernández et al. (2020)	23 ítems	<i>Factores:</i> uso del preservativo, asertividad, riesgo, consumo de sustancias, sexo anal, fluidos corporales y comunicación. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha=.79$ .	Evaluar la conducta sexual segura en jóvenes universitarios chilenos.
30. Attitudes about Reproductive Health Kashefi et al. (2021)	16 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Contenidos:</i> actitudes hacia la salud reproductiva. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha=.89$ .	Predecir actitudes frente a la salud reproductiva. Población: jóvenes.
31. Sexual Health and Reproductive Scale (SRHS) Lee et al. (2022)	38 ítems Escala tipo dicotómica.	<i>Contenidos:</i> pubertad, enfermedades de transmisión sexual, prevención de abusos a menores, sistemas de reproducción y reproducción. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha=.81$ .	Medir los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva entre los alumnos de primaria de Malasia.
32. Attitudes towards Sexual Education Ademuyiwa et al. (2022)	10 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Contenidos:</i> actitudes hacia la sexualidad, uso del preservativo, orientación sexual y enfermedades de transmisión sexual. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha=.76$ .	Medir las actitudes hacia la educación sexual. Población: adolescentes.
33. Tecno-Adicción al Sexo Serrano (2022)	11 ítems Likert con 5 opciones (1= <i>nunca</i> y 5= <i>siempre</i> ).	<i>Contenidos:</i> inclinaciones tecno-voyeristas, tecno-exhibicionistas, y/o de tecno-masturbación compulsiva <i>Fiabilidad:</i> $\alpha=.91$	Medir la tecno-adicción al sexo en infanto-juveniles.
34. Parental Attitude and Health Beliefs Toward Sexuality Education Yeo y Lee (2023)	26 ítems Escala de puntuación de 1 a 10.	<i>Factores:</i> actitud hacia la educación sexual, beneficios percibidos, barreras percibidas y autoeficacia. <i>Fiabilidad:</i> $\alpha=.87$ .	Comprender la actitud hacia la educación sexual. Población: padres y madres.

Nota. TA-TD: totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo.  $\alpha$ : alfa de Cronbach (coeficiente de consistencia interna). N.º: número.

**Tabla 2**  
Revisión de Instrumentos con Subescalas que Miden Actitudes Hacia la Sexualidad

Título Autores y año de referencia	N.º de ítems Formato de respuesta	Contenido/Dimensiones Escalas/Factores y Fiabilidad	Objetivos y población explicitados
1. Self-Efficacy in Sexual Communication Scale (SCSES) Quinn-Nilas et al. (2015)	20 ítems. Likert de 4 opciones (1 = <i>muy difícil</i> , 4 = <i>muy fácil</i> ).	<i>Subescalas y fiabilidad</i> : comunicación anticonceptiva ( $\alpha=.89$ ), mensajes sexuales positivos ( $\alpha=.87$ ), mensajes sexuales negativos ( $\alpha=.88$ ), historia sexual ( $\alpha=.82$ ) y uso del preservativo ( $\alpha=.83$ ).	Examinar la autoeficacia en comunicación sexual. Población: jóvenes.
2. Sexuality Scale Español: Soler et al. (2016) Original: Snell y Papini 1989	15 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Subescalas y fiabilidad</i> : autoestima sexual ( $\alpha=.83$ ), depresión sexual ( $\alpha=.87$ ), y preocupación sexual ( $\alpha=.84$ ).	Conocer la percepción o aprecio acerca del comportamiento sexual. Población: adultos.
3. Sexual Satisfaction Scale Strizzi et al. (2016)	12 ítems Likert con 5 opciones (1= <i>No satisfecho</i> y 5= <i>Muy satisfecho</i> ).	<i>Subescalas y fiabilidad</i> : individual ( $\alpha=.88$ ) e interpersonal ( $\alpha=.87$ ).	Evaluar satisfacción sexual en población española. Población: adultos.
4. Double Sexual Estandar Scale (DES) Sierra et al. (2018) Original: Milhausen y Herold (2002)	16 ítems Likert con 3 opciones: TA-TD.	<i>Subescalas y fiabilidad</i> : aceptación de la libertad sexual ( $\alpha=.84$ ) y aceptación de la timidez sexual ( $\alpha=.87$ ).	Evaluar el doble estándar sexual. Población: adulta.
5. Male Sexual Pleasure Scale (EMSEX pleasure) Siegler et al. (2018)	11 ítems Likert con 7 opciones.	<i>Subescalas y fiabilidad</i> : placer general ( $\alpha=.89$ ) específico del uso del preservativo ( $\alpha=.84$ ).	Medir el placer sexual. Población: hombres.
6. Sexual Health Education Necessity Scale (SHENS) Rahmani et al. (2019)	9 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Subescalas</i> : efectos y principios de la educación sexual. <i>Fiabilidad</i> : $\alpha=.70$ .	Examinar el conocimiento sobre salud sexual. Población: mujeres jóvenes.
7. Pornography Consumption Effects Scale (PCES-14) Miller et al. (2019) Original: Hald y Malamuth (2008)	14 ítems Likert con 7 opciones.	<i>Subescalas</i> : actitudes hacia el sexo, la vida, efectos negativos, percepciones y actitudes hacia el género opuesto, efectos positivos, conocimiento sexual y vida sexual. <i>Fiabilidad</i> : $\alpha=.91$ .	Averiguar los efectos del consumo de pornografía. Población: adultos.
8. Online Sexual Activity Scale Gutiérrez-Puertas et al. (2020)	11 ítems Likert con 3 opciones: TA-TD.	<i>Subescalas</i> : actividades sexuales y relaciones online y satisfacción sexual. <i>Fiabilidad</i> : $\alpha=.92$ .	Explorar las actividades sexuales a través de internet y analizar la relación entre estas actividades y la satisfacción sexual. Población: jóvenes.
9. Adolescent Sexting Scale (A-SextS) Molla et al. (2020)	64 ítems Likert con 5 opciones (1= <i>nunca</i> y 5= <i>más de una vez al día</i> ).	<i>Subescalas</i> : envío de mensajes sexuales a la pareja, conocidos en persona, desconocidos, postear o hacer videos en directo de contenido sexual, pedir mensajes de índole sexual a la pareja, a conocidos en persona y desconocidos.	Medir las actitudes adolescentes hacia el sexting.
10. Sexual and Reproductive Empowerment Scale (SRWS) Upadhyay et al. (2021)	23 ítems Likert con 5 opciones.	<i>Subescalas y fiabilidad</i> : comunicación cómoda ( $\alpha=.84$ ), elegir pareja, matrimonio e hijos ( $\alpha=.81$ ), mantenimiento ( $\alpha=.83$ ), seguridad sexual ( $\alpha=.73$ ), amor propio ( $\alpha=.71$ ), enfoque al futuro ( $\alpha=.80$ ) y placer sexual ( $\alpha=.74$ ).	Evaluar el empoderamiento de los jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva. Población: general.
11. Escala para Medir el Nivel de Alfabetización en Salud Sexual y Reproductiva (AS-SR) Guerrero (2021)	60 ítems Likert con 5 opciones (1= <i>difícil</i> y 5= <i>fácil</i> ).	<i>Subescalas y fiabilidad</i> : acceder ( $\alpha=.94$ ), comprender ( $\alpha=.98$ ), evaluar ( $\alpha=.98$ ) y aplicar ( $\alpha=.97$ ).	Medir el nivel de alfabetización en salud sexual y reproductiva Población: jóvenes.
12. Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual Robles et al. (2021)	27 ítems Likert con cinco opciones: TA-TD.	<i>Subescalas y fiabilidad</i> : percepción del riesgo sobre conductas sexuales ( $\alpha=.93$ ), uso del preservativo ( $\alpha=.85$ ), conocimiento de los antecedentes sexuales de la pareja ( $\alpha=.82$ ) y fuentes de información ( $\alpha=.75$ ).	Evaluar la capacidad de los jóvenes para discernir qué conductas en el marco de la sexualidad podrían suponer un riesgo o una protección para su salud. Población: jóvenes.
13. Actitudes Hacia la Sexualidad Barragán-Pérez y Fouilloux-Morales (2021)	40 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	<i>Subescalas y fiabilidad</i> : expresiones sexuales no heterosexuales ( $\alpha=.91$ ), roles de género estereotipados ( $\alpha=.87$ ), uso de redes y violencia ( $\alpha=.83$ ), tipo de relaciones ( $\alpha=.77$ ), amor ( $\alpha=.75$ ), uso del preservativo ( $\alpha=.66$ ).	Conocer las actitudes hacia la sexualidad. Población: general.
14. Sexual Practices Scale Kotiuga et al. (2021)	27 ítems Escala dicotómica.	<i>Subescalas</i> : autoerotismo y prácticas sexuales en pareja.	Evaluar el rango de prácticas sexuales. Población: general.

**Tabla 2**  
Revisión de Instrumentos con Subescalas que Miden Actitudes Hacia la Sexualidad (Continuación)

15. Escala de Comportamientos de Sexting Rodríguez-Castro (2021)	9 ítems Likert con 5 opciones y escala dicotómica.	Subescalas: enviar fotos/vídeos y enviar mensajes de texto. Fiabilidad: $\alpha=.83$ .	Medir los comportamientos referidos al sexting en adolescentes.
16. Attitudes Toward Sexual Pleasure Kotiuga et al. (2021)	12 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	Subescalas: auto placer, placer en pareja y autoeficacia en el auto placer. Fiabilidad: de $\alpha=.78$ a $\alpha=.87$ .	Medir las actitudes frente al placer sexual. Población: general.
17. Sexual Consent Palermo et al. (2021)	15 ítems Escala dicotómica y preguntas abiertas.	Subescalas y fiabilidad: consentimiento sexual ( $\kappa=.93$ ), en relaciones ( $\kappa=.87$ ), propio ( $\kappa=.97$ ) e indicadores de consentimiento sexual para parejas ( $\kappa=.99$ ).	Medir el consentimiento sexual. Población: general.
18. Cuestionario de Infidelidad Rodríguez Góngora et al. (2022)	11 ítems Escala dicotómica.	Factores: autonomía y relaciones. Subescalas y fiabilidad: propia $\alpha=.86$ y pareja $\alpha=.88$ .	Medir las actitudes hacia la infidelidad en jóvenes españoles. Población: jóvenes.
19. Escala De Consentimiento Sexual Irizarry-Rodríguez et al. (2022)	9 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	Subescalas: obtención de consentimiento y solicitud de consentimiento. Fiabilidad: $\alpha=.79$ .	Medir el consentimiento sexual. Población: general.

Nota. TA-TD: totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo.  $\alpha$ : alfa de Cronbach (coeficiente de consistencia interna). N.º: número.

**Tabla 3**  
Revisión de Instrumentos que Miden Actitudes Sexuales Hacia un Colectivo Específico.

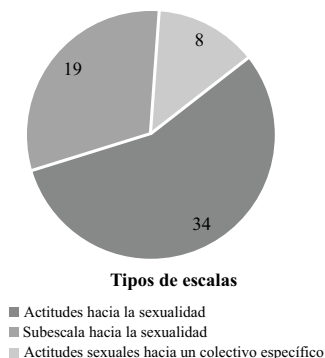
Título Autores/as y año de referencia	N.º de ítems Formato de respuesta	Contenido/Dimensiones Escalas/Factores y Fiabilidad	Población Objetivo	Objetivo explicitado
1. Escala de actitudes hacia la sexualidad en la vejez Melguizo-Herrera et al. (2015)	14 ítems Likert con 5 opciones (1= falso y 5= verdadero).	Factores: prejuicios y limitaciones. Fiabilidad: $\alpha=.85$ .	Personas mayores.	Medir las actitudes hacia la sexualidad en la vejez en adultos mayores.
2. Escala de Actitudes hacia la Sexualidad en Personas con Discapacidad Física Morell-Mengual et al. (2018)	15 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	Fiabilidad: $\alpha=.71$ .	Personas con discapacidad intelectual (DI).	Conocer las actitudes hacia el ámbito de la sexualidad de las personas con DI.
3. Sexual Self Schema Scale for Women (SSSS-W-PL) Nowosielski et al. (2018)	24 ítems. Likert de 5 opciones.	Factores y fiabilidad: romanticismo ( $\alpha=.74$ ), pasión ( $\alpha=.71$ ), agudeza directa ( $\alpha=.84$ ), vergüenza ( $\alpha=.61$ ).	Mujeres supervivientes de cáncer ginecológico o con historial de abusos sexuales.	Conocer cambios en el funcionamiento sexual.
4. The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19 (MSISQ-19) Nehrych et al. (2019) Original: Mohammadi et al. (2014)	19 ítems Likert con 5 opciones (1= nunca y 5= siempre).	Subescalas y fiabilidad: primaria ( $\alpha=.90$ ), secundaria ( $\alpha=.87$ ), and terciaria ( $\alpha=.91$ ).	Pacientes con esclerosis múltiple.	Evaluar la disfunción sexual en pacientes con esclerosis múltiple.
5. Escala de Orientación Sexual (SOS) Sagayaraj y Gopal (2020)	32 ítems Likert con 4 opciones (0=nunca y 3= siempre).	Dimensiones: heterosexual, homosexual, bisexual y asexual. Fiabilidad: de $\alpha=.71$ a $\alpha=.88$ .	Pacientes psicológicos.	Obtener información sobre la orientación sexual los clientes de consejeros prematrimoniales y los profesionales de la salud mental.
6. Cuestionario de Actitudes hacia el Ámbito de la Sexualidad de las Personas con TEA Manzone et al. (2022)	35 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	Dimensiones: sexualidad, relaciones, acoso o abuso sexual, maternidad/paternidad crianza, aborto, esterilización y de creencias generales. Fiabilidad: $\alpha=.87$ .	Pacientes con trastorno del espectro autista.	Conocer las actitudes de familiares y profesionales tienen hacia la sexualidad personas con trastorno del espectro autista.
7. Attitudes towards the Sexuality of Women with Intellectual Disabilities Rojas-Chaves et al. (2022).	10 ítems Likert con 4 opciones.	Factores: habilidad sexual, toma de decisiones, desinhibición y educación sexual y calidad de vida. Fiabilidad: $\alpha=.65$ .	Mujeres con discapacidad mental.	Conocer la percepción social sobre la sexualidad de mujeres con discapacidad mental.
8. Escala para medir el Acoso Sexual en la (SMSH) Gharbi et al. (2023)	13 ítems Likert con 5 opciones: TA-TD.	Dimensiones y Fiabilidad: alcance del riesgo ( $\alpha=.84$ ) peso de la cultura ( $\alpha=.81$ ) y actos de acoso sexual ( $\alpha=.82$ ).	Profesoras jóvenes universitarias.	Averiguar el acoso en la educación superior.

Nota. TA-TD: totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo.  $\alpha$ : alfa de Cronbach (coeficiente de consistencia interna). N.º: número.



Figura 3

Análisis Bibliométrico de los Resultados



### Discusión

El objetivo del estudio ha sido realizar una búsqueda sistemática de artículos que utilizaban o validaban escalas para medir actitudes hacia la sexualidad, con la intencionalidad de describir cuál es el objetivo de medición, qué se está midiendo y cómo funciona su medición para facilitar la búsqueda y selección de instrumentos para futuras investigaciones o cubrir ciertas necesidades como podría serlo una evaluación previa de conocimientos para valorar la necesidad de educación sexual o la adquisición de contenidos de una formación concreta.

Los resultados muestran una gran variedad de instrumentos con diferentes características que se han clasificado en las tres categorías mencionadas anteriormente. Tras un visionado global de esta investigación, se llega a la misma conclusión Blanc y Rojas (2017), el análisis de las escalas revela una diversidad significativa en cuanto a objetivos, contenidos, dimensiones, componentes, escalas y factores explícitos. Además, se dirigen a poblaciones diversas, lo que está estrechamente vinculado con la existencia de múltiples definiciones de la sexualidad.

En definitiva, se han identificado herramientas de carácter heterogéneo para evaluar las actitudes hacia la sexualidad. Desde una perspectiva cronológica, se puede observar un cambio, que ha influido en los comportamientos sexuales a los que se hace referencia, dándose a tener en cuenta, la aparición de instrumentos que relacionan la sexualidad con las nuevas tecnologías, mostrando una expansión hacia una nueva dimensión de la sexualidad, así como la adicción a la misma. También, se han construido nuevas escalas diseñadas para atender las necesidades de especialistas y recabar información sobre las características sexuales de personas discapacitadas y mayores, o que han padecido y/o padecen alguna enfermedad o están en una situación vulnerable. Esto refleja la atención de las necesidades de minorías de la población respecto a las actitudes hacia la sexualidad y la ampliación del concepto de sexualidad.

Aunque se mencionan conceptos relacionados con la sexualidad, la variedad de escalas encontradas revela que no siempre se mide lo mismo. Los resultados del análisis son coherentes con definiciones amplias y poco precisas de la sexualidad, así como con las escasas definiciones explícitas del constructo. Además, se destacan conceptos que se utilizan al medir las actitudes hacia la sexualidad, como la permisividad, adicción y consentimiento sexual y la erotofobia-erotofilia. Dentro de este conjunto heterogéneo y

difícil de delimitar, no solo es necesario analizar los instrumentos de medición, sino que también, se debería establecer una definición más precisa de las actitudes hacia la sexualidad que pueda ser ampliamente consensuada por los expertos en el tema.

### Limitaciones

- Falta de datos específicos en validaciones: la ausencia de datos específicos, como la fiabilidad, validez o el tipo de escala, supone un vacío de información, dejando varios apartados de la revisión incompletos. En consecuencia, es difícil evaluar la calidad y la aplicabilidad de las escalas en diferentes contextos.
- Acceso limitado a los instrumentos: en la mayoría de investigaciones no se proporciona acceso a los instrumentos, no aparecen en el artículo o no están anexados. Si los investigadores desean utilizar estas escalas, deben contactar con los autores. Esto, supone un obstáculo para la replicación y comparación entre estudios.
- Desafíos éticos en la búsqueda de información sobre sexualidad mediante inteligencia artificial: se ha comprobado que las inteligencias artificiales, a veces, detectan la búsqueda de información sobre sexualidad como un uso no ético, cuando esto sucede, la IA no responde, limitando el abanico de resultados.

### Conflicto de Interés

Los autores de este artículo declaran que no existe conflicto de intereses (CdI) que puedan haber influido en los resultados presentados.

### Referencias

Nota: Con asterisco marcados los trabajos incluidos en la revisión.

- \*Ademuyiwa, I. Y., Ayamolowo, S. J., Oshinyemi, T. E. y Oyeku, K. (2022). Knowledge and attitude of sex education among secondary school students in south-western Nigeria: A cross-sectional study [Conocimiento y actitud sobre la educación sexual entre estudiantes de secundaria en el suroeste de Nigeria: un estudio transversal]. *Dialogues In Health*, 2, 100085. <https://doi.org/10.1016/j.dialog.2022.100085>
- \*Andreassen, C. S., Pallesen, S., Griffiths, M. D., Torsheim, T. y Sinha, R. (2018). The development and validation of the Bergen-Yale Sex Addiction Scale with a large national sample [El desarrollo y validación de la Escala de Adicción al Sexo de Bergen-Yale con una gran muestra nacional]. *Frontiers in Psychology*, 9(144),1-15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00144>
- Anónimo (sf). *Elicit AI* (January version) [Investigation assistant] <https://elicit.com/?workflow=table-of-papers>
- \*Alimoradi, Z., Kariman, N., Ahmadi, F. y Simbar, M. (2017). Preparation for sexual and reproductive self-care in Iranian adolescent girls: a qualitative study [Preparación para el autocuidado sexual y reproductivo en adolescentes iraníes: un estudio cualitativo]. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 30(1), 20160094. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0094>
- Arbeláez-Campillo, D. F., Villasmil, J. J. y Rojas-Bahamón, M. J. (2021). Inteligencia artificial y condición humana: ¿Entidades contrapuestas o fuerzas complementarias? *Revista de Ciencias Sociales (VE)*, 27(2), 1-12. <https://doi.org/10.31876/rcs.v27i2.35937>

- \*Archayra, D. R., Thomas M. y Cann, R. (2016). Validation of a questionnaire to measure sexual health knowledge and understanding (Sexual Health Questionnaire) in Nepalese secondary school: A psychometric process [Validación de un cuestionario para medir el conocimiento y la comprensión de la salud sexual (Sexual Health Questionnaire) en la escuela secundaria de Nepal: un proceso psicométrico]. *J Educ Health Promot*, 23(5),18. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.184560>
- \*Areskoung-Josefsson, K., Päivi, G. G., Rolander, B. y Larsson, A. (2016). Health care students' attitudes toward addressing sexual health in their future profession: validity and reliability of a questionnaire [Actitudes de los estudiantes de salud hacia el abordaje de la salud sexual en su futura profesión: validez y confiabilidad de un cuestionario]. *International Journal of Sexual Health*, 28(3), 243-250. <https://doi.org/10.1080/19317611.2016.1199453>
- Arias, P. (2024). Conocimientos del programa de sexualidad y afectividad del estudiantado de nuevo ingreso de la universidad de costa rica (Occidente). *Revista Educación*, 48(1), 1-20. <http://doi.org/10.15517/revedu.v48i1.53999>
- Ayuso, D. y Serrano, L. (2018). *Enfermería familiar y comunitaria: la atención enfermera a la salud sexual, reproductiva y de género*. Díaz de Santos.
- Ballester, L. y Orte, C. (2019). *Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales*. Ediciones Octaedro.
- \*Barragán-Pérez, V. y Fouilloux-Morales C. (2021). Generaciones centennial y milenial: actitudes hacia la sexualidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 19(3), 94-117. <https://doi.org/10.11600/ricsnj.19.3.4609>
- Bejarano, M. T. y Mateos, A. (2016). La educación afectivo-sexual en el sistema educativo español: análisis normativo y posibilidades de investigación. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 10(6), 1507-1522. <https://doi.org/10.21723/riaee.v10i6.8334>
- Blanc, A. y Rojas, A. J. (2017). Instrumentos de medida de actitudes hacia la sexualidad: una revisión bibliográfica sistemática. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - E Avaliação Psicológica*, 43(1), 17-32. [https://doi.org/10.21865/riedep43\\_17](https://doi.org/10.21865/riedep43_17)
- \*Bonilla-Algovia, E. y Rivero, E. R. (2020). Diseño y validación de la escala de mitos del amor romántico. *Revista Iberoamérica de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 57(4), 119-136. <https://doi.org/10.21865/riedep57.4.09>
- Bourke, A., Boduszek, D., Kelleher, C., McBride, O. y Morgan, K. (2014). Sex education, first sex and sexual health outcomes in adulthood: Findings from a nationally representative sexual health survey [Educación sexual, primera relación sexual y resultados de salud sexual en la edad adulta: resultados de una encuesta de salud sexual representativa a nivel nacional]. *Sex Education*, 14(3), 299-309. <https://doi.org/10.1080/14681811.2014.887008>
- \*Brandelli, A., Oliva, R., Seger, E., Pasley, A. y Caetano, H. (2015). Prejudice toward gender and sexual diversity in a brazilian public university: prevalence, awareness, and the effects of education [Prejuicio hacia el género y la diversidad sexual en una universidad pública brasileña: prevalencia, conciencia y efectos de la educación]. *Sexuality Research & Social Policy/Sexuality Research and Social Policy*, 12(4), 261-272. <https://doi.org/10.1007/s13178-015-0191-z>
- Camacho-López, S. M., Martínez, J. F., Padrón, A., Chávez, L. C., Rivera, E. E. y Martínez, A. (2024). Las dimensiones del sexo y la teoría de los holones como modelo sistémico de la sexualidad. *Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula*, 11(21), 22-29. <https://doi.org/10.29057/esat.v11i21.11445>
- \*Calvillo, C., Del Mar Sánchez-Fuentes, M., Carreño, T. P. y Sierra, J. C. (2020). Validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire in adults with a same-sex partner [Validación del Modelo de Intercambio Interpersonal del Cuestionario de Satisfacción Sexual en adultos con pareja del mismo sexo]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(2), 140-150. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.005>
- Calvo, S. (2021). Educación sexual con enfoque de género en el currículo de la educación obligatoria en España: avances y situación actual. *Educación XXI*, 39(1), 281-304. <https://doi.org/10.6018/educatio.469281>
- \*Catania, J. A. (1998). Dyadic Sexual Communication Scale. En C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer y S. L. Davis (dirs.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 129-131). Londres: Sage.
- \*Chacón-López, H., Romero-Barriga, J. F. y Caurcel-Cara, M. J. (2018). Adaptación y validación de la escala de conductas sobre sexting para adolescentes (ECS). *Profesorado*, 22(3), 375-390. <https://doi.org/10.30827/profesorado.v22i3.8007>
- \*Chang-Hun, L., Moak, S. y Walker, J. (2016). Effects of self-control, social control, and social learning on sexting behavior among south korean youths [Efectos del autocontrol, el control social y el aprendizaje social sobre el comportamiento de sexting entre los jóvenes surcoreanos]. *Youth & Society*, 48(2), 242-264. <https://doi.org/10.1177/0044118x13490762>
- \*Emmerink, P. M. J., Van den Eijnden, R. J. J. M., Ter Bogt, T. F. M. y Vanwesenbeeck, I. (2017). A scale for the assessment of sexual standards among youth: psychometric properties [Una escala para la evaluación de los estándares sexuales entre los jóvenes: propiedades psicométricas]. *Arch Sex Behav*, 46(6), 1699-1709. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1001-x>
- \*Evcili, F. y Golbasi, Z. (2017). Sexual myths and sexual health knowledge levels of Turkish university students [Mitos sexuales y niveles de conocimiento sobre salud sexual de estudiantes universitarios turcos]. *Sexuality & Culture*, 21(4), 976-990. <https://doi.org/10.1007/s12119-017-9436-8>
- \*Ezeokoli, R. y Ofole, N. (2015). Measured effect of sexual activities, alcohol consumption, smoking and aggression on health risk of students in rural communities in Ikenne, Nigeria [Efecto medido de las actividades sexuales, el consumo de alcohol, el tabaquismo y la agresión sobre el riesgo para la salud de los estudiantes en comunidades rurales de Ikenne, Nigeria]. *Journal Of Education and Practice*, 6(23), 30-35. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1079028.pdf>
- Fernández-Fernández, D. y Calvo-González, S. (2022). Diagnóstico educativo en el grado en pedagogía de la Universidad de Oviedo: Educación sexual como contenido curricular explícito. *Educare*, 26(2), 1-22. <https://doi.org/10.15359/ree.26-2.21>
- Fernández, D., Calvo, S. y Maroto, J. L. (2023). La educación sexual como contenido curricular en la formación inicial del profesorado. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 12(2), 171-190. <https://doi.org/10.15366/riejs2023.12.2.010>
- Forero-Corba, W., y Bennásar, F. N. (2023). Técnicas y aplicaciones del Machine Learning e Inteligencia Artificial en educación: una revisión sistemática. *RIED: Revista Iberoamericana de Educación A Distancia*, 27(1), 209-253. <https://doi.org/10.5944/ried.27.1.37491>
- \*Garrido-Hernansaiz, H., Martín-Fernández, M., Castaño-Torrijos, A. y Cuevas, I. (2017). Development and validation of the ADAS Scale and Prediction of Attitudes Toward Affective-Sexual Diversity Among Spanish secondary students [Desarrollo y validación de la escala ADAS y predicción de actitudes hacia la diversidad afectivo-sexual en estudiantes de secundaria españoles]. *J Homosex*, 65(8),1032-1050. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1364951>
- \*Gharbi, H. y Sobaih, A. E. (2023). Developing and validating a scale for measuring sexual harassment in higher education [Desarrollar y validar una escala para medir el acoso sexual en la educación superior]. *Dirasat*.

- Human and Social Sciences*, 50(1), 186-198. <https://doi.org/10.35516/hum.v50i1.4399>
- \*Golbasi, Z., Evcili, F., Eroglu, K. y Bircan, H. (2016). Sexual Myths Scale (SMS): development, validity and reliability in Turkey [Escala de Mitos Sexuales (SMS): desarrollo, validez y confiabilidad en Turquía]. *Sexuality And Disability*, 34(1), 75-87. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9430-3>
- Gontijo, M. C. A., De Araújo, R. F. y Rodríguez, C. T. (2021). Impacto académico y social de la investigación sobre Inteligencia Artificial: análisis basado en la base de datos. *Dimensions. Revista General de Información y Documentación*, 31(2), 719-734. <https://doi.org/10.5209/rgid.79465>
- \*Guarderas, P., Larrea, M., Cuví, J., Vega, C., Reyes, C., Bichara, T., Ramírez, G., Paula, Ch., Pesantez, L., Iñiguez, A. L., Ullauri, K., Aguirre, A., Almeida, M. y Arteaga, E. (2018). Acoso sexual en las universidades ecuatorianas: validez de contenido de un instrumento de medición. *Alteridad*, 13(2), 214-226. <https://doi.org/10.17163/alt.v13n2.2018.05>
- \*Guerrero, J. (2021). Diseño y validación de contenido de escala de alfabetización en salud sexual y reproductiva. *Revista de Salud Pública*, 26(2), 19-30. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.34244>
- \*Guerra, C., Del Río, F. J., Cabello, F. y Morales, I. (2018). Creation and validation of a scale of sexuality for adolescents: Scale of Myths about Sexuality [Creación y validación de una escala de sexualidad para adolescentes: Escala de Mitos sobre la Sexualidad]. *Revista Internacional de Andrología*, 17(4), 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2018.06.001>
- \*Guerra, C., Del Río, F. J., Morales, I. y Cabello, F. (2017). Validación de la versión reducida para adolescentes de la Encuesta revisada de opinión sexual. *Revista Internacional de Andrología*, 15(4), 135-140. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2016.10.006>
- \*Gutiérrez-Puertas, L., Márquez-Hernández, V., Gutiérrez-Puertas, V., Granados-Gómez, G., Rodríguez-García, M. C. y Aguilera-Manrique, G. (2020). Online sexual activities among university students: relationship with sexual satisfaction [Actividades sexuales en línea entre estudiantes universitarios: relación con la satisfacción sexual]. *Anales de Psicología*, 36(1), 166-172. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.36.1.353761>
- \*Hald, G. M., y Malamuth, N. M. (2008). Self-perceived effects of pornography consumption. *Archives of sexual behavior*, 37(4), 614-25. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9212-1>
- \*Hernández, A., Vásquez, M. A., Jiménez-Paneque, R. y Zapata, C. A. (2020). Adaptación cultural y evaluación psicométrica del cuestionario de conducta sexual segura en jóvenes universitarios chilenos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(6), e2976. <https://goo.su/IPOsUtv>
- \*Hobaica, S., Keiser, G. H. y Kwon, P. (2019). Sex education inclusivity and sexual minority health: the perceived inclusivity of sex education scale [Inclusión de la educación sexual y salud de las minorías sexuales: la inclusión percibida de la escala de educación sexual]. *American Journal Of Sexuality Education*, 14(3), 388-415. <https://doi.org/10.1080/15546128.2019.1600448>
- Holguín, Y. P., Mendoza, L. A., Esquivel, C. M., Sánchez, R., Daraviña, A. F. y Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(3), 209-219. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000300007>
- \*Irizarry-Rodríguez, A., Esteban, C., González-Rivera, J. A. y Olavarría, C. R. (2022). Desarrollo y validación de la escala de consentimiento sexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 33(2), 318-332. <https://doi.org/10.55611/rep.3302.09>
- \*Kashefi, F., Bakhtiari, A., Pasha, H., Amiri, F. N. y Bakouei, F. (2021). Student attitudes about reproductive health in public universities: a cross-sectional study [Actitudes de los estudiantes sobre la salud reproductiva en universidades públicas: un estudio transversal]. *International Quarterly Of Community Health Education*, 41(2), 133-142. <https://doi.org/10.1177/0272684x20916599>
- Ketting, E., Brockschmidt, L. e Ivanova, O. (2021). Investigating the ‘C’ in CSE: Implementation and effectiveness of comprehensive sexuality education in the WHO European region [Investigando la ‘C’ en EIS: Implementación y eficacia de la educación sexual integral en la región europea de la OMS]. *Sex Education*, 21(2), 133-147. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1766435>
- \*Kotiuga, J., Yampolsky, M. A. y Martin, G. (2021). Adolescents’ perception of their sexual self, relational capacities, attitudes towards sexual pleasure and sexual practices: a descriptive analysis [Percepción de los adolescentes sobre su yo sexual, capacidades relacionales, actitudes hacia el placer sexual y prácticas sexuales: un análisis descriptivo]. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(3), 486-498. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01543-8>
- \*Lee, S., Yeo, K. J. y Handayani, L. (2022). Development and validation of a sexual and reproductive health knowledge scale [Desarrollo y validación de una escala de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva]. *International Journal of Public Health Science*, 11(3), 815-822. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v11i3.21570>
- \*León-Larios, F. y Gómez-Baya, D. (2018). Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. *Revista Española de Salud Pública*, 92, e1-e15.
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre (LOMLOE), por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 340, de 30 de diciembre de 2020. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3>
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. *Boletín Oficial del Estado*, 215, de 7 de septiembre de 2022. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2022/09/06/10/con>
- Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 51, de 1 de marzo de 2023. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1/con>
- Lopezosa, C. (2023). La Inteligencia artificial generativa en la comunicación científica: retos y oportunidades. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*, 5(1), 1-5. <https://doi.org/10.46634/riics.211>
- \*Manzone, L., Gómez, C., Luís, J., Delauno, M., Conde, S. y Santamaría, R. (2022). Sexualidad y afectividad en personas con trastorno del espectro autista: Perspectivas de familiares y profesionales. *Revista de Ciencias Sociales*, 28(3), 376-389. <https://doi.org/10.31876/rsc.v28i3.38481>
- \*Martínez-Huertas, J. A. y Jastrzebska, O. (2019). Adaptación española de la escala “Comunicación diádica sexual”. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 27(2), 311-324.
- Martínez-Álvarez, J. L., Vicario, I., González, E. e Ilabaca, P. (2014). Educación sexual en España: Importancia de la formación y las actitudes del profesorado. *Infancia y Aprendizaje*, 37(1), 117-148. <https://doi.org/10.1080/02103702.2014.881652>
- \*McGahuey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C. A., Moreno, F. A., Delgado, P. L., McKnight, K. M., & Manber, R. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *Journal of sex & marital therapy*, 26(1), 25-40. <https://doi.org/10.1080/009262300278623>
- \*Melguizo-Herrera, E., Álvarez-Romero, Y., Cabarcas-Mendoza, M. V., Calvo-Rodríguez, R. S., Flórez-Almanza, J., Moadie-Contreras, O. P. y Campo-Arias, A. (2015). Validez y confiabilidad del cuestionario de actitudes hacia la sexualidad en la vejez en adultos mayores en Cartagena, Colombia.

- Revista Colombiana de Psiquiatría, 44(2), 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.02.003>
- Microsoft (2024). Copilot IA (February version) [Conversational Chat]. <https://www.bing.com/search?q=Bing%20AIyshowconv=1yform=MG0AUO>
- Mijatović, D. (2020). Una educación sexual integral protege a los niños y a las niñas, y ayuda a construir una sociedad más segura e inclusiva. Consejo de Europa. <https://goo.su/zrjNkb>
- \*Milhausen, R. R., Herold, E. S. (2002). Reconceptualizing the Sexual Double Standard. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 13(2), 63–83. [https://doi.org/10.1300/J056v13n02\\_05](https://doi.org/10.1300/J056v13n02_05)
- \*Miller, D.J., Kidd, G. y Hald, G.M. (2019). measuring self-perceived effects of pornography: a short-form version of the Pornography Consumption Effects Scale [Medir los efectos autopercebidos de la pornografía: una versión abreviada de la Escala de efectos del consumo de pornografía]. *Arch Sex Behav*, 48(3),753-761. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1327-z>
- Miralles, C., Cardona, M. C. y Chiner, E. (2020). La perspectiva de género en la formación inicial docente: estudio descriptivo de las percepciones del alumnado. *Educación XXI*, 23(2), 231-257. <https://doi.org/10.5944/educXXI.23899>
- \*Mohammadi, K., Rahnama, P., Montazeri, A. y Foley, F. W. (2014). The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19: reliability, validity, and factor structure of the Persian version [Cuestionario de intimidad y sexualidad de esclerosis múltiple-19: confiabilidad, validez y estructura factorial de la versión persa]. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(9), 2225-2231. <https://doi.org/10.1111/jsm.12531>
- \*Molla, C., Nájera, P., López-González, E. y Losilla, J. M. (2020). Development and validation of the Adolescent Sexting Scale (A-SextS) with a Spanish sample [Desarrollo y validación de la Escala de Sexting en Adolescentes (A-SextS) con muestra española]. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8042. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218042>
- Montero, A. (2011). Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. *Revista Médica de Chile*, 139(10), 1249-1252. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001000001>
- \*Moral, J. y Valle, A. (2020). Validation of the attitude towards sexuality scale in two samples of university students [Validación de la escala de actitud hacia la sexualidad en dos muestras de estudiantes universitarios]. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 12(4), 131-151. <https://doi.org/10.5897/ijpc2020.0628>
- \*Morawska, A., Walsh, A., Grabski, M. y Fletcher, R. (2015). Parental confidence and preferences for communicating with their child about sexuality [Confianza de los padres y preferencias para comunicarse con sus hijos sobre sexualidad]. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 15(3), 235-248. <https://doi.org/10.1080/14681811.2014.996213>
- \*Morell-Mengual, V., Gil-Llario, M. D., Díaz-Rodríguez, I. y Caballero-Gascón, L. (2018). Actitudes de padres, profesionales y población general hacia la sexualidad de las personas con discapacidad física e intelectual. *INFAD*, 4(1), 173. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1040>
- Naciones Unidas (2018), La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago.
- \*Nehrych, O., Pyrohova, V., Portnoy, J., Stimmel, M., Foley, F. y Nehrych, T. (2019). The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19: validation and adaptation for Ukrainian population [Cuestionario de intimidad y sexualidad de esclerosis múltiple-19: validación y adaptación para la población ucraniana]. *International Neurological Journal*, 5(107), 19-25. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.5.107.2019.176702>
- \*Nowosielski, K., Jankowski, K. S., Kowalczyk, R., Kurpisz, J., Normantowicz-Zakrzewska, M. y Krasowska, A. (2018). Sexual Self-Schema Scale for Women-validation and psychometric properties of the Polish version [Escala de autoesquema sexual para mujeres: validación y propiedades psicométricas de la versión polaca]. *Sexual Medicine*, 6(2), 131-142. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2017.12.002>
- Salem y Olson (2022). *Consensus AI* (January version) [Data processor] <https://consensus.app/search/>
- Sandoval-Sánchez, V. A. y García-Mera, L. C. (2021). El uso de herramientas de comunicación digital como estrategia de educación sexual para jóvenes universitarios. *Reflexiones Pedagógicas*, 25, 1-12. [https://doi.org/10.12804/issne.2500-6150\\_10336.30853\\_ceilp](https://doi.org/10.12804/issne.2500-6150_10336.30853_ceilp)
- Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2023). Oficina Regional de la OMS para Europa y BZgA-Normas para la educación sexual en Europa: Marco para los responsables de la formulación de políticas, las autoridades y los especialistas en educación y salud. [https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user\\_upload/BZgA\\_Standards\\_Spanish.pdf](https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/BZgA_Standards_Spanish.pdf)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews [La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para informar revisiones sistemáticas]. *The BMJ*, 71, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- \*Pakarinen, M., Kylmä, J., Helminen, M. y Suominen, T. (2019). Attitudes, knowledge and sexual behavior among Finnish adolescents before and after an intervention [Actitudes, conocimientos y comportamiento sexual entre adolescentes finlandeses antes y después de una intervención]. *Health Promotion International*, 35(4), 821-830. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz074>
- \*Palermo, A., Harkins, L. y Campbell, A. (2021). Do I really need to ask for a kiss? university students' perspectives and expressions of sexual consent [¿Realmente necesito pedir un beso? Perspectivas y expresiones de consentimiento sexual de estudiantes universitarios]. *Sexuality & Culture*, 26(1), 249-267. <https://doi.org/10.1007/s12119-021-09889-8>
- Prendes, M. P. y Córdón, O. (20 de octubre, 2023), *Retos y oportunidades de la Inteligencia Artificial en la docencia universitaria* [Conferencia]. Facultad de Derecho, Universidad de Huelva.
- \*Quinn-Nilas, C., Milhausen, R. R., Breuer, R., Bailey, J., Pavlou, M., DiClemente, R. J. y Wingood, G. M. (2015). Validation of the Sexual Communication Self-Efficacy Scale [Validación de la Escala de Autoeficacia en Comunicación Sexual]. *Health Education & Behavior*, 43(2), 165-171. <https://doi.org/10.1177/1090198115598986>
- \*Rahmani, A., Nithyanantham, V., Fallahi, A., Allahqoli, L. y Sadeghi, N. (2019). Development and psychometric assessment of the sexual health education necessity scale: An exploratory mixed method study [Desarrollo y evaluación psicométrica de la escala de necesidad de educación en salud sexual: un estudio exploratorio de método mixto]. *Med J Islam Repub Iran*, 33(7), 1-9. <https://doi.org/10.34171/mjiri.33.94>
- \*Robles, J. L., Aranda, M. P. y Montes-Berges, B. (2021). Diseño y validación de la Escala de Percepción del Riesgo para Conducta Sexual en jóvenes ecuatorianos. *Suma Psicológica*, 29(1), 48-58. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2022.v29.n1.5>
- \*Rocha, T. N. (2019). Actitudes hacia la masturbación. *Revista de Estudiantes de Psicología*, 4, 16-21.
- \*Rodríguez-Castro, Y., Ruido, P. A., Fernández, A. G., Fernández, M. L. y Faílde-Garrido, J. (2021). Validación de la Escala de Comportamientos



- de Sexting en Adolescentes: Prevalencia y consecuencias asociadas. *Psicología Educativa: Revista de los Psicólogos de la Educación*, 27(2), 177-185. <https://doi.org/10.5093/psed2021a9>
- \*Rodríguez, J. R., Rodríguez, J. A. R., Rodríguez, J. C. R. y Peña-Muñante, G. S. (2022). Construcción de un cuestionario de infidelidad y validación en jóvenes españoles. *Know and Share Psychology*, 3(1), 67-86. <https://doi.org/10.25115/kasp.v3i1.7897>
- \*Rodríguez-Santero, J., García-Carpintero, M. A. y Porcel-Gálvez, A. M. (2017). Los estilos de amor en estudiantes universitarios. Diferencias en función del sexo-género. *Revista Internacional de Sociología*, 75(3), e073. <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.3.15.171>
- \*Rojas-Chaves, M., Matheu, M. L., Castro-Luna, G., Carreño, T. P. y Nievas-Soriano, B. J. (2022). Validation of a Scale on Society's Attitudes towards the Sexuality of Women with Intellectual Disabilities-Survey Study [Validación de una escala sobre las actitudes de la sociedad hacia la sexualidad de las mujeres con discapacidad intelectual: estudio de encuesta]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13228. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013228>
- \*Sagayaraj, K., y Gopal, C. N. R. (2020). Development of Sexual Orientation Scale [Escala de Desarrollo de Orientación Sexual]. *Journal of Psychosexual Health*, 2(4), 224-232. <https://doi.org/10.1177/2631831820939807>
- \*Sánchez-Fuentes, M. M., Moyano, N., Granados, R., y Sierra, J. C. (2019). Validation of the Spanish Version of the Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) Using Self-Reported and Physiological Measures. *Revista Iberoamericana de Psicología*
- \*Sánchez-Hernández, Y., Crisol-Moya, E. y León-Guerrero, M. J. (2020). Diseño y validación del cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sexuales en jóvenes universitarios CAPSEX. *Revista Espacios*, 41(39), 163-182.
- \*Santos-Iglesias, P., Castro, Á., Barbosa, M., y Nobre, P. J. (2017). Arizona Sexual Experience Scale-Spanish Version (ASEX) [Escala de Experiencia Sexual de Arizona-Versión en Español (ASEX)]. *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t63423-000>
- \*Serrano, O. (2022). Datos sobre propiedades psicométricas y diagnósticas de una escala: tecno-adicción al sexo en infanto-juveniles españoles. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 89-104. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2022.n1.v1.2320>
- \*Siegler, A. J., Boos, E., Rosenberg, E. S., Cecil, M. P. y Sullivan, P. S. (2018). Validation of an event-level, male sexual pleasure scale (EMSEXpleasure) among condom-using men in the U.S. [Validación de una escala de placer sexual masculino a nivel de evento (EMSEXpleasure) entre hombres que usan condones en los EE. UU.]. *Archives of Sexual Behavior*, 47(6), 1745-1754. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1103-5>
- \*Sierra, J. C., Moyano, N., Vallejo-Medina, P. y Berrocal, C. (2018). An abridged Spanish version of Sexual Double Standard Scale: Factorial structure, reliability and validity evidence [Versión abreviada en español de la Escala Doble Estándar Sexual: Estructura factorial, confiabilidad y evidencia de validez]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 69-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.05.003>
- \*Snell, W. E., & Papini, D. R. (1989). The sexuality scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*, 26, 256-263. <http://dx.doi.org/10.1080/00224498909551510>
- \*Soler, F., Lugo, M. G., Espada, J. P., Morales, A., Sierra, J. C., Bertrand, L. M. y Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation and validation of the Brief Sexuality Scale in Colombian and Spanish populations [Adaptación y validación de la Escala Breve de Sexualidad en población colombiana y española]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 343-356.
- \*Strizzi, J., Fernández-Agís, I., Alarcón-Rodríguez, R. y Parrón-Carreño, T. (2016). Adaptation of the New Sexual Satisfaction Scale-Short Form into Spanish [Adaptación al español de la Nueva Escala de Satisfacción Sexual-Forma corta]. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(7), 579-588. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1113580>
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. (UNESCO), United Nations International Children's Emergency Fund. (UNICEF), Banco Mundial., United Nations Fund for Population Activities. (UNFPA), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (PNUD), Organización de Naciones Unidas. (ONU) y Mujeres Alto Comisionado para los Refugiados. (ACNUR) (2016). *Educación 2030: Declaración de Incheon y Marco de Acción para la realización del Objetivo Sostenible 4. Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos*. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656_spa)
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. (UNESCO) (2022). *El camino hacia la educación integral en sexualidad. Informe sobre la situación en el mundo*. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000377963\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000377963_spa)
- \*Upadhyay, U. D., Danza, P. Y., Neilands, T. B., Gipson, J. D., Brindis, C. D., Hindin, M. J., Foster, D. G. y Dworkin, S. L. (2021). Development and validation of the Sexual and Reproductive Empowerment Scale for Adolescents and Young Adults [Desarrollo y validación de la Escala de Empoderamiento Sexual y Reproductivo para Adolescentes y Adultos Jóvenes]. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 68(1), 86-94. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.05.031>
- Valero, R. y López, E. (2013). Modelos de intervención en sexología. *Informacio Psicológica*, 103, 31-45. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/54>
- Vargas, E., Henaó, J. y González, C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 49-63. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/236>
- Velázquez, S. (2013). Unidad 2. Sexualidad Humana. Programa Institucional Actividades de Educación para una vida saludable. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- \*Yeo, K. J. y Lee, S. H. (2023). Development and validation of an instrument to measure parental attitude and health beliefs toward sexuality education [Desarrollo y validación de un instrumento para medir la actitud de los padres y las creencias de salud hacia la educación sexual]. *Sage Open*, 13(1), 1-12. <https://doi.org/10.1177/21582440221139470>
- \*Yule, M., Brotto, L., y Gorzalka, B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale [Una medida validada de ausencia de atracción sexual: la Escala de Identificación de Asexualidad]. *Psychological Assessment*, 27(1), 148-160. <https://doi.org/10.1037/a0038196>









Artículo (Monográfico)

## Satisfacción Sexual: Un Estudio de su Correlación con el Autoconcepto, la Ansiedad Social y la Comunicación Sexual en Universitarios en Parejas Heterosexuales

### Satisfacción Sexual en Universitarios en Parejas Heterosexuales

Angeles Robles-Fernández<sup>1</sup> , Pedro J. Pérez-Moreno<sup>1</sup> , María Cinta Martos-Sánchez<sup>1</sup>  y Susana Rodríguez-Vargas<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Universidad de Huelva, España

<sup>2</sup> Centro de Psicología Integral Susana RodVar, Sevilla, España

#### INFORMACIÓN

Recibido: Abril 18, 2024  
Aceptado: Mayo 24, 2024

#### Palabras clave:

Satisfacción sexual  
Autoconcepto  
Ansiedad social  
Comunicación sexual  
Relación de pareja

#### RESUMEN

Muchos autores coinciden en que la satisfacción sexual está integrada por factores individuales, como la edad; psicológicos, como la ansiedad y el autoconcepto; y otros en relación a las relaciones de pareja, como es la comunicación sexual. El objetivo principal de este estudio ha sido comprobar la influencia conjunta de estas variables en la satisfacción sexual mediante un modelo explicativo multivariado. Se realizó un muestreo no probabilístico de bola de nieve a 123 participantes universitarios que tenían una relación heterosexual a los que se les administró un cuestionario donde se englobaron todos los instrumentos y además se añadieron algunos ítems sociodemográficos de interés. Los resultados mostraron una relación positiva estadísticamente significativa entre comunicación sexual, autoconcepto y satisfacción sexual. También se encontró que las mujeres tenían más probabilidad de sentirse insatisfechas sexualmente con la relación. Sin embargo, no se encontraron relevantes el resto de variables. En conclusión, cabe mencionar la importancia que tienen tanto la buena comunicación sexual en la pareja como el nivel de autoconcepto físico a la hora de entender la satisfacción sexual tanto de forma individual como con la otra persona.

### Sexual Satisfaction: A Study of its Correlation With Self-Concept, Social Anxiety and Sexual Communication in University Students in Heterosexual Couples

#### Sexual Satisfaction in University Students In Heterosexual Couples

#### ABSTRACT

Many authors agree that sexual satisfaction is composed of individual factors, such as age; psychological factors, such as anxiety and self-concept; and others in relation to relationships, such as sexual communication. The main objective of this study was to verify the joint influence of these variables on sexual satisfaction through a multivariate explanatory model. A non-probabilistic snowball sampling was carried out on 123 university participants who had a heterosexual relationship and a questionnaire was administered, which included all the instruments and also added some sociodemographic items of interest. The results showed a statistically significant positive relationship between sexual communication, self-concept and sexual satisfaction. It was also found that women were more likely to feel sexually unsatisfied with the relationship. However, the other variables were not found to be relevant. In conclusion, it is worth mentioning the importance of both good sexual communication in the couple and the level of physical self-concept when understanding sexual satisfaction both individually and with the other person.

#### Keywords:

Sexual satisfaction  
Self-concept  
Social anxiety  
Sexual communication  
Relationship

Cómo citar: Robles-Fernández, Á., Pérez-Moreno, P.J., Martos-Sánchez, M. C., y Rodríguez-Vargas, S. (2024). Satisfacción sexual: un estudio de su correlación con el autoconcepto, la ansiedad social y la comunicación sexual en universitarios en parejas heterosexuales satisfacción sexual en universitarios en parejas heterosexuales. *Revista de Psicoterapia*, 35(128), 80-88. <https://doi.org/10.5944/rdp.v35i128.40752>

Autor de correspondencia: María Cinta Martos Sánchez, [cmartos@dstso.uhu.es](mailto:cmartos@dstso.uhu.es)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) la salud no es únicamente no tener enfermedad o padecimiento, sino además disponer de un total bienestar físico, emocional o social inclusive. En esta definición se incluye la importancia, por tanto, de la salud sexual. Esta es considerada por la OMS como una de las dimensiones más esenciales de la salud general y de la sexualidad, así como de la salubridad de las parejas y familias, e incluso importante para el crecimiento económico de países y comunidades mundiales (OMS, 2023).

La salud sexual engloba, además de otros aspectos como la carencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de embarazos o abortos no deseados, a la satisfacción sexual (Chou et al., 2015). La misma, según Ahumada et al. (2014) ha sido definida y conceptualizada por muchos autores, aunque estos coinciden en que está integrada por factores físicos, como la disfunción sexual, y psicológicos, como la ansiedad o la depresión.

En este sentido, en cuanto a las variables que gracias a las cuales se puede alcanzar la satisfacción sexual, para Lawrance y Byers (1995) la satisfacción sexual depende de nuestra forma de expresar nuestros deseos sexuales y de la actitud que tengamos ante nuestra propia sexualidad, por tanto, está relacionada con aspectos de carácter individual. Del mismo modo que para Henderson et al. (2009) esta satisfacción no solo depende de nosotros mismos, sino que también se relaciona con otros factores, como puede ser la relación en pareja.

En esta misma línea, la comunicación en pareja es la vía por la que se exteriorizan miedos, ideas, sentimientos, impresiones y, además, mediante ella se llevan a cabo pactos que luego repercutirán en todos los aspectos de la relación (Martínez-Huertas y Jastrzebska, 2019). Del mismo modo, concluyen dichos autores, que la otra persona se encuentre satisfecha con la relación también influye en que nosotros nos sintamos más o menos satisfechos con ella. Fowers et al. (1996) encontraron que las parejas con constante comunicación y con buenas habilidades para ella, poseían una importante satisfacción.

Por otro lado, en lo que se refiere a las variables de carácter individual y psicológico que también influyen en la satisfacción sexual se encuentran tanto la ansiedad como la depresión (Ahumada et al., 2014). Concretamente sobre la ansiedad, Arrington et al. (2004) hallaron que esta podía incluso corromper la actividad sexual. Se sabe que uno de los componentes de la ansiedad es la llamada fobia social o ansiedad social, esta es considerada sin ir más lejos por Camilli y Rodríguez (2008) como un trastorno de ansiedad que se caracteriza por un miedo irracional a actuar de manera ridícula o incluso humillante ante situaciones en las que están presentes otras personas, y que estas se percaten también de sus síntomas ansiosos. Según estos autores, las personas que sufren este tipo de ansiedad, por tanto, tienden a pensar que el resto van a juzgarles o evaluarles de forma negativa, y que la misma podría perjudicarles de alguna manera.

Al mismo tiempo, diversos estudios han considerado la relación entre autoconcepto y satisfacción individual, como por ejemplo el de Casas et al. (2015). En palabras de estos autores, el autoconcepto ha sido definido como un indicador de una buena salud general, actividad social, emocional y comportamental, argumentando que cuanto mayor sea el nivel de autoconcepto de una persona, menor será el riesgo de padecer trastornos de ansiedad, los cuales afectarían considerablemente a la salud. De

forma paralela, otros autores como Delgado et al. (2012) también han definido este término como lo que pensamos de nosotros mismos, en base a la valoración que hacemos en diversos aspectos de nuestra vida.

Respecto a variables sociodemográficas, según afirman Ahumada et al. (2014) en su estudio sobre satisfacción sexual y los factores que influyen en ella, la edad se trata de una variable relevante con motivo de que la satisfacción sexual disminuye a medida que esta avanza. Además, respecto al género, autores como Contreras et al. (2019) encontraron que existían diferencias entre mujeres y hombres en lo que se refiere a la satisfacción sexual.

Las evidencias anteriores muestran que la satisfacción sexual guarda relación con una serie de variables sociodemográficas, psicológicas y relacionales. El objetivo de este estudio es comprobar la influencia conjunta de estas variables en la satisfacción sexual mediante un modelo explicativo multivariado.

Los resultados que se esperan encontrar son una correlación negativa entre ansiedad social y satisfacción sexual, así como una relación positiva del autoconcepto y también de la comunicación sexual en la relación de pareja sobre la satisfacción sexual.

Por otro lado, en cuanto a la edad, se espera encontrar, al igual que en otros estudios, que a medida que esta avanza, la satisfacción sexual disminuye. En cuanto al sexo, se esperan encontrar diferencias entre hombres y mujeres respecto a la satisfacción sexual.

## Método

### Participantes

En este estudio participaron 123 universitarios seleccionados a través de un muestreo no probabilístico de bola de nieve.

De este modo, los criterios de inclusión para participar fueron: I) estar en una relación de pareja heterosexual; II) ser universitario; III) ser mayor de 18 años y IV) confirmar que aceptaban participar voluntariamente en la investigación tras ser informados de los fines de la misma.

Se englobaron todos los instrumentos que se iban a utilizar en un mismo cuestionario, y a este se añadieron algunos ítems sociodemográficos como fueron la edad actual, el género, la edad a la que comenzaron a tener relaciones sexuales y el tiempo que llevaban con la relación.

### Variables e Instrumentos

#### *Satisfacción Sexual*

Se evaluó utilizando la *Escala de Satisfacción con la Vida* adaptada a la satisfacción sexual.

La misma consiste en una adaptación de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener et al. (1985) añadiendo a los ítems el adjetivo sexual. La validez de esta modificación de la escala ha sido comprobada por autores como Caycho-Rodríguez (2021) en el ámbito psicométrico. Se compone de 5 ítems tipo Likert con siete opciones de respuesta que van desde 1 (*totalmente en desacuerdo*) hasta 7 (*totalmente de acuerdo*), donde una mayor puntuación se interpreta como una mayor satisfacción sexual

y, por el contrario, una menor puntuación se relaciona con una menor satisfacción sexual.

Distintos autores han aportado evidencias de fiabilidad de la escala de satisfacción con la vida, adaptada a la vida sexual o a relaciones de pareja. Por ejemplo, Caycho-Rodríguez (2021), estima su consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach en .93 cuando se trata de parejas comprometidas, en .91 cuando es el caso de parejas a corto plazo y en .92 cuando hablamos de otros problemas no relacionado con lo sexual. Asimismo, este autor también encontró numerosas evidencias de validez de la escala en su uso en investigación, ofreciendo en su estudio evidencias de una estructura unidimensional.

La satisfacción sexual en la relación de pareja también se midió utilizando la *Medida Global de la Satisfacción Sexual* (Global Measure of Sexual Satisfaction, GMSEX), la cual pertenece al *Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire* o *Cuestionario del Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual* (Lawrance et al., 2011) que evalúa diversos componentes de la satisfacción sexual, como, en este caso, la satisfacción sexual en la relación de pareja (Álvarez-Muelas et al., 2023). Este cuestionario fue validado en España por autores como Sánchez-Fuentes et al. (2015).

El GMSEX se compone de cinco ítems con siete opciones de respuesta tipo diferencial semántico, que responden a una única pregunta: “En general, ¿cómo describiría su relación sexual con su pareja?”, de forma que cuanto más alto puntúa la persona esa dimensión, mayor satisfacción sexual posee respecto a su relación de pareja. Estos ítems se corresponden con cinco dimensiones que son: Bueno-Malo, Agradable-Desagradable, Positivo-Negativo, Satisfactorio-Insatisfactorio y Valioso-Sin Valor.

Según Mark et al. (2014) la fiabilidad de esta escala es .84. Además, diversos autores afirman que se relaciona con otras escalas que también miden la satisfacción sexual como el Índice de Satisfacción Sexual (ISS), lo cual supone una evidencia de validez (Lawrance y Byers, 1995).

### **Calidad de la Comunicación Sexual Dentro de la Pareja**

Se evaluó usando la *Escala de Comunicación Diádica Sexual* (Martínez-Huertas y Jastrzebska, 2019). Esta escala se compone de 13 ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert, donde 1 se correspondería con “completamente en desacuerdo” mientras que 5 se relaciona con “completamente de acuerdo”, cuya interpretación es que cuanto mayor sea la puntuación obtenida mejor es la calidad de la comunicación sexual en la pareja, mientras que puntuaciones inferiores indican lo contrario, es decir, una peor calidad de comunicación sexual.

Diversos autores, como por ejemplo Martínez-Huertas y Jastrzebska (2019) han aportado evidencias de validez de dicha escala. Dichos autores también afirman que la escala posee una fiabilidad de .81.

### **Autoconcepto**

Se midió utilizando la escala *Autoconcepto Forma 5* (AF-5), la cual lo mide en diferentes dimensiones: físico, emocional, académico/laboral, social y familiar (García y Musitu, 1999). Esta escala consta de 30 ítems con afirmaciones en relación a

los aspectos descritos anteriormente. Concretamente, por cada subescala existen seis ítems en relación a ella.

Los participantes deben responder a estos ítems con un número comprendido entre 1 y 99, siendo 1 lo más cercano a estar en desacuerdo con la afirmación y 99 lo más parecido a estar de acuerdo con la misma.

Muchos autores han aportado evidencias de fiabilidad sobre esta escala, como es el caso de Esnaola et al. (2011). En dicho estudio, se afirma que la consistencia interna es alta ( $\alpha = .72$  en mujeres y  $\alpha = .75$  en hombres). Además, se han encontrado evidencias de validez entre las diferentes dimensiones en las que se pretende medir el autoconcepto (García y Musitu, 1999; Londoño et al., 2019).

### **Ansiedad Social o Fobia Social**

Se midió utilizando la escala diagnóstica de *Temor a la Evaluación Negativa* (Fear of Negative Evaluation Scale, FNE) (Watson y Friend, 1969). Se utilizó la versión adaptada al español de dicha escala (Girodo, 1980). Esta escala se compone de 30 ítems con dos opciones de respuesta (verdadero/falso), es decir, de tipo dicotómico. Los participantes deben responder “verdadero” si se reconocen en la afirmación que expresa el ítem, y “falso” si, por el contrario, no se reconocen en el ítem. Existen en el cuestionario, por tanto, ítems negativos y otros positivos. Respecto a los ítems negativos, señalados con una “N”, las respuestas “falso” fueron asignadas al valor 1, mientras que las respuestas “verdadero” fueron asignadas al valor 0. Por el contrario, cuando se trataba de ítems positivos, se invirtieron estos valores. En cuanto al rango de respuesta, se encuentra comprendido entre 0 (bajo temor a la evaluación negativa) y 30 (alto temor a la evaluación negativa) y el punto de corte para diferenciar a personas con ansiedad social del resto se sitúa en 22-24. Una vez invertidos los ítems, las respuestas se consideran aditivas: cuanto mayor sea la puntuación, mayor miedo a ser juzgado por el resto de forma negativa.

En cuanto a su fiabilidad, según Zubeidat et al. (2007) se corresponde con una alta consistencia interna ( $\alpha = .85$ ). Además, estos autores aportan ciertas evidencias de validez al estudiar la relación con otras escalas, como la *Escala de Evitación y Malestar Social* (Social Avoidance and Distress Scale, SAD) al encontrar que ambas son aptas para medir el componente cognitivo de la ansiedad social.

### **Procedimiento**

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario online que recogía todas las escalas utilizadas y que fue distribuido por redes sociales. La recogida se realizó desde el 1 de abril de 2023 hasta el 20 de abril de 2023. El diseño de investigación empleado fue de encuesta transversal.

### **Análisis de Datos**

Se utilizó la base estadística JASP para el manejo de los datos y el contraste de hipótesis. En cuanto al tipo de análisis utilizado, se emplearon análisis de regresión logística múltiple binaria para cada variable explicada (satisfacción con la vida sexual y satisfacción sexual con la relación de pareja). La elección de este modelo se basó en las propiedades distribucionales de las variables, además

de en la naturaleza no probabilística de la muestra. Se comprobaron dos modelos, uno para cada variable explicada. Estas dos variables fueron dicotomizadas, estableciendo la mediana como punto de corte, para aplicarse al análisis de regresión logística.

El método empleado fue el Forward, que introduce las variables estadísticamente significativas en la regresión. Los criterios de entrada y salida (respectivamente) fueron de  $p < .05$  y  $p > .10$ . De esta manera se selecciona un modelo final que cuenta solamente con las variables que pueden predecir la pertenencia a los grupos de la variable a explicar.

## Resultados

En relación a los datos sociodemográficos que se les preguntaron a los participantes, tenemos que el 63.41% fueron mujeres. La edad promedio de los mismos fue 23.87 con una desviación de 4.306, una edad mínima de 18 años y máxima de 42. En cuanto al tiempo que llevan en la relación de pareja, medido en meses, el tiempo promedio fue 37 meses, siendo el mínimo 1 mes y el máximo 12 meses. En lo que se refiere a la edad con la que comenzaron a tener relaciones sexuales, la edad promedio fue 16.016 con una desviación típica de 1.810, siendo el mínimo 11 años y el máximo 20.

El modelo de regresión logística binomial multivariante para la satisfacción con la vida sexual se realizó llevando a cabo un método Forward, de esta forma el modelo iba introduciendo variables según criterios de entrada y salida ( $p < .05$  y  $p > .10$ , respectivamente), así, el modelo requirió de seis pasos para obtener el ajuste más adecuado, introduciendo las variables calidad de la comunicación sexual dentro de la pareja, autoconcepto físico, autoconcepto familiar, edad actual y género (mujer), en ese orden. El modelo final para la satisfacción con la vida sexual, obtuvo un nivel de significancia de Chi-cuadrado que indicó que realiza una adecuada estimación ( $\chi^2 = 31.89$   $p < .001$ ). El coeficiente de determinación R de Nagelkerke reveló que el modelo era capaz de explicar el 30.6% de la varianza. Además, a medida que se introducían variables al modelo, los valores de AIC y BIC disminuían, lo que indica que el modelo tiene buen ajuste ( $p < .001$ ). Estos resultados pueden observarse en la [Tabla 1](#).

En lo que se refiere a la significación de los Coeficientes de Regresión de las variables que eran capaces de explicar la satisfacción con la vida sexual, en este modelo final, la calidad de la comunicación sexual dentro de la pareja obtuvo un  $b = .077$

( $p = .003$ ); el autoconcepto familiar obtuvo un  $b = .170$  ( $p = .148$ ); el Coeficiente de Regresión para el autoconcepto físico fue de  $b = .389$  ( $p = .002$ ); la edad actual obtuvo un  $b = .104$  ( $p = .06$ ); y el Coeficiente de Regresión de la variable género (mujer) fue  $b = .62$  ( $p = .198$ ). Estos resultados pueden observarse en la [Tabla 2](#).

**Tabla 1**

*Resumen del Modelo de Regresión Logística para la Satisfacción con la Vida Sexual*

Modelo	H <sub>0</sub>	H <sub>1</sub>
Desviación	169.028	137.138
AIC	173.028	149.138
BIC	178.653	166.011
Df	121	117
X <sup>2</sup>		31.890
P		< .001
McFadden R <sup>2</sup>		.189
Nagelkerke R <sup>2</sup>		.306
Tjur R <sup>2</sup>		.243
Cox y Snell R <sup>2</sup>		.228

También se creó una matriz de confusión para analizar la sensibilidad y especificidad. Los resultados fueron que el modelo predice correctamente al 67.24% de las puntuaciones inferiores a la mediana en satisfacción con la vida sexual (especificidad); en cuanto a la sensibilidad, predice de forma acertada al 73.8% de la muestra. En total, el modelo predijo correctamente el 70.73 % de los casos. Estos resultados pueden observarse en la [Tabla 3](#).

Adicionalmente, se analizó la multicolinealidad, así la tolerancia no superó el valor de 1 para ninguna de las variables que formaron el modelo final, por lo que no existía multicolinealidad y las variables no se correlacionaban entre sí. Estos resultados se pueden observar en la [Tabla 4](#).

Por tanto, se puede concluir que tanto el autoconcepto físico como la comunicación sexual dentro de la pareja correlacionan de forma positiva con la satisfacción con la vida sexual. Por el contrario, ninguna del resto de variables correlaciona significativamente con la satisfacción de la vida sexual según los datos obtenidos. Por tanto, tanto el nivel de autoconcepto físico como la calidad de la comunicación sexual dentro de la relación de pareja influyen positivamente en la satisfacción con la vida sexual, y a mayor nivel de ambos, mayor satisfacción sexual. Dichas influencias se pueden apreciar en los [Figuras 1 y 2](#).

**Tabla 2**

*Modelo Final de Regresión Logística para la Satisfacción con la Vida Sexual*

	Intercepto	Edad actual	Autoconcepto familiar	Autoconcepto físico	Calidad de la comunicación sexual	Género (mujer)	
<b>B</b>	-10.273	.104	.170	.0389	.077	.620	
<b>Standard Error</b>	2.467	.056	.118	.127	.026	.0481	
<b>Standardized</b>	-.244	.449	.319	.747	.696	.620	
<b>Odds Ratio</b>	3.456×10 <sup>-5</sup>	1.110	1.186	1.476	1.080	1.858	
<b>Z</b>	-4.164	1.881	1.448	3.072	2.948	1.288	
<b>Wald Test</b>	<b>Wald Statistic</b>	17.337	3.536	2.097	9.439	8.692	1.660
	<b>Df</b>	1	1	1	1	1	
	<b>P</b>	< .001	.060	.148	.002	.003	.198
<b>Intervalos de confianza</b>	<b>Límite inferior</b>	-15.108	-.004	-.060	.141	.026	-.323
	<b>Límite superior</b>	-5.437	.213	.401	.638	.128	1.562

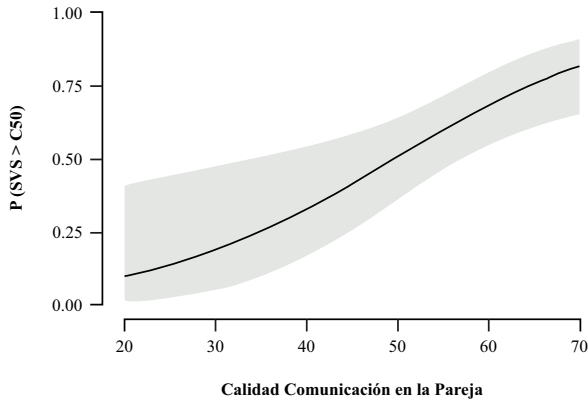
**Tabla 3**  
Matriz de Confusión del Modelo de Satisfacción con la Vida Sexual

Observado	Predicción		% Correcto
	Inferior a la mediana	Superior a la mediana	
Inferior a la mediana	39	19	67.241
Superior a la mediana	17	48	73.846
<b>% General acertado</b>			<b>70.732</b>

**Tabla 4**  
Diagnóstico de la Multicolinealidad

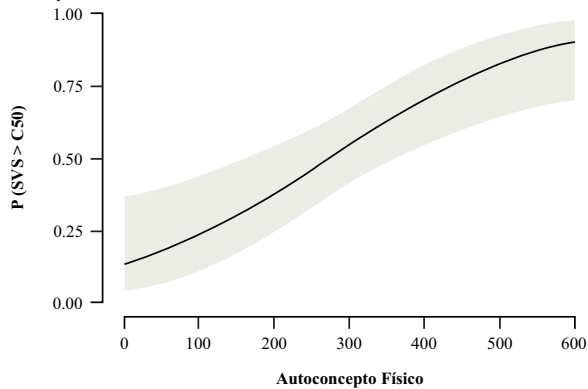
	Tolerancia	VIF
Edad actual	.888	1.126
Autoconcepto familiar	.939	1.065
Autoconcepto físico	.855	1.170
Calidad de la comunicación sexual dentro de la relación de pareja	.952	1.050
Género (Mujer)	.814	1.229

**Figura 1**  
Calidad de la Comunicación en la Pareja



Nota. SVS: Satisfacción Vida Sexual; C50 = Mediana

**Figura 2**  
Autoconcepto Físico



Nota. SVS: Satisfacción Vida Sexual; C50 = Mediana

El modelo de regresión logística binomial multivariante para la satisfacción sexual con relación de pareja se realizó también llevando a cabo un método Forward, de esta forma el modelo iba introduciendo variables según criterios de entrada y salida ( $p < .05$  y  $p > .10$ , respectivamente), así, el modelo requirió de cuatro pasos para obtener el ajuste más adecuado, introduciendo las variables calidad de la comunicación sexual dentro de la pareja,

autoconcepto físico y género (mujer) en ese orden. Este modelo final mostró que la significación de Chi-cuadrado también fue adecuada ( $\chi^2 = 42.815$ ;  $p < .001$ ). El coeficiente de determinación R de Nagelkerke nos indicó que el modelo explica el 39,6% de la varianza. Los valores de AIC y BIC también disminuían, al igual que el modelo anterior, a medida que se añadían variables al modelo, lo cual quiere decir que este tiene un buen ajuste ( $p < .001$ ). Estos resultados pueden observarse en la [Tabla 5](#).

En lo que se refiere a la significación de los Coeficientes de Regresión de las variables que eran capaces de explicar la satisfacción sexual con la relación de pareja, el Coeficiente Beta que obtuvo el autoconcepto físico fue  $b = .28$  ( $p = .018$ ); el Coeficiente de Regresión para la calidad de la comunicación sexual dentro de la pareja fue  $b = .145$  ( $p < .001$ ); y la variable género (mujer) obtuvo un  $b = -1.08$  ( $p = .036$ ). Estos resultados se pueden apreciar en la [Tabla 6](#).

Respecto a los valores que mostró la matriz de confusión, el modelo consta de una sensibilidad del 84.28% y una especificidad del 66.038%; en total el modelo predijo correctamente al 76.42% de los casos. Estos resultados se muestran en la [Tabla 7](#).

**Tabla 5**  
Resumen del Modelo de Regresión Logística para la Satisfacción Sexual con la Relación de Pareja

Modelo	H <sub>0</sub>	H <sub>1</sub>
Desviación	166.499	123.684
AIC	170.499	131.684
BIC	176.124	142.933
Df	121	119
X <sup>2</sup>		42.815
P		< .001
McFadden R <sup>2</sup>		.257
Nagelkerke R <sup>2</sup>		.396
Tjur R <sup>2</sup>		.331
Cox y Snell R <sup>2</sup>		.294

**Tabla 6**  
Modelo Final de Regresión Logística para la Satisfacción con la Vida Sexual

	Intercepto	Auto-concepto físico	Calidad de la comunicación sexual	Género (mujer)	
<b>B</b>	-8.389	.288	.145	-1.081	
<b>Standard Error</b>	1.724	.121	.030	.515	
<b>Standardized</b>	1.023	.553	1.316	-1.081	
<b>Odds Ratio</b>	2.274×10 <sup>-4</sup>	1.334	1.156	.339	
<b>Z</b>	-4.865	2.372	2.372	-2.101	
<b>Wald Test</b>	<b>Wald Statistic</b>	23.672	5.627	23.213	4.414
	<b>Df</b>	1	1	1	1
	<b>P</b>	< .001	.018	< .001	.036
<b>Intervalos de confianza</b>	<b>Límite inferior</b>	-11.768	.050	.086	-2.090
	<b>Límite superior</b>	-5.010	.526	.204	-0.073

**Tabla 7**  
Matriz de Confusión del Modelo de Satisfacción con la Vida Sexual

Observado	Predicción		% Correcto
	Inferior a la mediana	Superior a la mediana	
Inferior a la mediana	35	18	66.038
Superior a la mediana	11	59	84.286
<b>% General acertado</b>			<b>76.423</b>



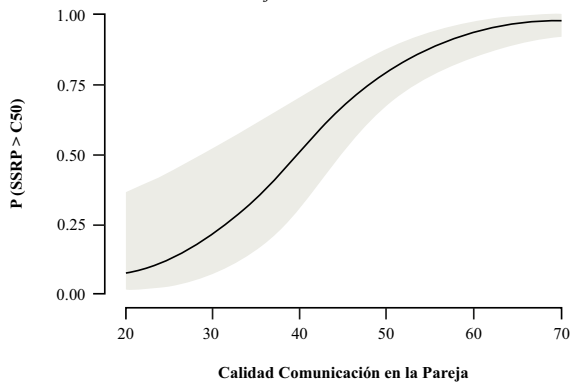
En lo que se refiere a la multicolinealidad, la tolerancia no superó el valor de 1 para ninguna de las variables que formaron el modelo final, por lo que no existía multicolinealidad y las variables no se correlacionaban entre sí. Estos resultados se pueden observar en la [Tabla 8](#).

Según los resultados obtenidos se puede concluir que tanto el autoconcepto físico como la calidad de la comunicación sexual dentro de la relación de pareja establecen una relación positiva estadísticamente significativa con la satisfacción sexual con la pareja. Por tanto, el nivel de autoconcepto físico y la calidad de la comunicación sexual dentro de la relación de pareja influyen positivamente en la satisfacción sexual con la pareja, y a mayor nivel de ambos, mayor satisfacción sexual con la pareja. En cuanto al género, este guarda una relación negativa estadísticamente significativa con la satisfacción sexual con la pareja, por tanto, el hecho de ser mujer supone que se sentirá menos satisfecha en el aspecto sexual con su relación. Las influencias de las variables se pueden apreciar en los [figuras 3, 4 y 5](#).

**Tabla 8**  
*Diagnóstico de la Multicolinealidad*

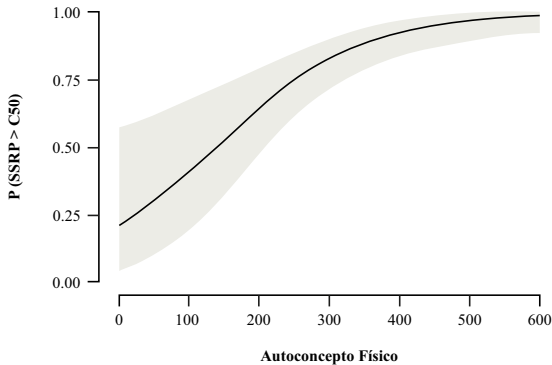
	Tolerancia	VIF
Autoconcepto físico	.981	1.019
Calidad de la comunicación sexual dentro de la relación de pareja	.876	1.141
Género (mujer)	.865	1.156

**Figura 3**  
*Calidad de la Comunicación en la Pareja*



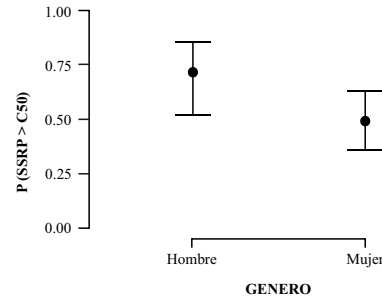
Nota. SSRP: Satisfacción Sexual con la Vida en Pareja; C50 = Mediana

**Figura 4**  
*Autoconocimiento Físico*



Nota. SSRP: Satisfacción Sexual con la Vida en Pareja; C50 = Mediana

**Figura 5**  
*Género*



Nota. SSRP: Satisfacción Sexual con la Vida en Pareja; C50 = Mediana

### Discusión

El objetivo de este estudio fue comprobar la influencia conjunta de las variables de autoconcepto, ansiedad social, calidad de la comunicación sexual dentro de la pareja, género y edad actual en la satisfacción sexual, lo cual se hizo mediante un modelo explicativo multivariado.

Anteriormente, ya se habían encontrado evidencias de que algunas de estas variables, como es el caso de la calidad de la comunicación dentro de la pareja, guardaban relación con el nivel de satisfacción sexual, así pues, un ejemplo de esta evidencia es el estudio que hicieron [Alvarado et al. \(2011\)](#), donde hallaron que cuando el modo en que se expresa aquello que queremos comunicar se realiza de forma poco asertiva hacia la otra persona, eso influye de forma negativa en la satisfacción sexual. Los resultados obtenidos en este estudio coinciden por tanto con las conclusiones halladas en este otro, ya que en el modelo de regresión logística se halló que existe una relación positiva estadísticamente significativa entre la calidad de la comunicación sexual dentro de la pareja tanto para la satisfacción con la vida sexual ( $b = .77; p = .003$ ) como para la satisfacción sexual con la pareja ( $b = .145; p < .001$ ). Por tanto, se cumple la hipótesis de que, efectivamente, la relación entre las variables es positiva, ya que cuanto mayor sea la calidad de la comunicación sexual, incrementará por tanto la satisfacción sexual tanto individual como con la pareja.

En esta misma línea, en relación a la variable sociodemográfica de la edad actual, otros autores señalaron que existía relación entre este factor con la satisfacción sexual ([Campos et al., 2018](#)). Por el contrario, en este estudio los resultados no muestran una relación con la satisfacción sexual con la pareja, ni tampoco de forma significativa con la satisfacción con la vida sexual ( $b = .104; p = .06$ ). Por tanto, la hipótesis de que a medida que avanza la edad disminuye la satisfacción sexual fue rechazada, debido a que no existen evidencias significativas. Esto puede deberse a la poca dispersión de las edades de los participantes, ya que sólo se les presentó el cuestionario a población universitaria, y la media de estas edades apenas sobrepasaba los 23 años de edad, y el valor máximo solo fue de 42 años.

Siguiendo con las variables sociodemográficas, muchos estudios han analizado si existía diferencias en cuanto a la satisfacción sexual y atracción sexual entre hombres y mujeres, como es el caso de [Contreras et al. \(2019\)](#). Estos concluyeron en su investigación que el grupo de hombres se relacionaban con

una mayor satisfacción sexual con la relación, lo cual coincide con los resultados hallados, ya que se encontró que existía una relación negativa estadísticamente significativa entre el hecho de ser mujer y la satisfacción sexual con relación de pareja ( $b = -1.08$ ;  $p = .036$ ). De esta manera, se cumple la hipótesis de que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a la satisfacción sexual.

Ahora bien, en cuanto a lo que se refiere al autoconcepto, Videra-García y Reigal-Garrido (2013) encontraron que había relación entre esta variable y la de satisfacción con la vida, concretamente hablaban del autoconcepto físico. Coincidiendo con estos resultados se encuentran los correspondientes al presente estudio, ya que se puede afirmar que, ciertamente, existe una relación significativamente positiva entre el autoconcepto físico tanto para la satisfacción con la vida sexual ( $b = .389$ ;  $p = .002$ ) como para la satisfacción sexual con la pareja ( $b = .28$ ;  $p = .018$ ). Por tanto, se mantiene la hipótesis de que el autoconcepto influye de manera positiva sobre la satisfacción sexual, ya que cuanto mayor sea nuestro nivel de autoconcepto, en concreto en su aspecto físico, encontraremos una mejor satisfacción sexual.

Respecto a la variable de ansiedad, aunque algunos autores encontraron previamente que su presencia puede dañar nuestra sexualidad, como es el caso de Carrobbles et al. (2011), en este análisis no se halló relevante en ninguno de los dos modelos utilizados para explicar la satisfacción sexual. Esto podría deberse quizá a la naturaleza diagnóstica de la prueba escala de temor a la evaluación negativa que se utilizó para medir el componente cognitivo de la ansiedad social.

Además del papel que puedan jugar estas variables de manera aislada con la satisfacción sexual, no hay que olvidar que la principal fortaleza de esta investigación es haber tratado de forma multivariada los datos, usando así un modelo que integra todas las variables para estimar tanto la satisfacción con la vida sexual como la satisfacción sexual con la relación de pareja. Así, con los datos obtenidos se puede recabar que los hombres con un elevado nivel de autoconcepto físico y que además se comuniquen de forma asertiva con sus parejas en lo que se refiere a temas de carácter sexual, disfrutarán de una mayor satisfacción sexual con su pareja, independientemente de que puedan tener o no síntomas compatibles con la fobia social. Por otro lado, según este modelo, las mujeres con altas puntuaciones en el autoconcepto físico y que gocen de una buena calidad de comunicación sexual dentro de sus parejas, se sentirán satisfechas con su vida sexual. Por el contrario, es más probable que no se sientan satisfechas, sexualmente hablando, con su relación de pareja.

Estos resultados también hacen incidir en la importancia de la comunicación sexual en la pareja, ya que, como dicen Alvarado et al. (2011) el estilo de comunicación, la variabilidad de los temas tratados en la pareja y la expresión de ciertas inquietudes se relacionan con alcanzar un asentamiento de valores dentro de la pareja como es la confianza, la cual es beneficiosa para lograr una mayor comodidad respecto a los temas sexuales dentro de la pareja. Por otro lado, también es necesario destacar que, como

bien exponen Videra-García y Reigal-Garrido (2013) en su estudio, el autoconcepto supone una variable muy importante en la vida ya que, a partir del nivel en que se tenga desarrollado, será más o menos probable que uno se sienta contento y/o insatisfecho con su vida en general.

Respecto a la práctica clínica, en lo que tiene que ver con los resultados hallados en este estudio y sus implicaciones en ella, conviene señalar que, según Alvarado et al. (2011) el buscar que las parejas desarrollen sus habilidades comunicativas, en el sentido de que muestren mayor comprensión y afectividad en cuestión hacia sus parejas, podría tener gran implicación a la hora de mejorar su vida sexual. Así, algunas terapias que llevan a cabo el entrenamiento de estas habilidades, el afrontamiento de los conflictos y la solución de problemas en la relación de pareja son la terapia cognitivo-conductual o también la terapia comunicacional-sistémica (Wainstein y Wittner, 2004).

Además, también el tener un buen concepto sobre uno mismo, así como una alta autoestima podría relacionarse con una mayor satisfacción sexual, lo cual implica que mejorar las puntuaciones en esta variable aumentaría también el índice de satisfacción sexual (Carrobbles et al., 2011). Una terapia recomendada para abordar el autoconcepto (Axpea et al., 2018) es también la terapia cognitivo-conductual.

Por otro lado, entre las principales limitaciones podemos señalar el tamaño de la muestra, además de su método de extracción (no probabilístico) ya que lo ideal hubiese sido que fuera de un tamaño mayor y de forma aleatoria, y así el análisis de regresión logística hubiese tenido más éxito a la hora de explicar las variables dicotomizadas. Además, este fue un estudio transversal, cuando la sexualidad se trata de un proceso, por tanto, debería haber sido, en su caso, un estudio longitudinal, recogiendo así varias muestras de datos durante un período de tiempo y contrastar los resultados tras ese periodo. También cabe destacar que la prueba utilizada para medir la ansiedad social no fue la más apropiada debido a su naturaleza diagnóstica y su poca utilidad dentro del marco de la investigación, por tanto, debió usarse otra que fuera más adecuada y que si nos permitiera establecer relaciones entre este trastorno de ansiedad y la satisfacción sexual, cómo por ejemplo la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) cuyas evidencias de validez y fiabilidad en una muestra de jóvenes españoles aportaron Olivares et al. (2004) en su estudio sobre dicha prueba. Hay que decir que a pesar de no obtener resultados relevantes utilizando la escala diagnóstica, se siguió con el análisis de datos para así evitar el sesgo de publicación.

Es por estas limitaciones que se sugiere como futuras líneas de investigación el incremento del tamaño de la muestra utilizado en este estudio, así como el uso de un método de extracción de la misma que fuera aleatorio, y que forme parte de un estudio longitudinal, además de la existencia de una mayor dispersión entre las edades de los participantes y el uso de una prueba más acertada a la hora de comprobar si efectivamente existen relaciones entre la fobia social y la satisfacción en el ámbito sexual, como es el caso de la propuesta anteriormente, el EDAS.

También sería conveniente repetir este análisis con una muestra de personas no heterosexuales, teniendo en cuenta así la variabilidad de los resultados en torno a la diversidades sexuales.

Cabe destacar, a modo de conclusión, que la sexualidad es un concepto importante dentro del término de salud sexual (Chou et al., 2015). Así, los resultados del modelo indican que las variables de género, autoconcepto físico y calidad de la comunicación sexual dentro de la pareja son suficientes para explicar o predecir la satisfacción sexual, y por tanto el entrenamiento de estilos de

comunicación (Alvarado et al., 2011), o el crecimiento personal en cuanto a lo que se refiere a la autoestima (Carrobes et al., 2011) pueden hacer que se produzca una mejoría de la satisfacción sexual individual y también con la pareja. Así, esta investigación puede verse continuada por otras propuestas que completen los resultados obtenidos.

### Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### Referencias

- Ahumada, S., Lüttges, C., Molina, T. y Torres, S. (2014). Satisfacción sexual: revisión de los factores individuales y de pareja relacionados. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 25(4). <https://doi.org/10.5354/2735-7996.2014.7272>
- Alvarado, I. U., Borjas, M. L. G. y Ortega, L. G. R. (2011). Relación entre estilos de comunicación y satisfacción sexual en estudiantes universitarios. *Revista Interamericana de Psicología*, 45(2), 157-167. <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v45i2.145>
- Álvarez-Muelas, A., Mateo, V. y Sierra, J. C. (2023). Comparación de los componentes del Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction entre distintas tipologías de adhesión al doble estándar sexual. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2023.01.060>
- Arrington, R., Cofrancesco, J. y Wu, A. W. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life [Cuestionarios para medir la calidad de vida sexual]. *Quality of Life Research*, 13(10), 1643-1658. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-7625-z>
- Axpea, I., Ramos-Díaz, E., Fernández-Lasarte, O. y Jiménez-Jiménez, V. (2018). Intervención cognitivo-conductual para la mejora del autoconcepto en el caso de una adolescente víctima de maltrato emocional. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(1), 1-10. <https://doi.org/10.5093/cc2018a1>
- Camilli, C. y Rodríguez, Y. A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 8(1), 115-137.
- Campos, P. F., Morell-Mengual, V., Caballero-Gascón, L., Ceccato, R. y Gil-Llario, M. D. (2018). Satisfacción sexual femenina: influencia de la edad y variedad de prácticas sexuales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(1), 85-92. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v1.1163>
- Carrobes, 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. <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Casas, A. G., García, P., Guillamón, A. R., Cantó, E. G., Pérez-Soto, J. J., Marcos, L. T. y López, P. J. T. (2015). Relación entre el estatus de peso corporal y el autoconcepto en escolares. *Revista: Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 730-736. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8467>
- Caycho-Rodríguez, T., Vilca, L. W., Neto, F., Peña-Calero, B. N., Schnettler, B., Cadena, C. H. G., Barboza-Palomino, M., Neto, J. P. y White, M. (2021). Satisfaction with Sex Life Scale: New psychometric evidence in a portuguese population [Escala de Satisfacción con la Vida Sexual: nueva evidencia psicométrica en una población portuguesa]. *Electronic Journal of General Medicine*, 18(6), em331. <https://doi.org/10.29333/ejgm/11318>
- Chou, D., Cottler, S., Khosla, R., Reed, G. M. y Say, L. (2015). Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD): implications for measurement and beyond [Salud sexual en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): implicaciones para la medición y más allá]. *Reproductive Health Matters*, 23(46), 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.11.008>
- Contreras, A. U., Iglesias-García, M. y Martínez-González, R. (2019). Satisfacción general y sexual con la relación de pareja en función del género. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 165, 143-158. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.165.143>
- Delgado, B., Inglés, C. J. y García-Fernández, J. M. (2012). La ansiedad social y el autoconcepto en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*, 18(1), 179-194. <https://doi.org/10.1387/revpsicodidact.6411>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale [La Escala de Satisfacción con la Vida. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Esnaola, I., Rodríguez, A. y Goñi, E. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario de Autoconcepto AF5. *Anales de Psicología*, 27(1), 109-117. <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Fowers, B. J., Montel, K. H. y Olson, D. H. (1996). Communication in the marriage. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22(1), 103-119.
- García, F. y Musitu, G. (1999). *AF5 AUTOCONCEPTO FORMA 5*. Manual. TEA
- Girodo, M. (1980). *Cómo vencer la timidez*. Grijalbo.
- Henderson, A. W., Lehavot, K. y Simoni, J. M. (2009). Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women [Modelos ecológicos de satisfacción sexual entre mujeres lesbianas/bisexuales y heterosexuales]. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 50-65. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9384-3>
- Lawrance, K. G. y Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction [Satisfacción sexual en relaciones heterosexuales de larga duración: el modelo de intercambio interpersonal de satisfacción sexual]. *Personal Relationships*, 2(4), 267-285. <https://doi.org/10.1111/j.14756811.1995.tb00092.x>
- Lawrance, K., Byers, E. y Cohen, J. N. (2011). Interpersonal exchange model of sexual satisfaction questionnaire [Modelo de intercambio interpersonal del cuestionario de satisfacción sexual]. En T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber y S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (3ª ed., pp. 525-530). Routledge.
- Londoño, D. M. M., Lubert, C. D., Sepúlveda, V. E. P. y Ferreras, A. P. (2019). Estandarización de la Escala de Autoconcepto AF5 en estudiantes universitarios colombianos. *Ansiedad y Estrés*, 25(2), 118-124. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.06.001>
- Mark, K. P., Herbenick, D., Fortenberry, J. D., Sanders, S. y Reece, M. (2014). A psychometric comparison of three scales and a single-item measure to assess sexual satisfaction. *The Journal of Sex Research*, 51(2), 159-169. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.816261>
- Martínez-Huertas, J. A. y Jastrzebska, O. (2019). Adaptación española de la escala "Comunicación diádica sexual". *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 27(2), 311-324.
- Olivares, J., Piqueras, J.A. y Sánchez García, R. (2004). Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS): estructura factorial y fiabilidad en una muestra de adolescentes entre 14 y 18 años. *Psicología Conductual*, 12 (2), 251-268.

- Organización Mundial de la Salud. (7 de abril, 1948). *Constitución de la OMS*. <https://www.who.int/es/about/accountability/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Salud Sexual*. [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1)
- Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P., Byers, E. S. y Sierra, J. C. (2015). Validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire in a Spanish sample. *Journal of Sex Research*, 52(9), 1028-1041. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.989307>
- Videra-García, A. y Reigal-Garrido, R. E. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(1), 141-147. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.132401>
- Wainstein, M. y Wittner, V. (2004). Enfoque psicosocial de la pareja: Aproximaciones desde la terapia de la comunicación y la terapia de solución de problemas. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 4, 131-144. <https://doi.org/10.18682/pd.v4i0.498>
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety [Medida de la ansiedad socioevaluativa]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457. <https://doi.org/10.1037/h0027806>
- Zubeidat, I., Salinas, J. y Sierra, J. C. (2007). Escala de Miedo a la Evaluación Negativa y Escala de Evitación y Malestar Social: fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Clínica y Salud*, 18(1), 57-81.



Artículo (Monográfico)

## Resiliencia e Inteligencia Emocional y su Relación con los Niveles de Ansiedad y Depresión en Hombres y Mujeres Homosexuales y Bisexuales

Antonio Zayas , Alberto Paramio , Serafin Cruces-Montes , Antonio Romero-Moreno  y  
Lucía Morales-Sánchez 

Universidad de Cádiz, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Abril 29, 2024

Aceptado: Mayo 9, 2024

#### Palabras clave:

Salud mental  
Malestar psicológico  
Gay  
Lesbiana  
Bisexual  
Minoría sexual  
Psicología positiva

### RESUMEN

**Antecedentes:** Las minorías sexuales siguen enfrentándose a situaciones de discriminación y acoso homofóbico en la actualidad. Esto hace que la salud mental se vea deteriorada, con elevados niveles de ansiedad y depresión. **Objetivo:** conocer los niveles de resiliencia, inteligencia emocional percibida, ansiedad y depresión en una muestra de personas homosexuales y bisexuales, así como conocer la capacidad explicativa y/o predictiva de la resiliencia y la inteligencia emocional en los niveles de ansiedad y depresión. **Método:** la muestra está compuesta por un total de 139 personas homosexuales o bisexuales, a las que se les administraron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), el Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). **Resultados:** se hallan elevados niveles de ansiedad y depresión en la muestra estudiada, así como, que tanto la resiliencia, como las dimensiones atención, claridad y reparación emocional, de la inteligencia emocional, suponen un predictor de menores niveles de ansiedad y depresión. **Conclusiones:** se considera crucial incluir programas de intervención que fomenten la resiliencia y la inteligencia emocional en personas Lesbianas Gais y Bisexuales, con el fin de prevenir trastornos psicopatológicos.

### Resilience and Emotional Intelligence and Their Relationship With Levels of Anxiety and Depression in Homosexual and Bisexual Men and Women

#### ABSTRACT

**Background:** Sexual minorities continue to face situations of homophobic discrimination and harassment today. This causes mental health to deteriorate, with high levels of anxiety and depression. **Objective:** to find out the levels of resilience, perceived emotional intelligence, anxiety and depression in a sample of homosexual and bisexual people, as well as to find out the explanatory and/or predictive capacity of resilience and emotional intelligence on the levels of anxiety and depression. **Methods:** the sample is composed of a total of 139 homosexual or bisexual people, who were administered the Wagnild and Young Resilience Scale (1993), the Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Results:** high levels of anxiety and depression were found in the sample studied, and both resilience and the emotional intelligence dimensions of attention, clarity and emotional repair were found to be predictors of lower levels of anxiety and depression. **Conclusions:** it is considered crucial to include intervention programmes that promote resilience and emotional intelligence in Lesbian, Gay and Bisexual people, in order to prevent psychopathological disorders.

#### Keywords:

Mental health  
Psychological distress  
Gay  
Lesbian  
Bisexual  
Sexual minority  
Positive psychology



El concepto de sexualidad es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una dimensión fundamental del ser humano que está presente a lo largo de todo el ciclo vital y se manifiesta de forma diferente en función de la etapa en la que se encuentre la persona. La sexualidad abarca una serie de dimensiones como el sexo, la identidad y rol de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Además, está representada y expresada en los pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones, aunque todas estas facetas no siempre estén presentes (OMS, 2020).

López et al. (2021), señala que la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos ejerce una influencia en la sexualidad. En los últimos años ha ido cobrando cada vez más importancia todo aquello referido a derechos sexuales, considerados universales y fundamentados en la libertad, dignidad e igualdad.

Este trabajo se centrará en la orientación sexual como dimensión de la sexualidad. Baile (2008) la define como una tendencia interna y estable a tener reacciones psicológicas de naturaleza sexual y deseo de relaciones sexuales con personas de diferente o del mismo sexo. Tradicionalmente se ha clasificado en heterosexual, homosexual y bisexual. Bogaert y Skorska (2020) señalan que la orientación sexual es la atracción sexual relativamente estable hacia personas del otro sexo (heterosexualidad), hacia personas del mismo sexo (homosexualidad) o hacia personas de ambos sexos (bisexualidad). Además, añaden una categoría más como la asexualidad, que hace referencia a la falta de atracción hacia otras personas. Por otra parte, Brotto y Yule (2017) se refieren al término como un mecanismo interno que dirige la disposición sexual y/o romántica hacia otro individuo, en diversos grados.

En los últimos años están aflorando multitud de investigaciones en diversidad sexual y de género, dando lugar a la aparición de nuevas realidades y, por ende, a definiciones de orientación sexual más inclusivas con dichas realidades actuales. En esta línea, Peris (2022) matiza las definiciones de las dimensiones de la orientación sexual, definiendo la heterosexualidad como la atracción romántica o sexual hacia personas de otro género, la homosexualidad, hacia personas del mismo género y la bisexualidad como atracción romántica o sexual hacia todos los géneros. De esta manera se puede observar que se abarca de manera más completa e integral la diversidad sexual y de género, siendo la diferencia fundamental el que se muestran inclusivos con las identidades trans. En la actualidad se pueden encontrar diversas clasificaciones de la orientación sexual, si bien no se va a hacer alusión a las mismas, dado que la población que forma parte de este estudio, son hombre y mujeres cis-homosexuales y cis-bisexuales.

Cuando se aborda la conceptualización de la orientación sexual, se considera importante hacer referencia al biólogo americano Alfred Kinsey como pionero en la investigación sobre la sexualidad, en Estados Unidos. Kinsey llevó a cabo uno de los primeros estudios sobre la orientación sexual, creando en 1948, la conocida Escala Kinsey. En ésta, situaba la heterosexualidad exclusiva en el 0 mientras que, en el extremo opuesto, el 6, se situaba la homosexualidad exclusiva. Por otro lado, entre los números 1 y 5 situó los diferentes grados de bisexualidad. Más

adelante, añadió a su escala el grado X para denominar a los individuos que no se sentían atraídos por ningún sexo, es decir, las personas asexuales (Drucker, 2012).

Otro de los modelos tradicionales fue el aportado por Storms en 1980, considerado un avance frente a la escala Kinsey. Consiste en un modelo bidimensional que explicaba que las personas heterosexuales tenían un alto nivel de heteroerotismo (atracción hacia el sexo opuesto). De la misma manera, consideraba que las personas homosexuales presentaban un alto nivel de homoerotismo (atracción hacia el mismo sexo) y las personas bisexuales tenían un alto grado de ambos, ocurriendo lo contrario con las personas asexuales (Bogaert y Skorska, 2020).

La mayoría de estudios científicos sobre orientación sexual heterosexual y homosexual, la abordan como dimensión estable de la sexualidad. Si bien, estudios más recientes han demostrado que se trata de una variable graduada, teniendo así más peso otras orientaciones como la bisexualidad y la asexualidad, ya que esta no tiene por qué ser estática, sino que puede ir cambiando a lo largo de la vida de una persona (Salomaa y Matsick, 2019).

Podría considerarse la atracción como el eje central de la orientación sexual. Sin embargo, también suelen evaluarse la autoidentificación y/o el comportamiento sexual, aunque esta última variable no es determinante a la hora de asignar una orientación sexual concreta a una persona, ya que su conducta puede coincidir o no con el deseo real (Bogaert y Skorska, 2020). Es decir, una persona puede tener una orientación homosexual, si bien, únicamente mantener relaciones sexuales con personas de otro género, dado los prejuicios existentes con respecto a la homosexualidad.

En esta línea, se puede decir que la sociedad actual gira en torno a la heteronormatividad, es decir, impera un sistema social jerárquico que asume la heterosexualidad y la identidad de género binaria como normal y natural (Scandurra et al., 2021), lo cual supone un gran impacto negativo en las minorías sexuales, como es el caso de personas homosexuales y bisexuales (Fonseca et al., 2021).

En esta dirección, Meyer (2003) propone la teoría del estrés de las minorías para explicar que las personas homosexuales y bisexuales se ven sometidas a un estrés adicional y crónico en comparación con sus iguales heterosexuales. Estos factores estresantes pueden ser distales (por ejemplo, la discriminación y la victimización cultural y directa) y proximales (por ejemplo, la homofobia o bifobia interiorizada) (Dyar y London, 2018; Fonseca et al., 2021). Fonseca et al. (2021) señalan que esta teoría presume de gran evidencia empírica, habiéndose demostrado la alteración en la salud mental y física de las minorías sexuales.

En cuanto a la salud mental de personas homosexuales y bisexuales, en comparación con aquellas heterosexuales, se han hallado niveles más altos de malestar psicológico general, además de mayor número de conductas relacionadas con el consumo de sustancias y prácticas sexuales de riesgo (Ngamake et al., 2016). Siguiendo a estos autores, se ha encontrado que las personas que pertenecen a esta minoría sexual padecen entre 2 y 4 veces más trastornos psiquiátricos que sus iguales heterosexuales, consecuencias que en gran parte se explican por las situaciones de discriminación que sufren (Ngamake et al., 2016). Concretamente, se hallan niveles más altos de ansiedad, depresión, intentos de suicidio, consumo de sustancias, así como una disminución de

los niveles de autoestima y satisfacción con la vida (Fonseca de Freitas et al., 2021).

Lothwell et al. (2020) señalan que las personas LGBT parecen presentar necesidades específicas en su salud física y mental, ya que frecuentemente se encuentran con dificultades en su desarrollo psicosexual, pudiendo esto ser un factor de riesgo para el padecimiento de cuadros psicopatológicos como depresión, ansiedad, autolesiones, abuso de sustancias e incluso suicidio (Haas et al., 2010).

Además, el hecho de descubrir y autoaceptar una orientación sexual que no coincide con la de la mayoría supone un factor de estrés para las personas, con problemas para la aceptación y apoyo de personas relevantes, como la familia. Está demostrado que la estigmatización que sufren las minorías sexuales pueden derivar en actos discriminatorios, violentos y de abuso (Rosario et al., 2009).

Salas-Sánchez et al. (2024) tras una revisión de la literatura concluyen que el impacto en la falta de aceptación, comprensión y respeto deriva en que muchas personas LGTB tengan más riesgo a que su salud física, mental y social se vea afectada, con mayor tendencia que las personas cis-heterosexuales a padecer alteraciones psicopatológicas, como depresión o ansiedad, entre otras.

La discriminación por razón de identidad u orientación sexual es resultado de la homofobia de la sociedad hacia personas homosexuales y bisexuales. Es decir, por la presencia de sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamientos de rechazo hacia personas homosexuales o la homosexualidad en general (Yolaç y Meriç, 2021). Como consecuencia de esta discriminación y estrés, las personas LGBT pueden llegar a interiorizar y aceptar que su sufrimiento es legítimo y rechazar así su propia identidad sexual, aumentando de esta forma lo que se conoce como homofobia interiorizada (Fonseca et al., 2021; Yolaç y Meriç, 2021). Por tanto, la homofobia interiorizada hace referencia a las actitudes negativas que experimentan las minorías sexuales hacia su propia sexualidad (Thepsourinthone et al., 2020), habiéndose demostrado su relación con el malestar psicológico general, concretamente con la autoestima, los niveles de depresión y ansiedad, con el abuso de sustancias y tendencias suicidas (Yolaç y Meriç, 2021).

Es importante señalar, que la mayoría de estudios con población homosexual y bisexual ponen su foco de interés en la intervención psicológica dirigida a la reducción o erradicación del malestar psicológico, como por ejemplo en síntomas de ansiedad y depresión, mediante la intervención en las variables que explican el malestar, como la homofobia, situaciones de discriminación o acoso, o por el propio estrés de las minorías, siendo menos frecuente encontrar estudios que partan de un enfoque salutogénico. Si bien, con el auge de la psicología positiva en los últimos tiempos, y con el fin de promover el bienestar psicológico, se han hallado eficaces las intervenciones basadas en constructos positivos, como la inteligencia emocional y la resiliencia. En esta línea se han encontrado estudios que relacionan de manera positiva ambos factores con la salud mental (Delhom et al., 2020; Haider et al., 2022; Kalka y Lockiewicz, 2018).

La resiliencia es uno de los constructos que más en auge está en los últimos años, siendo uno de los ejes centrales de la psicología positiva. Esta es la capacidad de hacer frente a una crisis y volver a un estado de equilibrio (Haider et al., 2022; Kalka y Lockiewicz, 2018). Hace referencia a un mecanismo autorregulador de

protección que permite la adaptación positiva frente a la adversidad y recuperarse de las experiencias negativas, saliendo favorecido y fortalecido por el uso de recursos personales y del entorno (Delhom et al., 2020; Sojer et al., 2021). Las personas que presentan elevados niveles de resiliencia pueden hacer uso de la adversidad como punto de inflexión y poner en marcha la motivación y los mecanismos cognitivos y sociales frente a situaciones nuevas, además de ser más consciente de las fortalezas y debilidades y sacar partido de ellas. Sin embargo, los bajos niveles de resiliencia se relacionan con la expectativa de fracaso, poca perseverancia y sintomatología ansiosa (Kalka y Lockiewicz, 2018). En el estudio de Fonseca et al. (2021) se halló que las personas LGBT, y personas heterosexuales puntuaron de manera similar en relación a su salud mental a pesar de que los primeros hubieran sufrido más discriminación percibida, concluyendo los autores que esto se debía a la correcta adaptación frente a situaciones estresantes de personas LGBT, es decir, al efecto de la resiliencia. Por otro lado, Zayas et al. (2023) hallaron que niveles más elevados de resiliencia predijeron mayores niveles de bienestar psicológico en hombres y mujeres homosexuales.

Cada vez cobran más importancia los estudios en resiliencia que incluyen los procesos que influyen en la adaptación a situaciones de riesgo y los mecanismos de protección internos y externos. Los primeros hacen referencia a características interpersonales (por ejemplo, la autoestima positiva, confianza en sí mismo o la evaluación positiva de su orientación sexual) mientras que los segundos se refieren a los recursos como la familia, amigos y comunidad (Fonseca et al., 2021).

El concepto de inteligencia emocional ha empezado a emerger significativamente en los últimos años, mostrando resultados notables y prometedores relacionados con el bienestar psicológico (Delhom et al., 2020). Mayer y Salovey (1997) la definen como la habilidad para procesar la información, para la percepción, asimilación, comprensión y regulación de las propias emociones y las de los demás, fomentando el crecimiento emocional e intelectual. Se refiere a las destrezas y habilidades con las que se consigue percibir los estados emocionales, asumiéndolos como tales y expresándolos convenientemente. Implicaría comprender adecuadamente la naturaleza de dichos estados y regularlos, impidiendo sus efectos negativos y sacando provecho de los aspectos positivos para una adaptación satisfactoria a cada situación, así como ser capaces de hacer lo mismo con los estados emocionales de otras personas. Es decir, la inteligencia emocional hace referencia al conjunto de habilidades del individuo para percibir, conocer, expresar y gestionar sus propias emociones, así como regular su comportamiento social y emocional (Pienimaa et al., 2023; Salavera y Usán, 2022).

Por otro lado, la inteligencia emocional percibida (IEP) está compuesta por tres dimensiones: la atención, la claridad y la reparación emocional. La atención emocional se refiere al grado en que las personas prestan atención y valoran la realidad emocional de uno mismo y de los demás; la claridad emocional se refiere a cómo se identifican y comprenden las emociones propias y de los demás y, por último, la dimensión de reparación emocional es la capacidad para regular los estados emocionales de uno mismo y de los demás (Fernández-Berrocal et al., 2004; Peñacoba et al., 2020).

En la literatura se hallan estudios que afirman que la Inteligencia Emocional es un factor de protección para el bienestar y la felicidad

subjetiva (Guerra-Bustamante et al., 2019; Millán-Franco et al., 2021; Xu et al., 2021). En líneas generales, se encuentra que las personas que tienen mayores niveles de inteligencia emocional, tenderán más a percibir las situaciones adversas como retos y no como amenazas, además de poder afrontar de manera eficaz conflictos interpersonales y construir relaciones sociales de apoyo más estrechas (Millán-Franco et al., 2021; Xu et al., 2021). En esta línea, un mayor nivel de inteligencia emocional puede aumentar la frecuencia de emociones positivas y disipar de manera eficaz las negativas, además de que fomenta la creación de un entorno propicio para el desarrollo personal (Salavera y Usán, 2022; Xu et al., 2021). Atendiendo a las dimensiones de la inteligencia emocional percibida, se ha hallado que la atención emocional puede actuar como factor protector siempre que sea moderada, al mostrar un buen funcionamiento intrapersonal. El prestar atención a las emociones puede potenciar las reacciones emocionales positivas, favoreciendo la relación con uno mismo y con el entorno. Si bien, si la atención emocional es excesivamente alta, puede llegar a ser contraproducente ya que puede dar lugar a un proceso de rumia y la posterior intensificación de emociones poco adaptativas (Delhom et al., 2020). Respecto a la claridad emocional, cuando es elevada, las personas son capaces de identificar y comprender sus emociones y sus consecuencias, facilitando la reflexión y adecuada toma de decisiones en base a las mismas. Por último, la presencia de elevados niveles de reparación emocional implica más facilidad para interrumpir y regular las emociones negativas y prolongar las positivas (Delhom et al., 2020). Por todo ello, se considera crucial conocer los niveles de inteligencia emocional percibida en personas homosexuales y bisexuales, así como observar si esto se relaciona con menores niveles de malestar psicológico (ansiedad y depresión), al fin de proponer intervenciones que fomenten la adaptación, autoaceptación y una mejor salud mental de personas homosexuales y bisexuales, a pesar de los obstáculos encontrados en la sociedad, como consecuencia de la homofobia existente.

Teniendo en cuenta las circunstancias específicas que sufren las personas homosexuales y bisexuales, y con el fin de dar cobertura a la necesidad de estas personas y de dotar a los profesionales de la salud mental de herramientas y conocimientos específicos para abordar correctamente las consecuencias que sufren las personas no heterosexuales, surge una especialización de la psicología conocida como la Psicología Afirmativa. No obstante, autores como Ferster y Zivony (2023) señalan en su estudio que los psicoterapeutas también pueden verse sesgados por las creencias populares referentes a las personas bisexuales (por ejemplo, las personas bisexuales están confusas, son inmaduras o incapaces de mantener relaciones de pareja a largo plazo), por lo que esto puede influir en que la asistencia terapéutica sea poco satisfactoria.

A pesar de que cada vez son más las investigaciones sobre el impacto que la homofobia y la heteronormatividad tiene en la salud mental en personas homosexuales y bisexuales, es necesario ampliar conocimiento sobre qué variables psicosociales pueden ejercer como factor de protección frente al desarrollo de trastornos psicopatológicos, y más concretamente trastornos de ansiedad y depresión, que son los más frecuentemente hallados en esta población.

Por todo ello, el objetivo del presente estudio es analizar los niveles de resiliencia, inteligencia emocional percibida, ansiedad y depresión en una muestra de personas cis-homosexuales y cis-

bisexuales. Además, se pretenden conocer las relaciones entre la resiliencia y la inteligencia emocional, y los niveles de ansiedad y depresión en la muestra. Por último, se persigue estudiar la capacidad explicativa y/o predictiva de la resiliencia y la inteligencia emocional percibida sobre los niveles de ansiedad de las personas lesbianas, gais y bisexuales participantes en este estudio.

## Método

### Participantes

La muestra del presente estudio está compuesta por un total de 139 personas, siendo el 38.8% personas homosexuales y el 61.2% bisexuales. La edad media es de 24.65 años ( $DT = 5.44$ ). El 35.3% son hombres y el 64.7% mujeres. Respecto al estado civil, se encuentra que el 87% son solteros, 7.2% están casados, el 5% estaba en situación de pareja de hecho y un 0.7% estaba divorciado. Por otro lado, en cuanto al nivel educativo, el 81.3% declara tener estudios universitarios, el 18% estudios secundarios o formación profesional, y el 0.7% tiene estudios primarios, no encontrándose en la muestra participantes sin estudios. Por último, en relación a la situación laboral, se encuentra que el 35.2% de la muestra está en situación activa, frente al 14.4% en situación de desempleo, el 0.7% estaba en situación de baja laboral, y el 49.7% eran estudiantes y sólo se dedicaban a ello.

### Instrumentos

Para obtener, de una forma sistemática, toda la información necesaria respecto a la orientación sexual, así como otros datos sociodemográficos, se elaboró un cuestionario *ad hoc*.

Para la medida de resiliencia, se administró la *Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993)*, en su adaptación realizada por Novella (2002). Para Wagnild y Young (1993), la resiliencia es una característica de personalidad que modera el afecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida. Es decir, se trata de la capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas y bien hechas, cuando todo parece actuar en contra. La prueba está compuesta por 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es *en desacuerdo*, y un máximo de *acuerdo* es 7. Los participantes han de indicar el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente, los más altos puntajes serán indicadores de mayor resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175. La interpretación de la escala es la siguiente: No resiliencia (25-74 puntos); Resiliencia baja (75-100 puntos); Resiliencia media (101-125 puntos); Resiliencia alta (126-150 puntos), y Resiliencia muy alta (151-175 puntos) (Wagnild y Young, 1993).

La escala aporta la medida de diferentes dimensiones de la resiliencia, como son:

- *Ecuanimidad*: denota adoptar una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente, y moderar sus actitudes ante la adversidad. Esta dimensión no ha podido ser tenida en cuenta en esta investigación dada su baja fiabilidad, siendo el  $\alpha$  de Cronbach = 0.45.

- *Perseverancia*: hace referencia a la persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo de logro y autodisciplina. La fiabilidad mostrada en la presente muestra para este factor es de  $\alpha$  de Cronbach = 0.72.
- *Confianza en sí mismo*: habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades. Esta dimensión ha mostrado una fiabilidad de  $\alpha$  de Cronbach = 0.77.
- *Satisfacción personal*: comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta. Esta dimensión no ha podido ser tomada en cuenta en esta investigación dada su baja fiabilidad, siendo el  $\alpha$  de Cronbach = 0.59.
- *Sentirse bien solo*: este factor hace referencia al significado de libertad y de sentirse únicos y muy importantes. Esta dimensión no ha podido ser tomada en cuenta en esta investigación dada su baja fiabilidad, siendo el  $\alpha$  de Cronbach = 0.60.

Además, esta prueba también ofrece una puntuación de resiliencia considerada globalmente como una variable, a partir de la suma de la puntuación de todos los ítems. Esta variable como tal ha mostrado un  $\alpha$  de Cronbach de 0.90.

Dado que varias dimensiones no han mostrado por sí solas un mínimo nivel de fiabilidad en el presente estudio, a la hora de realizar los análisis de datos, se va a tomar en cuenta la Resiliencia Global.

Para evaluar la inteligencia emocional percibida se administró el *Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24)* (Fernández-Berrocal et al., 2004). Compuesto por 24 ítems en los que a los sujetos se les pide que evalúen el grado en el que están de acuerdo con cada uno de los ítems sobre una escala tipo Likert de 5 puntos, que varían desde *muy de acuerdo* (1) a *muy en desacuerdo* (5). Además, esta escala da una puntuación en tres dimensiones diferenciadas: Atención emocional, Claridad Emocional y Reparación Emocional.

- *Atención emocional*: se evalúa a través de los primeros 8 ítems (ítems 1-8), y hace referencia al grado en el que las personas creen prestar atención a sus sentimientos. En la muestra de esta investigación la fiabilidad de  $\alpha$  de Cronbach = 0.84.
- *Claridad emocional*: se evalúa a través de los siguientes 8 ítems (ítems 9-16) y se refiere a cómo creen percibir sus emociones las personas. En la presente muestra la fiabilidad de esta dimensión es de  $\alpha$  de Cronbach = 0.89.
- *Reparación emocional*: se evalúa con los últimos 8 ítems de la prueba (ítems 17-24), y muestra la creencia del sujeto en su capacidad para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos. En la muestra de esta investigación la fiabilidad de esta dimensión es de  $\alpha$  de Cronbach = 0.86.

En relación a las dimensiones que lo componen: El baremo para mujeres asume que, en atención emocional, obtener menos de 24 puntos indica poca atención, de 25 a 35 una atención adecuada y más de 36, excesiva atención. Respecto a claridad de sentimientos y reparación emocional, menos de 23 puntos indica poca claridad y baja reparación, de 24 a 34 es adecuada para ambas y más de 35 es excelente.

Por último, para medir la ansiedad y la depresión se administró la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond y Snaith, 1983) en su traducción y adaptación española de Terol et al. (2007). Consiste en una

escala de tipo Likert 0–3, compuesta por un total de 14 ítems. Del total, siete corresponden a la subescala de ansiedad y siete a la de depresión. Aunque esta escala fue creada para medir los niveles de ansiedad y depresión en el contexto hospitalario, ha sido usada en diferentes investigaciones con población general, mostrando unos aceptables índices de fiabilidad. Concretamente, en el presente trabajo, la subescala de ansiedad ha mostrado una fiabilidad de  $\alpha$  de cronbach = .79 y la de depresión un  $\alpha$  de cronbach = .75. Por último, los baremos para la clasificación del nivel de ansiedad son los siguientes: 0–7: ausencia de síntomas; 8–10: dudoso; 11–21: presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión.

## Procedimiento

Todos los participantes de este estudio, lo hicieron de manera voluntaria y confidencial. El estudio se llevó a cabo en cumplimiento de la Declaración de Helsinki de 1975, y todas las personas cedieron su consentimiento para participar, habiéndosele proporcionado previamente toda la información sobre objetivos del estudio, el carácter voluntario de su participación, garantizándosele el anonimato en todo momento.

Los datos fueron recogidos virtualmente mediante la plataforma SurveyMonkey. La batería de instrumentos se difundió mediante medios telemáticos, como correos electrónicos y redes sociales (Facebook, Instagram, Whatsapp, entre otras). Se invitó a la participación a toda persona a la que llegara el mensaje con el consentimiento informado y el acceso a la batería de pruebas, y que fueran hombres o mujeres cis-homosexual o bisexual. El momento en el que se llevó a cabo la recogida de datos fue entre el 2 y el 30 de noviembre de 2022.

## Análisis de Datos

En primer lugar, se comprobó la normalidad de las variables cuantitativas por medio de la Kolmogórov-Smirnov para determinar los posteriores análisis (Lilliefors, 1967). Posteriormente se llevaron a cabo los análisis descriptivos y de frecuencias para definir y describir la muestra que compone el presente trabajo. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson entre las variables resiliencia e inteligencia emocional y las variables ansiedad y depresión del HADS. Por último, aquellas variables de resiliencia e inteligencia emocional que mostraron relaciones estadísticamente significativas en el análisis de correlación de Pearson, fueron tomadas como variables independientes en el análisis de regresión por pasos (Henderson y Denison, 1989), para el desarrollo de modelos explicativos de las variables dependientes ansiedad y depresión.

El análisis y el procesamiento de los datos se realizaron con el software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v25. Los resultados se consideraron significativos con un  $p < .05$ .

## Resultados

En relación al primer objetivo y atendiendo a los valores descriptivos de las diferentes variables del estudio, se halla que los participantes presentan elevados niveles de ansiedad y de depresión. Concretamente, en cuanto a la ansiedad, una alta proporción de la muestra (90.2%) presenta una puntuación compatible con trastorno

ansioso. Por otra parte, con respecto a la depresión, aunque en menor medida, también se encontró que casi tres cuartos de la muestra total (67.6%) refleja la presencia de elevados niveles de sintomatología depresiva.

Por otra parte, con respecto a los niveles de inteligencia emocional, las personas homosexuales y bisexuales que forman parte de la investigación reflejan una adecuada capacidad percibida a la hora de atender, comprender y regular de forma adecuada sus emociones y estados de ánimo. Además, los resultados reflejan que estas personas presentan capacidad de enfrentar situaciones adversas, mostrando altos niveles de resiliencia. La **Tabla 1** muestra los datos estadísticos descriptivos de las distintas variables incluidas en el estudio, así como la fiabilidad de las mismas.

A fin de conocer la relación entre la resiliencia y la inteligencia emocional, y los niveles de ansiedad y depresión en la muestra, se llevó a cabo un análisis de correlación bivariada entre las variables ansiedad y depresión, y la resiliencia y la inteligencia emocional percibida a través de sus tres dimensiones (atención emocional, claridad emocional, y reparación emocional). Los resultados obtenidos se reflejan en la **Tabla 2**.

**Tabla 1**  
Estadísticos Descriptivos de las Variables Incluidas en el Estudio

Variables	$\alpha$	Mínimo	Máximo	M	DT
Ansiedad	0.79	7.00	21.00	15.83	3.26
Depresión	0.75	3.00	21.00	12.99	3.78
Atención Emocional	0.84	14.00	40.00	30.55	5.58
Claridad Emocional	0.89	8.00	40.00	27.68	6.05
Reparación Emocional	0.85	8.00	40.00	26.41	6.12
Resiliencia Global	0.90	77.00	164.00	128.76	19.63

Nota. M = Media; DT = Desviación Típica;  $\alpha$  = Alpha de Cronbach

**Tabla 2**  
Correlaciones Bivariadas Entre la Resiliencia y las Dimensiones de Inteligencia Emocional Percibida, y los Niveles de Ansiedad y Depresión de la Muestra

	Atención Emocional	Claridad Emocional	Reparación Emocional	Resiliencia
Ansiedad	-.189*	.367**	.388**	.506**
Depresión	-.295**	.405**	.393**	.516**

\*\*  $p < 0.01$ ; \*  $p < 0.05$ .

Se encontró que todas las dimensiones de la inteligencia emocional percibida, así como la resiliencia correlacionan de forma estadísticamente significativa con la ansiedad y depresión. En este sentido, menores niveles de ansiedad y de depresión estarían relacionados con altos niveles de claridad emocional, reparación emocional y resiliencia, así como con menores niveles de atención emocional. Por último, con la finalidad de conocer la capacidad explicativa y/o predictiva que la resiliencia y la inteligencia emocional percibida tiene sobre los niveles de ansiedad de las personas lesbianas, gais y bisexuales participantes en este estudio, se llevaron a cabo diversos análisis de regresión lineal por pasos (método Stepwise) con la resiliencia y las tres dimensiones de la inteligencia emocional percibida (atención, claridad y reparación emocional) como variables independientes, y la ansiedad y la depresión como variables dependientes.

Por un lado, en relación a la ansiedad como variable dependiente, el análisis de regresión arrojó cuatro modelos estadísticamente significativos (ver **Tabla 3**). Estos modelos nos permiten confirmar que tanto la resiliencia como las dimensiones de la inteligencia emocional percibida muestran una capacidad explicativa y predictiva sobre los niveles de ansiedad de las personas homosexuales y bisexuales que componen la muestra del estudio.

Específicamente, el Modelo 4 fue el que mostró mayor capacidad explicativa. Dicho modelo demuestra que la resiliencia y las tres dimensiones de la inteligencia emocional percibida explican en un 32.5% ( $R^2 = .325$ ;  $F = 17.52$ ;  $p < .001$ ) la varianza de la ansiedad de personas homosexuales y bisexuales, mostrando además una alta capacidad predictiva sobre la variable dependiente. En este sentido, el modelo demostró que aquellas personas con mayor capacidad para enfrentar situaciones adversas, así como con mayor habilidad percibida para comprender y regular las emociones pueden ver reducidos sus niveles de ansiedad, mientras que aquellas que presentan mayores niveles de atención emocional pueden incrementar su sintomatología ansiosa.

**Tabla 3**  
Regresión Lineal con las Dimensiones de la Inteligencia Emocional Percibida y la Resiliencia Como Variables Independientes y la Ansiedad Como Variable Dependiente

	$R^2$	$R^2$ Ajustada	F	$\beta$	T	p
<b>VD: Ansiedad</b>						
<b>Modelo 1</b>	.256	.251	46.845***			<.001
Resiliencia				.506	6.844***	<.001
<b>Modelo 2</b>	.296	.285	28.345***			<.001
Resiliencia				.417	5.274***	<.001
Reparación Emocional				.218	2.753**	.007
<b>Modelo 3</b>	.323	.307	21.278***			<.001
Resiliencia				.409	5.248***	<.001
Reparación Emocional				.218	2.799**	.006
Atención Emocional				-.164	-2.308*	.023
<b>Modelo 4</b>	.345	.325	17.520***			<.001
Resiliencia				.342	4.113***	<.001
Reparación Emocional				.176	2.223*	.028
Atención Emocional				-.201	-2.781**	.006
Claridad Emocional				.179	2.134*	.035

Nota. VD = Variable Dependiente

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Por otro lado, en cuanto a la depresión como variable dependiente, el análisis también estableció cuatro modelos diferenciados y estadísticamente significativos. En la **Tabla 4** puede comprobarse que el Modelo 4 es también aquél con mayor capacidad explicativa sobre la variable dependiente. Concretamente, éste determinó que la resiliencia y las tres dimensiones de la inteligencia emocional percibida explican un 40.3% ( $R^2 = .403$ ;  $F = 23.81$ ;  $p < .001$ ) de



la varianza de la depresión en la muestra de estudio. Además, todas ellas mostraron una capacidad predictiva estadísticamente significativa sobre la variable resultado.

Por tanto, atendiendo a los resultados de este modelo, podríamos determinar que aquellas personas que muestran mayores niveles de resiliencia, así como una mayor capacidad percibida para comprender y regular las emociones y estados de ánimo, y que a su vez muestran una menor atención a sus estados emocionales, podrían ver reducidos sus niveles de depresión.

**Tabla 4**  
Regresión Lineal con las Dimensiones de la Inteligencia Emocional Percibida y la Resiliencia Como Variables Independientes y la Depresión Como Variable Dependiente

	$R^2$	$R^2$ Ajustada	$F$	$\beta$	$T$	$p$
<b>VD: Depresión</b>						
<b>Modelo 1</b>	.266	.261	48.595***			<.001
Resiliencia				.516	6.971***	<.001
<b>Modelo 2</b>	.334	.324	33.375***			<.001
Resiliencia				.498	7.028***	<.001
Atención Emocional				-.261	-3.686***	<.001
<b>Modelo 3</b>	.401	.387	29.422***			<.001
Resiliencia				.358	4.658***	<.001
Atención Emocional				-.323	-4.657***	<.001
Claridad Emocional				.298	3.289***	<.001
<b>Modelo 4</b>	.421	.403	23.805***			<.001
Resiliencia				.312	4.113***	<.001
Atención Emocional				-.315	-4.596***	<.001
Claridad Emocional				.257	3.236**	.002
Reparación Emocional				.161	2.137*	.034

Nota. VD = Variable Dependiente  
\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Atendiendo a los resultados obtenidos en ambos análisis de regresión se confirma que la resiliencia es una variable clave a la hora de predecir la sintomatología ansioso-depresiva de las personas gays, lesbianas y bisexuales. En este sentido, la resiliencia, por sí sola, muestra una capacidad explicativa y predictiva significativa sobre los niveles de ansiedad (Modelo 1:  $R^2 = .251$ ,  $p < .001$ ;  $\beta = 51$ ;  $p < .001$ ) y de depresión (Modelo 1:  $R^2 = .261$ ,  $p < .001$ ;  $\beta = 52$ ;  $p < .001$ ). La resiliencia, como capacidad para afrontar situaciones adversas, predice un 25.1% de la varianza de la ansiedad, así como en un 26.1% de la varianza de la depresión, constituyéndose como una variable que reduce la experimentación de trastornos emocionales en esta población de estudio. Se establece, además, como una variable protectora que debe ser considerada para su incorporación en las intervenciones dirigidas a la prevención de problemas de salud mental en este colectivo, así como en aquellas enfocadas en la reducción de la sintomatología ansioso-depresiva en personas gays, lesbianas y bisexuales.

Además, es necesario destacar la influencia clave de las dimensiones de la inteligencia emocional percibida. Concretamente,

los resultados destacan la influencia de todas ellas sobre los niveles de ansiedad y depresión en la muestra. No obstante, cabe resaltar el papel de la reparación emocional y la atención emocional sobre los niveles ansioso-depresivos.

En esta línea, la reparación emocional, junto con la resiliencia, explica y predice un 28.5% (Modelo 2:  $R^2 = .285$ ;  $F = 28.34$ ;  $p < .001$ ), encontrándose que la reparación ejerce un efecto predictor positivo sobre los niveles de depresión de la muestra ( $\beta = .52$ ;  $p < .001$ ). Por tanto, aquellas personas que se perciben a sí mismos con una alta capacidad para regular y reparar sus estados de ánimo muestran menores niveles de ansiedad. Por otra parte, la atención emocional, junto con la resiliencia, explica y predice el 32.4% de la varianza de la depresión (Modelo 2:  $R^2 = .324$ ;  $F = 33.375$ ;  $p < .001$ ), encontrándose una capacidad predictiva significativa de la misma sobre los niveles depresivos de los participantes del estudio ( $\beta = -.26$ ;  $p < .001$ ). En este sentido, aquellas personas que muestran una excesiva atención a sus emociones, ven incrementados sus niveles de depresión.

Por tanto, no sólo hay que considerar la resiliencia en las intervenciones dirigidas tanto a la prevención como a la reducción de la sintomatología ansioso-depresiva en esta población, sino que también hay que tener en cuenta las dimensiones de la inteligencia emocional percibida por papel clave sobre estas dos dimensiones, especialmente la reparación y la atención emocional.

## Discusión

Los estudios científicos centrados en mejorar el bienestar psicológico de personas homosexuales y bisexuales están en auge en los últimos años, en parte explicado por la evolución social y política en temas LGTB. Parece común encontrar en la literatura investigaciones dirigidas a hallar variables, como por ejemplo la homofobia, que impactan negativamente en la salud mental de las personas lesbianas, gays y bisexuales. Sin embargo, se considera necesario incentivar estudios para conocer los aspectos y variables psicosociales que pueden impactar positivamente en la salud mental de personas homosexuales y bisexuales, así como reducir el malestar psicológico y la sintomatología ansiosa y depresiva, con el fin de fomentar sus niveles de bienestar psicológico.

A tenor de los resultados obtenidos, y dando respuesta al primer objetivo, se encuentra que una gran parte de los participantes de esta investigación muestran elevados niveles de ansiedad y depresión, llegando a ser puntuaciones que podrían interpretarse como la presencia de trastornos ansioso-depresivo. Estos resultados, en primer lugar, apoyan la teoría del estrés de las minorías, propuesta por Meyer (2003). Y es que, a pesar de que en la actualidad las personas homosexuales y bisexuales han ganado en derechos y protección, aún sigue siendo frecuente la imagen estigmatizada de las personas que salen fuera de la heteronormatividad, sigue siendo frecuente las situaciones de acoso homofóbico y los discursos de odio tanto en la esfera pública (escuelas, redes sociales...), como en la esfera más privada, como es el entorno familiar. Este tipo de situaciones llevan a las personas que se identifican con una minoría sexual a experimentar miedo al rechazo y falta de apoyo por parte de amigos y familiares, lo cual pone en riesgo su desarrollo de la propia identidad homosexual o bisexual, apareciendo dificultades para la autoaceptación (Rosario et al., 2009). Los hallazgos de este trabajo también van en la línea de aquellos estudios que señalan la alteración

en la salud mental de las minorías sexuales (Fonseca de Freitas et al., 2021), así como de aquellos que confirman la existencia de mayores niveles de malestar psicológico en personas homosexuales y bisexuales (Ngamake et al., 2016).

En otro orden, los hallazgos de este estudio van en concordancia con lo señalado por autores como Haas et al. (2010) y Lothwell et al. (2020) quienes señalan que las personas LGB frecuentemente se encuentran con dificultades en su desarrollo psicosexual, algo que se relaciona con el padecimiento de trastornos psicopatológicos como la ansiedad o depresión. Y es que es de esperar, que cuando una persona está desarrollando su identidad sexual, el hecho de sentirse identificado con una orientación homosexual o bisexual, puede generarle un conflicto entre sus componentes cognitivos, afectivos y comportamentales. El miedo a salirse de la heteronormatividad lleva a muchas personas a comportarse de manera de incongruente con su deseo y necesidad real. Por ejemplo, hombres que socialmente llevan a cabo un estilo de vida heterosexual, llegando a emparejarse con una mujer, a pesar de sentir atracción sexual y romántica únicamente por personas de su mismo género. Este tipo de situaciones dan lugar a un sentimiento de soledad y autorechazo que generalmente deriva en trastornos de ansiedad y depresión.

Siguiendo el segundo objetivo de este trabajo, se halla que las personas que forman parte de esta muestra muestran adecuados niveles de inteligencia emocional percibida, así como unos elevados niveles de resiliencia. Es de esperar que, por un lado, las competencias emocionales de estas personas puedan estar entrenadas, al tratarse de personas jóvenes y la mayoría con estudios universitarios. Y por otro, también cabe esperar elevados niveles de resiliencia que han podido ir adquiriendo, al aplicar una adecuada gestión de las emociones ante situaciones adversas que han ido experimentando a lo largo de la vida, como es el acoso homofóbico y otras situaciones discriminatorias y violentas, como las que se han descrito anteriormente.

Por último, respecto al objetivo de encontrar relaciones entre la resiliencia y la inteligencia emocional con la ansiedad y depresión, los resultados hallados permiten confirmar que las personas LGB que forman parte de la muestra, y que presentan altos niveles de resiliencia, tienden a puntuar más bajo en los niveles de ansiedad y depresión. Estos resultados van en línea con lo hallado por Fonseca de Freitas et al. (2021), cuando encontraron que las personas LGB que habían desarrollado resiliencia, a pesar de las situaciones adversas experimentadas, mostraban similares niveles de ansiedad y depresión que las personas heterosexuales.

En cuanto a la inteligencia emocional percibida, los datos confirman que las personas que tienen alta claridad emocional, así como alta capacidad para reparar los estados emocionales negativos, tienden a mostrar menores niveles de ansiedad y depresión, resultados que van en línea con lo aportado por autores como Millán-Franco et al. (2021) o Xu et al. (2021). Es destacable el hallazgo de que las personas que muestran menos atención a sus emociones, presentan menor malestar psicológico, resultado que va en línea con lo aportado por Delhom et al. (2020), quienes señalaban que la atención emocional excesivamente alta, puede llegar a ser contraproducente.

Teniendo en cuenta lo anterior se confirma la necesidad de seguir llevando a cabo trabajos de investigación en esta línea, con el fin de conocer qué variables psicosociales se pueden trabajar desde la psicoterapia al fin de prevenir los trastornos ansioso-depresivos en

personas LGB. Por ello, se considera crucial incluir programas de fomento de la resiliencia, así como de entrenamiento en gestión de las emociones, en la intervención psicológica dirigidos a personas homosexuales y bisexuales. No obstante, esto no quiere decir, que no sea necesario seguir interviniendo sobre el impacto que la homofobia y situaciones discriminatorias tienen en la salud mental de personas lesbianas, gais y bisexuales, ya que el trabajo desde el enfoque salutogénico puede ser un complemento de gran interés para disminuir dicho impacto.

Para concluir, se indican como limitaciones del estudio, por un lado, el número de la muestra, ya que éste es reducido y concentrado en una edad media joven. Quizá sería interesante poder ver los niveles de inteligencia emocional percibida, resiliencia, así como los niveles de ansiedad y depresión en personas LGB de mayor edad y que se han desarrollado en un contexto sociocultural más adverso para personas LGB. Por otro lado, no se han podido evaluar las dimensiones de la resiliencia, dada la baja fiabilidad encontrada, por lo que se estudiará para futuros trabajos de investigación el uso de otros instrumentos. Por último, otra limitación a tener en cuenta de cara a futuras investigaciones tiene que ver con la evaluación del malestar, y es que, a pesar de la importancia de seguir midiendo la ansiedad y la depresión, también es importante conocer otros problemas relacionados con la salud mental, como el consumo de sustancias, conductas sexuales de riesgo, o la conducta suicida de estas personas.

### Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

### Conflicto de Interés

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

### Referencias

- Baile, J. I. (2008). *Estudiando la homosexualidad. Teoría e investigación*. Pirámide.
- Bogaert, A. F. y Skorska, M. N. (2020). A short review of biological research on the development of sexual orientation [Una breve reseña de la investigación biológica sobre el desarrollo de la orientación sexual]. *Hormones and Behavior*, 119, 104659. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2019.104659>
- Brotto, L. A. y Yule, M. (2017). Asexuality: Sexual orientation, paraphilia, sexual dysfunction or none of the above? [Asexualidad: ¿Orientación sexual, parafilia, disfunción sexual o ninguna de las anteriores?]. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 619-627. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0802-7>
- López, A., Castaño, M. y Pérez-Llantada, M.C. (2021). Evaluación de un programa piloto de promoción de la salud sexual para personas con diagnóstico de trastorno mental crónico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(2), 83-94. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.26.num.2.2021>
- Delhom, I., Satorres, E. y Meléndez, J. C. (2020). Can we improve emotional skills in older adults? Emotional intelligence, life satisfaction, and resilience [¿Podemos mejorar las habilidades emocionales en los adultos mayores? Inteligencia emocional, satisfacción con la vida y resiliencia]. *Psychosocial Intervention*, 29(3), 133-139. <https://doi.org/10.5093/pi2020a8>

- Drucker, D. J. (2012). Marking Sexuality from 0-6: The Kinsey Scale in online culture [Calificar la sexualidad del 0 al 6: la Escala Kinsey en la cultura online]. *Sexuality and Culture*, 16(3), 241–262. <https://doi.org/10.1007/s12119-011-9122-1>
- Dyar, C. y London, B. (2018). Longitudinal examination of a bisexual-specific minority stress process among bisexual cisgender women [Examen longitudinal de un proceso de estrés minoritario bisexual específico entre mujeres bisexuales cisgénero]. *Psychology of Women Quarterly*, 42(3), 342–360. <https://doi.org/10.1177/0361684318768233>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale [Validez y fiabilidad de la versión española modificada de la Trait Meta-Mood Scale]. *Psychological reports*, 94(3), 751–755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Ferster, O. y Zivony, A. (2023). Bisexual stereotypes in clinical evaluation [Estereotipos bisexuales en la evaluación clínica]. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sgd0000630>
- Fonseca de Freitas, D., Silva, C. y Coimbra, S. (2021). Discrimination and mental health: Mediation effects of coping strategies in LGB and heterosexual youth [Discriminación y salud mental: efectos de mediación de las estrategias de afrontamiento en jóvenes LGB y heterosexuales]. *Psykhe: Revista de la Escuela de Psicología*, 30(1), 1–18. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2018.22185>
- Guerra-Bustamante, J., León-Del-Barco, B., Yuste-Tosina, R., López-Ramos, V. M. y Mendo-Lázaro, S. (2019). Emotional intelligence and psychological well-being in adolescents [Inteligencia emocional y bienestar psicológico en adolescentes]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1720. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101720>
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R. y Clayton, P. J. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations [Suicidio y riesgo de suicidio en poblaciones de lesbianas, gays, bisexuales y transgénero: revisión y recomendaciones]. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>
- Haider, S. I., Ahmed, F., Pasha, H., Pasha, H., Farheen, N. y Zahid, M. T. (2022). Life satisfaction, resilience and coping mechanisms among medical students during COVID-19 [Satisfacción con la vida, resiliencia y mecanismos de afrontamiento entre estudiantes de medicina durante el COVID-19]. *Plos One*, 17(10), e0275319. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275319>
- Henderson, D. A. y Denison, D. R. (1989). Stepwise regression in social and psychological research [Regresión gradual en la investigación social y psicológica]. *Psychological Reports*, 64(1), 251–257. <https://doi.org/10.2466/pr0.1989.64.1.251>
- Kalka, D. y Lockiewicz, M. (2018). Happiness, life satisfaction, resiliency and social support in students with dyslexia [Felicidad, satisfacción vital, resiliencia y apoyo social en estudiantes con dislexia]. *International Journal of Disability, Development and Education*, 65(5), 493–508. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2017.1411582>
- Kinsey, A., Pomeroy, W. y Martin, C. (1948). *Sexual behavior in the human male [Comportamiento sexual en el hombre humano]*. WB Saunders.
- Lilliefors, H. W. (1967). On the Kolmogorov-Smirnov test for normality with mean and variance unknown. *Journal of the American Statistical Association*, 62(318), 399–402. <https://doi.org/10.2307/2283970>
- Lothwell, L. E., Libby, N. y Adelson, S. L. (2020). Mental health care for LGBT youths [Atención de salud mental para jóvenes LGBT]. *FOCUS The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 18(3), 268–276. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200018>
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? [¿Qué es la inteligencia emocional?]. En P. Salovey y D. Sluyter (eds.), *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators* (pp. 3–31). Basic Books.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence [Prejuicio, estrés social y salud mental en poblaciones de lesbianas, gays y bisexuales: cuestiones conceptuales y evidencia de investigación]. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Millán-Franco, M., Orgambidez Ramos, A., Domínguez de la Rosa, L. y Martínez-Martínez, S. L. (2021). La competencia emocional como predictor de la felicidad en trabajadores sociales. *Interdisciplinaria*, 38(2), 259–274. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.17>
- Ngamake, S. T., Walch, S. E. y Raveepatarakul, J. (2016). Discrimination and sexual minority mental health: Mediation and moderation effects of coping [Discriminación y salud mental de las minorías sexuales: efectos de mediación y moderación del afrontamiento]. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 213–226. <https://doi.org/10.1037/sgd0000163>
- Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes* [Trabajo fin de Grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú].
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Temas de salud: Salud sexual. [https://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](https://www.who.int/topics/sexual_health/es/)
- Peñacoba, C., Garvi, D., Gómez, L. y Álvarez, A. (2020). Psychological well-being, emotional intelligence, and emotional symptoms in deaf adults [Bienestar psicológico, inteligencia emocional y síntomas emocionales en adultos sordos]. *American Annals of the Deaf*, 165(4), 436–452. <https://doi.org/10.1353/aad.2020.0029>
- Peris, J. (2022). Marco conceptual de la diversidad sexual y de género. En J. Peris (ed.), *Experto en Psicología Afirmativa en Diversidad Sexual y de Género* (pp. 15–21). Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.
- Pienimaa, A., Talman, K., Vierula, J., Laakkonen, E. y Haavisto, E. (2023). Development and psychometric evaluation of the Emotional Intelligence Test (EMI-T) for social care and healthcare student selection [Desarrollo y evaluación psicométrica del Test de Inteligencia Emocional (EMI-T) para la selección de estudiantes de atención social y salud]. *Journal of Advanced Nursing*, 79(2), 850–863. <https://doi.org/10.1111/jan.15557>
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W. y Hunter, J. (2009). Disclosure of sexual orientation and subsequent substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual youths: critical role of disclosure reactions [Divulgación de la orientación sexual y el posterior uso y abuso de sustancias entre jóvenes lesbianas, gays y bisexuales: papel fundamental de las reacciones de divulgación]. *Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 23(1), 175–184. <https://doi.org/10.1037/a0014284>
- Salas-Sánchez, B., Fernández-Ortega, M. Á. y Medina-Rosales, A. (2024). Factores biopsicosociales asociados a la homosexualidad y otras variantes de orientación sexual. *Atención Familiar*, 25(1), 35–42. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2024.187142>
- Salavera, C. y Usán, P. (2022). The relationship between eudaimonic wellbeing, emotional intelligence and affect in early adolescents [La relación entre el bienestar eudaimónico, la inteligencia emocional y el afecto en los primeros adolescentes]. *Current Psychology*, 41(10), 6945–6953. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01208-y>

- Salomaa, A. C. y Matsick, J. L. (2019). Carving sexuality at its joints: Defining sexual orientation in research and clinical practice [Tallando la sexualidad en sus articulaciones: Definiendo la orientación sexual en la investigación y la práctica clínica]. *Psychological Assessment*, 31(2), 167-180. <https://doi.org/10.1037/pas0000656>
- Scandurra, C., Monaco, S., Dolce, P. y Nothdurfter, U. (2021). Heteronormativity in Italy: psychometric characteristics of the Italian version of the heteronormative attitudes and beliefs scale [Heteronormatividad en Italia: características psicométricas de la versión italiana de la escala de actitudes y creencias heteronormativas]. *Sexuality Research and Social Policy*, 18, 637-652. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00487-1>
- Sojer, P., Kainbacher, S., Hufner, K., Freudenthaler, H., Kemmler, G. y A Deisenhammer, E. (2021). The association of intrapersonal trait emotional intelligence and resilience with suicidal ideation in university students [La asociación del rasgo intrapersonal de inteligencia emocional y resiliencia con la ideación suicida en estudiantes universitarios]. *Psychiatria Danubina*, 33(br 3), 298-305. <https://doi.org/10.24869/psyd.2021.298>
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A. y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en población Española. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 163-176.
- Thepsourinthone, J., Dune, T., Liamputtong, P. y Arora, A. (2020). The relationship between masculinity and internalized homophobia amongst Australian gay men [La relación entre masculinidad y homofobia internalizada entre los hombres homosexuales australianos]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5475. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155475>
- Wagnild, G. y Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale [Desarrollo y evaluación psicométrica de la Escala de Resiliencia]. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-167.
- Xu, X., Pang, W., y Xia, M. (2021). Are emotionally intelligent people happier? A meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and subjective well-being using Chinese samples [¿Son más felices las personas emocionalmente inteligentes? Un metanálisis de la relación entre la inteligencia emocional y el bienestar subjetivo utilizando muestras chinas]. *Asian Journal of Social Psychology*, 24(4), 477-498. <https://doi.org/10.1111/ajsp.12445>
- Yolaç, E. y Meriç, M. (2021). Internalized homophobia and depression levels in LGBT individuals [Niveles de homofobia internalizada y depresión en personas LGBT]. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 304-310. <https://doi.org/10.1111/ppc.12564>
- Zayas A., Moreno, A. F. R., Márquez, I. L., González, P. R. y Sánchez, L. M. (2023). Bienestar psicológico y resiliencia en personas homosexuales. En A. Martos, M<sup>a</sup>. Del M. Simón, J. J. Gázquez, P. Molina y M. Sisto (Eds.), *Investigación y desarrollo de recursos de intervención en contextos clínicos y de la salud* (pp. 309-320). Dykinson.
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale [La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>



Artículo (Monográfico)

## Procedimiento Para la Conceptualización de Casos y Planificación del Proceso Psicoterapéutico Mediante Mapas Cognitivos Borrosos del Sistema de Significados Personales de los Clientes [2C3P-MCB]

Luis Botella García del Cid 

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Abril 15, 2024  
Aceptado: Mayo 20, 2024

#### Palabras clave:

Mapas cognitivos borrosos  
Psicología de constructos personales  
Pensamiento sistémico  
Conceptualización de casos  
Planificación de la psicoterapia

### RESUMEN

Se presenta un procedimiento para la conceptualización de casos y planificación del proceso psicoterapéutico mediante Mapas Cognitivos Borrosos (MCBs) del sistema de significados personales de los clientes. Esta herramienta, integrada con la Psicología de los Constructos Personales y los principios del Pensamiento Sistémico, permite modelar el sistema dinámico del cliente, identificar sus componentes, analizar patrones e interacciones, y relacionarlo con arquetipos sistémicos conocidos. Esto posibilita una comprensión profunda e idiográfica de la situación, vislumbrando las estructuras y modelos mentales subyacentes que generan dinámicas disfuncionales. Se demuestra su aplicación mediante un caso clínico. El procedimiento sienta las bases para diseñar intervenciones personalizadas que promuevan cambios transformadores en múltiples niveles, abordando la complejidad de los sistemas humanos con métodos y modelos igualmente complejos y dinámicos.

### A Procedure for Case Conceptualization and Psychotherapeutic Process Planning With Fuzzy Cognitive Maps of the Clients System of Personal Meanings [2C3P-FCM]

### ABSTRACT

A procedure is presented for case conceptualization and psychotherapeutic process planning using Fuzzy Cognitive Maps (FCMs) of the clients' systems of personal meanings. This tool, integrated with Personal Construct Psychology and Systems Thinking principles, allows modeling the client's dynamic system, identifying its components, analyzing patterns and interactions, and relating it to known systemic archetypes. This enables a deep and idiographic understanding of the situation, glimpsing the underlying structures and mental models that generate dysfunctional dynamics. Its application is demonstrated through a clinical case. The procedure lays the groundwork for designing personalized interventions that promote transformative changes at multiple levels, addressing the complexity of human systems with equally complex and dynamic methods and models.

#### Keywords:

Fuzzy cognitive maps  
Personal construct psychology  
Systems thinking  
Case conceptualization  
Psychotherapy planning



La experta en intervenciones en sistemas complejos Donella Meadows, una de las pioneras del *Systems Thinking*, decía al reflexionar sobre su experiencia de más de 50 años que:

Los sistemas no lineales y autoorganizados son inherentemente impredecibles. No son controlables. Son comprensibles sólo de la manera general. El objetivo de prever exactamente el futuro y prepararse perfectamente para él es irrealizable. La idea de hacer que un sistema complejo haga exactamente lo que uno quiere que haga, en el mejor de los casos, sólo se puede lograr temporalmente. Nunca podremos comprender completamente nuestro mundo, al menos no en la forma en que nuestra ciencia reduccionista nos ha hecho creer. Nuestra ciencia misma, desde la teoría cuántica hasta las matemáticas del caos, nos lleva a una incertidumbre irreductible. Para cualquier objetivo que no sea de lo más trivial no podemos optimizar; ni siquiera sabemos qué optimizar. No podemos realizar un seguimiento de todo. No podremos encontrar una relación adecuada y sostenible con la naturaleza, entre nosotros o con las instituciones que creamos si intentamos hacerlo desde el papel de conquistador omnisciente. (Meadows, 2024).

Está claro que nuestro trabajo como psicoterapeutas comporta interactuar con sistemas complejos: los seres humanos y los sistemas de relaciones que conformamos tales como parejas o familias. Como sistemas complejos, nos caracterizamos tanto en lo intrapsíquico como en lo interpersonal por todo lo que define a tales sistemas: no linealidad, borrosidad, adaptabilidad, multifactorialidad, autoorganización, razonamiento aproximado, contextualidad, gradualidad, flexibilidad, solapamiento, ambigüedad, imprecisión, incertidumbre, ciclicidad, dinámica, interconexión, emergencia, caos... entre otras características debidas además a que en nuestro caso somos sistemas complejos *organizados por el lenguaje*.

Es posible que muchas de las incógnitas que aún enfrentamos en la investigación y práctica de la psicoterapia fuesen más abordables desde modelos que reconozcan esa complejidad que, como dice Meadows (2024), desde otros que fueron diseñados para sistemas lineales más simples (véase también Botella, 2019, 2020).

Hayes y Adrews (2020) por ejemplo destacan que a pesar de que en la actualidad existen numerosas formas de psicoterapia con eficacia demostrada, aún se sabe poco sobre cómo estos tratamientos consiguen sus efectos: sobre el proceso de cambio psicoterapéutico—conocimiento que podría guiar los esfuerzos para mejorar la eficacia y personalización de la psicoterapia y abordar importantes problemas como las recaídas o el abandono, entre otros. Estos autores atribuyen esta falta relativa de evidencias sobre el proceso psicoterapéutico al exceso de dependencia de la investigación en el modelo de Ensayo Clínico Aleatorizado, que por sus propias características metodológicas no ofrece información a este respecto (Botella, 2019).

Hayes y Adrews (2020) destacan también que las ciencias que estudian sistemas complejos han pasado de los análisis reduccionistas de las partes componentes y el cambio lineal simple al estudio de los elementos interconectados y circuitos de retroalimentación que forman patrones que evolucionan con el tiempo, a menudo de manera no lineal, mientras que la investigación en psicoterapia ha sido más renuente en incorporar tales metodologías.

En una línea similar Burger et al. (2020) entre otros, se muestran extrañados de que a pesar del interés por un enfoque de sistemas complejos en otros ámbitos de la psicología clínica (por ejemplo en psicopatología) y de la existencia de algunas metodologías que incorporan esa visión, aún sean muy escasas sus aplicaciones a la psicoterapia.

Concretamente, estos autores afirman que:

Se han desarrollado herramientas para el análisis de redes idiográficas, lo que nos permite explorar la dinámica de los síntomas de pacientes específicos a partir de datos recopilados utilizando métodos de muestreo de la experiencia. Este enfoque puede ser especialmente relevante para la psicoterapia, ya que tiene el potencial de integrarse en la práctica clínica a través de informar la formulación de teorías idiográficas (es decir, conceptualizaciones de casos) y la identificación de objetivos de intervención adaptados al paciente (p. 2).

Desde hace ya décadas (véase Botella, 2007) hemos estado interesados en el desarrollo de métodos y procedimientos que incorporen la visión de sistemas complejos a la investigación en psicoterapia. En nuestro caso ese interés ha ido en la línea del uso de Mapas Cognitivos Borrosos (MCBs; llamados así por estar basados en la Lógica Borrosa—véase Kosko, 1986) en combinación con la tradición del constructivismo en general y la Psicología de Constructos Personales (PCP; Kelly, 1955/1991) en particular. Más concretamente, hemos trabajado en la elaboración de las bases conceptuales y procedimentales de un uso de los MCBs del sistema de significados/constructos personales de los clientes como procedimiento para la conceptualización de casos y planificación del proceso psicoterapéutico (véase Botella, 2020, 2021; Botella et al., 2022; Saúl, Botella y Sanfeliciano, 2023; Saúl et al., 2022).

No es el objetivo de este artículo entrar en detalles sobre la Lógica Borrosa o los MCBs, porque lo extendería exageradamente y además ya lo hemos hecho en los trabajos antes citados a los que remitimos al lector interesado no familiarizado con ellos. Sí es relevante, sin embargo, destacar algunos aspectos sobre la conceptualización de casos, dado que ofrece importantes ventajas en comparación con el modelo de diagnóstico psicopatológico tradicional desde una perspectiva integradora y transdiagnóstica.

En primer lugar, la conceptualización de casos (a) adopta una visión más holística y comprensiva del individuo, considerando no sólo los síntomas, sino también los factores biológicos, psicológicos, sociales y contextuales que influyen en el problema. Además, (b) en lugar de encasillar a las personas en categorías diagnósticas rígidas, la conceptualización de casos permite una comprensión más individualizada y personalizada de cada caso, reconociendo las experiencias únicas de cada persona. Por otra parte, (c) se centra en los procesos y mecanismos subyacentes comunes a diferentes trastornos, en lugar de enfocarse únicamente en los síntomas específicos de un diagnóstico particular. Reconoce también (d) la complejidad y la superposición de síntomas y problemas, evitando la visión reduccionista de encasillar a las personas en un solo diagnóstico. La conceptualización de casos (e) proporciona una guía más integral para el tratamiento, al considerar múltiples factores y permitir intervenciones personalizadas en función de las necesidades específicas del

individuo. Al centrarse en la comprensión profunda del individuo y su contexto, la conceptualización de casos (f) puede fomentar una mayor participación y empoderamiento del paciente en el proceso terapéutico. Por último al alejarse de las etiquetas diagnósticas y centrarse en la comprensión de las experiencias individuales, la conceptualización de casos (g) puede contribuir a reducir el estigma asociado con los diagnósticos psiquiátricos. En síntesis, se acerca mucho a lo que Kelly (1955/1991) definió como deseable en un proceso de evaluación psicológica: un diagnóstico transitivo centrado no sólo en qué le pasa al cliente sino en cómo se le puede ayudar a que deje de pasarle.

En este artículo se presenta detalladamente el procedimiento para llevar a cabo esa conceptualización mediante MCBs del sistema de significados del cliente (véase también Botella et al., 2022), así como para utilizarlo como guía para la selección de objetivos, estrategias y técnicas terapéuticas (véase Botella, 2020). He optado por ir acompañando la exposición del procedimiento con el seguimiento de un estudio de caso (Camila) para clarificar y ejemplificar lo explicado.

En síntesis y para que sirva de organizador avanzado y a la vez de síntesis del contenido del artículo, el procedimiento al que por sus siglas hemos denominado 2C3P-MCB es el siguiente (véase Figura 1):

**Figura 1**  
Síntesis del Contenido del Artículo

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Modelado y análisis dinámico del MCB del cliente           <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Selección de los nodos relevantes del MCB del cliente (primera persona)</li> <li>1.2 Identificación de qué tipo de factores son según el MCB-FRP (tercera persona)</li> <li>1.3 Establecimiento del nivel de activación de los nodos del MCB del cliente en el momento t0 y de las relaciones entre ellos</li> <li>1.4 Análisis de la dinámica del sistema del cliente</li> <li>1.5 Identificación de eventos, patrones, estructuras y modelos mentales a partir de la dinámica del sistema del cliente</li> </ol> </li> <li>2 Planificación del proceso psicoterapéutico           <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identificación del arquetipo sistémico y de objetivos, estrategias y técnicas</li> <li>2.2 Intervención para t1</li> <li>2.3 Revisión del proceso y ajustes necesarios</li> </ol> </li> </ol> |
|---|

### 2C3P-MCB: Procedimiento Detallado

En lo que sigue me centraré en la primera parte del procedimiento objeto de este artículo.

#### Modelado y Análisis Dinámico del MCB del Cliente

La primera fase del procedimiento 2C3P-MCB consiste (a) en la construcción del MCB del sistema de significados personales del cliente (o clientes) y (b) en el análisis de su estructura y dinámica mediante el uso del propio MCB como prototipo para la simulación de posibles estados del sistema.

Para ello se siguen los pasos que se detallan en los epígrafes 1.1 a 1.5 de la introducción a este trabajo y cuya explicación conforma los apartados de esta sección del artículo. Procedo a continuación a describir el método detallado para cada uno de estos cuatro pasos.

#### Selección de los Nodos Relevantes del MCB del Cliente (Primera Persona)

Tal como se sintetizó en la introducción de este trabajo, el MCB es una herramienta de modelado y conceptualización que permite

identificar y representar visualmente los nodos relevantes, tanto positivos/deseables (congruentes con el ideal) como negativos/indeseables (incongruentes con el ideal), que conforman el sistema de significados/constructos personales del/los cliente/s.

Para tal fin los nodos relevantes se clasifican en *triggers* (nodos negativos indeseables, representados en rojo en el MCB) que son eventos, experiencias, situaciones o factores que anticipan o desencadenan estados y dinámicas disfuncionales en el sistema y *glimmers* (nodos positivos deseados, representados en verde en el MCB) que son eventos, experiencias, situaciones o factores que anticipan o desencadenan estados y dinámicas funcionales en el sistema. [Hemos adoptado la convención de representar en amarillo aquellos nodos que son indiferentes, ni positivos ni negativos, en cuanto a su valoración subjetiva en el sistema.]

Por ejemplo, si uno desea ser “competente” y anticipa o se encuentra con una experiencia que se lo impide (tal como una distracción temporal pero inevitable), entonces esa distracción actúa como un *trigger* indeseable en el sistema. Lo aleja de su estado deseado y es incongruente con el ideal. De hecho es ejemplar de lo que Kelly (1955/1991) consideraba una invalidación que generará emociones negativas. Esto es debido a que uno (subjetivamente) no se puede validar como “competente” si ha perdido horas con una distracción irrelevante, más bien al contrario, y eso le llevará con toda probabilidad a sentirse mal--si bien el tipo de emoción negativa concreta variará en función del contexto del resto del sistema, y su intensidad variará en función de la relevancia subjetiva de ese nodo.

Asimismo, y por seguir con el mismo ejemplo, si uno entra en un estado de atención focalizada excepcional y avanza una cantidad inusitada de trabajo en unas horas, ese evento (nodo) será con toda probabilidad un *glimmer* en el sistema. Lo acerca a su estado deseado y es congruente con el ideal. Es ejemplar de lo que Kelly (1955/1991) consideraba una validación que generará emociones positivas. Esto es debido a que uno (también subjetivamente) se puede validar como “muy competente” ante tal avance, y eso le llevará con toda probabilidad a sentirse bien--si bien de nuevo el tipo de emoción positiva concreta variará en función del contexto del resto del sistema y su intensidad variará en función de la relevancia subjetiva de ese nodo.

Según Dana (2018) los *glimmers* (que podríamos traducir como “destellos” en español manteniendo la metáfora visual del término en inglés, dado que en ese idioma el término *glimmer* no sólo se refiere a una luz, sino que se utiliza casi siempre connotando el albor de algo positivo o esperanzador, como en *a glimmer of hope for the future* o *a glimmer of light in the conflict*) aportan sensación de seguridad y validación personal. Son lo contrario de los “desencadenantes” o *triggers*, que llevan al organismo a un estado de alerta e invalidación y a sentir angustia, ansiedad, amenaza, nerviosismo y emociones negativas en general.

Desde la perspectiva de la Psicología de los Constructos Personales los *glimmers*/destellos (nodos de estados deseados, polos de constructos congruentes con la construcción del ideal) representarían aquellos acontecimientos o experiencias que se ajustan y validan la construcción deseada del *self* y la vida en el sistema de constructos personales del individuo. Es decir, confirman y refuerzan la forma en que uno anticipa y da sentido a su realidad y a sí mismo desde la perspectiva de sus metas deseadas, como en el ejemplo anterior de la “competencia”. Es importante destacar que

no se trata siempre ni necesariamente de eventos que comporten “felicidad” en el sentido en que lo plantea por ejemplo la psicología positiva o la autoayuda. Se trata de eventos en que la construcción del *self* ideal encaja con la de la experiencia vital por la que se está pasando y eso sólo comporta “felicidad” en algunos casos, lo que sí comporta siempre es validación y sentido. Por ejemplo, si el *self* ideal de alguien es ser un aventurero solitario seguramente se sentirá sumamente validado dando la vuelta al mundo en una embarcación como único tripulante, experiencia que además tendrá pleno sentido, pero a la vez puede que comporte momentos de dolor (físico y emocional) intensos que no le hacen precisamente “feliz”... pero que sí son plenamente significativos como esfuerzo sobrehumano en pos de una meta validadora.

Por otro lado, los *triggers* (nodos de estados indeseables, polos incongruentes con la construcción del ideal) serían aquellos que entran en contradicción con las metas deseadas de los sistemas de construcción personales. Generan experiencias de disonancia o invalidación de las expectativas y significados construidos por uno. Desde esta perspectiva teórica, los *glimmers*/destellos promoverían un sentido de coherencia, validación y bienestar personal, mientras que los *triggers*/disparadores desencadenarían estados de invalidación, ansiedad o amenaza a la identidad personal construida por uno. Esta visión es coherente con el ciclo de la experiencia como construcción, revisión y reconstrucción del sistema de significados personales propuesto por Kelly (1955/1991), mediante el cual el individuo actualiza constantemente su sistema de constructos para dar sentido a las experiencias que validan o invalidan sus anticipaciones previas.

Para identificar los nodos relevantes en cada caso de cada cliente es importante tener en cuenta que pueden provenir de cualquier fuente discursiva; entrevistas (quizás el caso más habitual en terapia), observaciones del terapeuta, documentos personales (por ejemplo cartas, fotografías, vídeos, diarios o autocaracterizaciones), inventarios, cuestionarios, tareas narrativas tipo línea de vida o proyecto de revisión vital, actividades de expresión subjetiva no estructuradas (elaboración de dibujos, cuentos, poemas u otras formas de expresión artística) o, por supuesto, la información procedente de la Técnica de Rejilla (véase Botella, 2021).

En este punto y para poder visualizar y comprender la dinámica completa del sistema, incluyendo los aspectos positivos y negativos que influyen en ella, es importante identificar y considerar ambos tipos de nodos (*triggers*/disparadores y *glimmers*/destellos) y no sesgarse sólo hacia uno. Muchas tradiciones terapéuticas (aunque no todas) se focalizan casi exclusivamente en los problemas y eso puede comportar construir un mapa que sólo permite simular el funcionamiento de un sistema disfuncional. Visto desde la imagen visual cromática que estamos utilizando eso hará que tengamos un MCB del sistema de significados del cliente que o se activa en rojo continuamente o se queda apagado—el verde del funcionamiento óptimo no le es posible.

Al construir el MCB, es también recomendable no cargarlo de eventos periféricos, poco relevantes o repetitivos, sino enfocarse en los más significativos—este punto quedará más claro más adelante cuando se trate de la identificación de patrones, estructuras sistémicas y modelos mentales en el MCB. Para ello puede ser de ayuda a veces realizar un escalamiento ascendente

(véase Botella, 2020) para capturar la posible estructura jerárquica subyacente del sistema en la que algunos nodos pueden estar subordinados a otros de orden superior.

Es importante también centrarse de momento en un foco del MCB en primera persona (la del/los cliente/s), es decir en la narrativa del problema desde el punto de vista de su/s protagonista/s. Esto permite conceptualizar la historia y al resto de los participantes en ella desde el punto de vista de uno de ellos, lo que incluye sus opiniones, pensamientos y sentimientos—su sistema de constructos y significados personales en esencia. Cuanto más próximo esté de momento el MCB a la experiencia subjetiva del cliente (a su teoría personal por así decirlo) mejor, puesto que justo esa es su función esencial: ser una herramienta de modelado y conceptualización que permita identificar y representar visualmente los nodos relevantes que conforman el sistema de significados/constructos personales del/los cliente/s.

De esta manera, el MCB permite obtener una representación visual y estructurada de los factores clave que impulsan el funcionamiento del sistema, facilitando su posterior análisis e identificación de posibles acciones o intervenciones para promover los estados deseados y mitigar los no deseados.

El caso que utilizamos como ejemplo es el de Camila, una mujer de 38 años ingeniera aeronáutica que consulta porque tras convivir seis años con su pareja (Aurelio) han decidido interrumpir la relación y vivir separados (él ha vuelto a su país natal, Bolivia) porque ella siente que Aurelio mantiene con ella una relación marcada por la descalificación (vs.. afecto) e invalidación (vs.. validación) lo cual lleva a Camila a tener cada vez menos autoestima (vs.. dependencia) y a la vez a dudar de si puede pedir cambios en la relación o dejarla (vs.. adaptarse a la posición de descalificación, invalidación y dependencia). Camila explica múltiples y constantes episodios de discusiones, indiferencia y desconsideración permanente de Aurelio hacia ella por considerarla débil y dependiente (véase en la Figura 2 la imagen de lo anterior traducido a nodos del MCB del caso de Camila, de momento sin conexiones entre ellos y sin activar ninguno).

Llegados a este punto, pasemos al siguiente paso del modelado y análisis dinámico del MCB del cliente.

### ***Identificación de qué Tipo de Factores son los Nodos del MCB del Cliente Según el MCB-FRP (Botella, 2007; 2020) (Tercera Persona)***

Esta fase consiste en clasificar los nodos que aparecen en el MCB del modelo de conceptualización en primera persona del paso anterior (Figura 2) según el MCB-FRP (Botella, 2007, 2020) adjunto (Figura 3) y que aparece cumplimentado para el ejemplo de Camila en la Tabla 1 y descrito detalladamente en Botella, 2007, 2020). Si algún factor no aparece porque no es relevante, no es conveniente forzarlo, eso sólo complicará el MCB del cliente innecesariamente. Recuérdese que el MCB es siempre un modelo “en construcción” con lo cual siempre se está a tiempo de modificarlo (de hecho el error sería no hacerlo). Recuérdese también que un nodo del MCB del cliente puede estar en más de una categoría del MCB-FRP. Esta fase comporta también anticipar posibles dinámicas disfuncionales del MCB del cliente debido a la estructura subyacente del MCB-FRP tal como se especifica más adelante.

Tabla 1

Factores del MCB-FRP Definidos, Indicadores y Estrategia Terapéutica en Cada Caso (Cumplimentado Para el Caso de Camila); Véase Botella (2007, 2020)

<b>Problema (P):</b> situación crítica motivo de demanda y que provoca malestar en el paciente y/o su entorno.	
<b>Estrategia Terapéutica:</b> Fomentar el enfrentamiento activo.	
<b>Factores predisponentes (FP):</b> variables o procesos biográficos, evolutivos y relacionales que contribuyen a aumentar la probabilidad de sufrir un problema.	<input type="checkbox"/> Estilos de apego inseguro <input checked="" type="checkbox"/> Relaciones familiares disfuncionales <input type="checkbox"/> Vulnerabilidad personal <input type="checkbox"/> Modelos internos autoinvalidantes <input type="checkbox"/> Sumisión a narrativas opresivas <input type="checkbox"/> Otros (especificar)
<b>Estrategia Terapéutica:</b> Reducir sus efectos en el presente mediante la transformación basada en la conciencia reconstructiva del pasado.	
<b>Factores desencadenantes (D):</b> acontecimientos traumáticos o críticos que activan procesos de invalidación.	
<b>Estrategia Terapéutica:</b> Prevenir su reaparición y reducir sus efectos.	
<b>Factores de mantenimiento (FM):</b> factores que contribuyen a que, una vez desencadenado un problema, resulte más difícil resolverlo que perpetuarlo.	<input type="checkbox"/> Posición respecto al cambio precontemplativa o contemplativa <input checked="" type="checkbox"/> Creencias, constructos, narrativas y modelos internos incapacitantes <input type="checkbox"/> Problema egosintónico <input type="checkbox"/> Coherencia relacional de la posición en que el problema sitúa al cliente <input type="checkbox"/> Otros (especificar)
<b>Estrategia Terapéutica:</b> Reducir sus efectos mediante la toma de conciencia y el enfrentamiento activo.	
<b>Proceso de reconstrucción (PR):</b> movimiento autocorrector hacia la resolución y superación del problema que se activa ante la manifestación de éste.	
<b>Estrategia Terapéutica:</b> Fomentar y contribuir a su desarrollo.	
<b>Recursos y competencias (R/C):</b> capacidades que el paciente aporta como fruto de su biografía, personalidad y propio curso evolutivo que pueden contrarrestar el efecto invalidador del problema.	<input type="checkbox"/> Excepciones <input type="checkbox"/> Habilidades <input type="checkbox"/> Creencias, constructos y modelos internos competentes <input type="checkbox"/> Red de apoyo <input type="checkbox"/> Estilos de apego seguro <input type="checkbox"/> Relaciones familiares sanas <input type="checkbox"/> Recursos en otras áreas (laboral, académica...) <input type="checkbox"/> Otros (especificar)
<b>Estrategia Terapéutica:</b> Fomentar, amplificar, utilizar, transferir...	
<b>Motivación (M)</b>	<input type="checkbox"/> Posición respecto al cambio de preparación, acción o mantenimiento <input type="checkbox"/> Expectativas de autoeficacia <input type="checkbox"/> Experiencias terapéuticas previas positivas <input type="checkbox"/> Objetivos claros y definidos <input type="checkbox"/> Otros (especificar)
<b>Estrategia Terapéutica:</b> Clarificar y contribuir a su incremento.	
<b>Dificultades (D):</b> factores que bloquean la acción del proceso reconstructivo por diferentes vías de acción inhibitoria.	<input type="checkbox"/> Gravedad extrema <input type="checkbox"/> Motivación baja o nula <input type="checkbox"/> Graves dificultades relacionales <input type="checkbox"/> Poca o nula mentalidad psicológica <input type="checkbox"/> Problema inespecífico <input type="checkbox"/> Otros (especificar)
<b>Estrategia Terapéutica:</b> Reducir activamente como precondition para el cambio terapéutico.	

Figura 2

Nodos del MCB de Camila (Glimmers y Triggers)



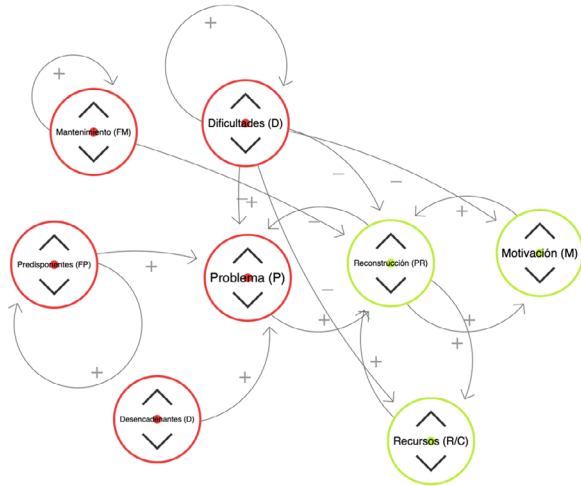
Las relaciones entre los nodos del MCB-FRP, tal como aparecen gráficamente en la Figura 3 son las siguientes (véase Botella, 2007, 2020, 2021):

- Los factores predisponentes se potencian a sí mismos y al problema;
- Los factores desencadenantes potencian el problema;
- El problema activa el proceso de reconstrucción;
- Los factores de mantenimiento se potencian a sí mismos e inhiben el proceso de reconstrucción;
- Las dificultades se potencian a sí mismas y a los problemas e inhiben el proceso de reconstrucción, los recursos y competencias y la motivación;
- Los recursos y competencias potencian el proceso de reconstrucción;
- La motivación potencia el proceso de reconstrucción.

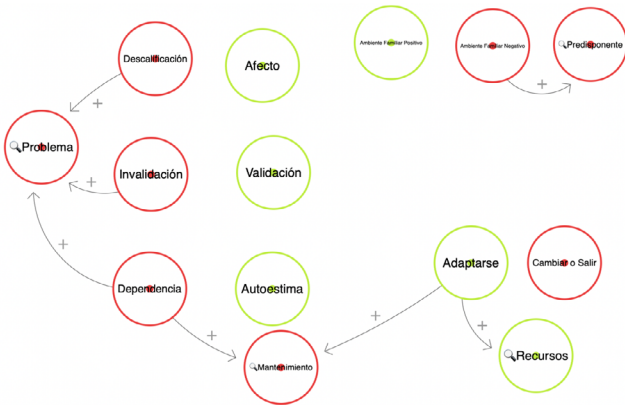
Para Camila (véase Figura 4), la descalificación, invalidación y dependencia son el *problema*. Camila considera que el afecto, la validación y la autoestima son la meta deseada de la relación. Para ello y como *recurso/competencia* cree que debe aprender a adaptarse a la posición de descalificación, invalidación y dependencia y que no le afecte en lugar de pedir cambios en la relación o dejarla. La dependencia y la falsa solución de adaptarse actúan a la vez como *factor de mantenimiento* ya que inhiben la activación del cambio, que

Camila considera una opción indeseable en lugar de una solución. Ella menciona también como *factor predisponente* el ambiente familiar negativo en el que creció Aurelio (padre dominante y tiránico y madre sumisa y evitativa).

**Figura 3**  
MCB-FRP (Véase Botella, 2007, 2020, 2021)



**Figura 4**  
MCB de Camila Con los Nodos Identificados Según el MCB-FRP (Botella, 2007, 2020, 2021)



Llegados a este punto, avancemos al siguiente paso del modelado y análisis dinámico del MCB del cliente.

**Establecimiento del Nivel de Activación de los Nodos del MCB del Cliente en el Momento  $t_0$  y de las Relaciones Entre Ellos**

En un MCB, el nivel de activación de los nodos y las relaciones entre ellos se establecen de la siguiente manera:

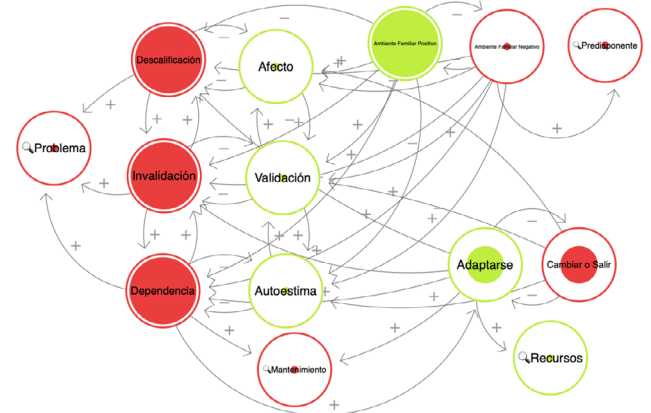
1. Nivel de activación de los nodos en el momento  $t_0$ :
  - a. Inicialmente se asigna un valor numérico a cada nodo del MCB que representa su nivel de activación en el momento  $t_0$ .
  - b. Los valores se asignan según la activación percibida de cada nodo en la situación o sistema modelado.
  - c. Los nodos más relevantes o activos tendrán valores cercanos a 1, mientras que los nodos menos relevantes o inactivos tendrán valores cercanos a 0.

2. Relaciones entre los nodos:
  - a. Las relaciones entre los nodos se representan mediante flechas que los conectan.
  - b. Cada relación tiene un valor numérico asociado que indica la fuerza e intensidad de la relación.
  - c. Un valor positivo indica una relación de refuerzo o causalidad positiva entre los nodos. Un valor negativo indica una relación de inhibición o causalidad negativa.
  - d. La magnitud del valor (sin importar el signo) representa la intensidad de la relación. Un valor cercano a 1 indica una relación fuerte, mientras que un valor cercano a 0 indica una relación débil.

La asignación de los valores iniciales de activación de los nodos y las relaciones entre ellos se realiza a través del proceso de entrevista con el cliente en el cual se elicitaba la información necesaria para modelar el sistema. Es importante tener en cuenta que los MCB son modelos dinámicos, lo que significa que los niveles de activación de los nodos y las relaciones entre ellos cambiarán a través del tiempo, simulando la evolución del sistema o situación modelada.

En el caso de Camila (véase Figura 5), la activación de los nodos negativos “descalificación”, “invaldación” y “dependencia” se ha establecido al máximo dado que ella así lo identifica en estos momentos. Todos los demás están activados al mínimo debido a que justamente son inhibidos por los problemáticos. En el caso de “adaptarse vs. cambiar o salir” están activados parcialmente ambos dado que Camila oscila entre una opción y la opuesta (precisamente porque se da cuenta incipientemente de que adaptarse a condiciones inaceptables no es una buena idea).

**Figura 5**  
MCB de la Situación de Camila en el Momento de la Consulta  $t_0$



En cuanto a las relaciones entre los nodos, las que se dan entre polos opuestos del mismo constructo son siempre negativas dado que a más de un polo menos del otro. En el caso de Camila todas las demás son positivas dado que el sistema está muy compactado por bucles de causalidad positiva que hace que entre inmediatamente en un estado de activación extrema de los polos indeseables en cuanto se activa cualquiera de ellos, que es prácticamente siempre.

Por lo que respecta a la relación entre los nodos del sistema de Camila en primera persona y los del MCB-FRP (véase Figura 5), cabe anticipar que la dificultad de Camila para dejar de aplicar lo que ella considera una solución en lugar de un factor



de mantenimiento (adaptarse) será algo importante a tratar en esta fase inicial de la terapia.

### **Análisis de la Dinámica del Sistema del Cliente**

Llegados a este punto, el uso del MCB del cliente como prototipo a modo de simulación permite analizar escenarios futuros alternativos activando o desactivando lo que creamos conveniente o introduciendo los cambios estructurales que queramos. En todo caso, el límite del análisis como simulación está limitado sólo por la posible utilidad terapéutica de los resultados, su viabilidad, encaje con la realidad y efecto sobre la situación del cliente así como su capacidad para cimentar una sólida alianza terapéutica y dar lugar al establecimiento de objetivos, estrategias y técnicas relevantes.

Del análisis de la dinámica del sistema de Camila se desprende, como ya se ha comentado, que “descalificación”, “invalidación” y “dependencia” mantienen una fuerte conexión causal positiva entre sí, a la vez que la “dependencia” activa la solución disfuncional de Camila de “adaptarse” a esa posición para que no le afecte y no verse obligada a dejar la relación, cosa que desactiva la opción de “cambiar o salir” y a la vez activa aún más los tres polos problemáticos a los que nos referíamos al inicio. El sistema entra así en un atractor de punto fijo ante la activación de cualquier evento negativo, que mantiene activados permanentemente todos los polos problemáticos incluido el de la falsa solución de “adaptarse” y a la vez mantiene desactivados los que serían la solución deseada por ella (“afecto”, “validación” y “autoestima”).

Un atractor de punto fijo es un comportamiento particular que pueden exhibir ciertos sistemas dinámicos complejos, como los que se estudian en la teoría del caos. Se caracteriza por ser un estado estable del sistema hacia el cual convergen ciertas trayectorias en el espacio de fases, independientemente de las condiciones iniciales cercanas. Una vez que el sistema alcanza este estado, permanece ahí indefinidamente a menos que sea perturbado por factores externos. En un atractor de punto fijo, todas las trayectorias que comienzan lo suficientemente cerca convergen a un único punto en el espacio de fases después de un tiempo lo suficientemente largo (o corto en el caso de Camila).

De hecho en el sistema de Camila se observa que si se activasen algunos de los nodos deseables (o si se desactivasen los indeseables) pasaría exactamente lo mismo pero a la inversa: el sistema entraría en la cuenca de un atractor de punto fijo que mantendría activados todos los *glimmers* y a la vez un *trigger*: Camila no podría salir nunca de la relación (aunque ¿para qué iba a querer salir si todo fuese idílico?). El problema de este escenario posible casi completamente iluminado en verde es que la propia Camila lo considera imposible (por eso me refería antes a que la simulación con el MCB puede revelar sus propios límites): está convencida después de años de intentarlo de que Aurelio no puede cambiar su posición en la pareja.

Las dinámicas generales identificadas en el MCB-FRP que se deberían considerar al planificar la intervención, no sólo en el caso de Camila sino en todos, (véase Botella, 2007, 2020, 2021) son:

**Dinámica I (problemas y soluciones):** Es necesario considerar la tensión dinámica entre problemas y soluciones en cada caso; es decir, equilibrar la terapia de forma que se ajuste a los efectos relativos de uno y otro subsistema en la historia de cada cliente

concreto prestando especial atención a las posibles dificultades para el cambio, pero también a las posibilidades de este.

**Dinámica II (cronificación):** En el caso de pacientes con problemas que se vienen manifestando desde hace años, parece oportuno considerar el posible efecto combinado de factores predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento tanto sobre el problema como sobre el bloqueo del proceso reconstructivo.

**Dinámica III (mejoras y recaídas):** Si los factores predisponentes y de mantenimiento no son particularmente preocupantes, habría que centrar la terapia en la búsqueda activa de soluciones movilizandando la mayor cantidad de recursos y competencias con la máxima motivación. Cuando los factores predisponentes y de mantenimiento sí son preocupantes, habría que centrar la terapia en ellos predominantemente. Si es posible y se considera adecuado, debería centrarse la terapia tanto en reducir el efecto de los factores predisponentes y de mantenimiento como en la búsqueda activa de soluciones movilizandando la mayor cantidad de recursos y competencias con la máxima motivación.

**Dinámica IV (dificultades):** Resulta crucial prestar especial atención a los factores que dificultan el cambio terapéutico y, caso de darse, resolver dichas dificultades como paso previo al inicio de la intervención.

En el caso de Camila, corre el riesgo de entrar en un proceso de cronificación de su malestar en la relación al confundir “adaptarse” con una solución funcional (un recurso) cuando claramente actúa como un factor de mantenimiento. El siguiente paso del procedimiento, la identificación de eventos, patrones, estructuras y modelos mentales a partir de la dinámica del sistema modelado, arroja más luz sobre qué está sucediendo en este caso.

### **Identificación de Eventos, Patrones, Estructuras y Modelos Mentales a Partir de la Dinámica del Sistema del Cliente**

El Modelo del *Iceberg* (véase Figura 6) es una herramienta utilizada en el Pensamiento Sistémico (Senge, 2006) para analizar y comprender mejor las situaciones complejas. Se basa en la analogía de un iceberg flotando en el agua, del cual sólo una pequeña parte es visible sobre la superficie, mientras que la mayor parte permanece oculta debajo del nivel del mar. Este modelo sugiere que, al igual que con un iceberg, en la mayoría de las situaciones complejas sólo percibimos los “eventos” visibles que ocurren en la superficie, pero las causas subyacentes y las estructuras que los generan permanecen invisibles y ocultas.

**Figura 6**  
El Modelo del Iceberg del Pensamiento Sistémico (Senge, 2006)



El Modelo del Iceberg consta de cuatro niveles principales:

1. *Eventos*: Son los síntomas visibles, las manifestaciones externas de un problema o situación. Por ejemplo, en una familia, los eventos podrían ser los fracasos en organizar actividades festivas, las quejas de los padres o los conflictos entre los hijos.
2. *Patrones de comportamiento*: Son las tendencias y pautas que se repiten con el tiempo y que dan lugar a los eventos visibles. Estos patrones suelen ser más difíciles de identificar (sobre todo por uno mismo), ya que requieren un análisis más profundo. Por ejemplo, los bloqueos constantes en los proyectos de la familia para pasar las vacaciones juntos podrían ser un patrón de comportamiento, no una simple anécdota pasajera.
3. *Estructuras sistémicas*: Son las estructuras organizacionales, las políticas, los procedimientos y las relaciones que influyen en los patrones de comportamiento (subsistemas, normas, expectativas, reglas, roles, límites...). Estas estructuras pueden ser tanto físicas como conceptuales, y a menudo son invisibles a simple vista. Por ejemplo, la falta de comunicación efectiva entre los miembros de la familia o las estructuras jerárquicas rígidas podrían ser estructuras sistémicas que contribuyen a los patrones de comportamiento que mencionaba en los ejemplos anteriores.
4. *Modelos mentales*: Son las creencias, supuestos, valores y percepciones arraigadas que influyen en las estructuras sistémicas (ideología, matriz discursiva, construcción social, narrativa dominante...). Estos modelos mentales están profundamente enraizados en la cultura y pueden ser difíciles de cambiar. Por ejemplo, la creencia de que los hijos deben cumplir invariablemente las órdenes de los padres podría ser un modelo mental que conduce a estructuras y políticas que no fomentan el compromiso y la motivación en el ejemplo que estoy utilizando.

El Modelo del *Iceberg* sugiere que para abordar de manera efectiva los eventos visibles y los problemas complejos, es necesario comprender y abordar las causas subyacentes en los niveles más profundos. Limitarse a abordar los eventos en la superficie sin comprender las estructuras y los modelos mentales que los generan puede conducir a soluciones temporales y a que los problemas reaparezcan en el futuro—muchas veces de forma identificable como *arquetipos sistémicos*.

Siguiendo esta línea de pensamiento se pueden identificar varios elementos importantes en la situación de Camila:

*Eventos* (acontecimientos externos por los que formula su demanda de ayuda):

- Episodios de discusiones constantes;
- Indiferencia emocional permanente por parte de Aurelio;
- Descalificaciones y comentarios negativos repetidos y periódicos hacia ella.

*Patrones* (dinámicas del sistema que parecen dar sentido a los eventos repetidos):

- Patrón de descalificación, invalidación e indiferencia constante por parte de Aurelio hacia ella;
- Patrón de disminución progresiva de la autoestima de Camila;
- Patrón de duda y cuestionamiento de Camila sobre la conveniencia de pedir cambios a Aurelio o terminar la relación.

*Estructuras sistémicas* (construcciones del sistema que sustentan los patrones):

- Dinámica de poder desigual en la relación, con Aurelio ejerciendo control y manifestando menosprecio;
  - Ciclo de retroalimentación negativa que refuerza la baja autoestima y dependencia de Camila;
  - Roles y expectativas de género que fomentan la sumisión y dependencia femenina.
- Modelos mentales (construcción social y narrativas culturales que sustentan las del propio sistema):
- Creencias de Aurelio sobre su superioridad y derecho a menospreciar a Camila;
  - Creencias de Camila sobre la necesidad de soportar el menosprecio por temor al abandono o soledad y por el deseo de formar una familia a sus 38 años;
  - Expectativas sociales y culturales sobre los roles de género en la pareja.

Desde esta visión se hace evidente que la situación de Camila no es un mero problema individual, sino el resultado de patrones, estructuras y modelos mentales arraigados que se refuerzan mutuamente. Abordar el problema requerirá cuestionar y transformar estos elementos subyacentes en múltiples niveles posibles alternativos (individual, relacional, social y cultural) para desbloquear los patrones negativos y generar dinámicas más saludables y equilibradas en la relación... o más allá de ella.

Desde la perspectiva del Sistema de Constructos Personales de Camila, el patrón de descalificación, invalidación y menoscabo de su autoestima puede explicarse examinando su construcción de sí misma, sus relaciones y su mundo en general.

Algunos constructos personales nucleares que parecen estar operando en el sistema de Camila son:

1. *Construcción de su valía*: “Soy alguien débil/indigna” vs. “Soy valiosa y merezco respeto”. La repetida descalificación de su pareja parece haber reforzado el polo de sentirse débil e indigna.
2. *Construcción sobre sus necesidades*: “Mis necesidades no importan” vs. “Mis necesidades son válidas”. La invalidación constante inhibe su capacidad de expresar y atender sus propias necesidades.
3. *Construcción de sus relaciones*: “Debo aceptar menosprecios para no estar sola” vs. “Merezco una relación respetuosa y afectuosa”. El miedo al abandono la lleva a soportar un trato descalificador.
4. *Construcción de los roles de género*: “Como mujer debo ser sumisa y aguantar” vs. “Merezco igualdad y respeto independiente de mi género”.
5. *Construcción de su proyecto existencial*: “Debo aceptar cualquier tipo de hombre con tal de ser madre y formar una familia” vs. “Merezco un hombre que sea digno de ser padre de mis hijos y de formar una familia junto a mi”.

Estos constructos nucleares están fuertemente sesgados hacia los polos limitantes, restringiendo la forma en que Camila da sentido a su experiencia y comportamiento. Su ciclo de construcción está bloqueado en estas dimensiones constrictivas. Es interesante observar como todos ellos, si los incluyésemos

en el MCB de Camila, activarían el nodo de la falsa solución de adaptarse inhibiendo a la vez el de cambiar o salir. Eso haría entrar al sistema en el atractor que lo enciende en rojo todo a la vez más aún.

La terapia individual podría ayudar a Camila a reconstruir y ampliar estos constructos personales rígidos y constreñidos, explorando eventos contradictorios que cuestionen sus suposiciones nucleares (por ejemplo lo chocante que resulta que incorpore toda esa dosis masiva de descalificación e invalidación teniendo una carrera que comporta un nivel intelectual muy notable y un trabajo fijo y muy bien remunerado, entre otras cosas). Así podría empezar a cuestionar estas dimensiones restrictivas y elaborar nuevas construcciones más empoderadas y saludables sobre sí misma y sus relaciones.

### Planificación del Proceso Psicoterapéutico

La segunda parte del 2C3P-MCB consiste en (a) la identificación del arquetipo sistémico en el que encaja el MCB del cliente (si encaja en alguno) a partir de la dinámica del sistema modelado; (b) la identificación de objetivos, estrategias y técnicas idóneos para devolver el sistema a una dinámica funcional; (c) la planificación de la intervención para el momento t1 y (d) la revisión del proceso e implementación de los ajustes necesarios.

Su explicación conforma los apartados de esta sección del artículo:

#### *Identificación del Arquetipo Sistémico y de Objetivos, Estrategias y Técnicas*

Los Arquetipos Sistémicos (Senge, 2006) describen patrones recurrentes comunes de dinámicas sistémicas y se han utilizado ampliamente en ámbitos tales como negocios, economía y ecología para explicar el comportamiento de sistemas complejos y los problemas sistémicos que generan. Si bien está claro que dada su impredecibilidad no lineal cada sistema complejo es un mundo en sí mismo (lo que correspondería al Corolario de Individualidad de la PCP), también lo está que los profesionales experimentados de diversos dominios llegan a darse cuenta de que muchos de los sistemas complejos con los que interactúan, por impredecibles, caóticos y no lineales que sean, generan algunos tipos de problemas recurrentes (lo que correspondería al Corolario de Comunalidad de la PCP). Puede que esos profesionales no siempre sean conscientes de cómo explicar ese sistema dinámico de factores interactivos compartidos—de hecho una de las características clásicamente identificadas en el conocimiento experto es que mucho de él es tácito. Por mucha experiencia que se tenga, no es inmediatamente evidente cuáles son los factores que interactúan para crear esas disfunciones similares en sistemas complejos, o cómo identificar puntos de apoyo apropiados para provocar un cambio. Eso es lo que hace que en un sistema complejo las únicas predicciones seguras sean las irrelevantes. Como sugería el físico y filósofo francés Gastón Bachelard en su “principio de la imprecisión necesaria” aplicado a sistemas complejos, en estos las predicciones muy precisas y detalladas tienden a ser inútiles o irrelevantes, ya que pequeñas variaciones en las condiciones iniciales pueden llevar a grandes divergencias. En cambio, Bachelard argumentaba que en estos casos las descripciones más generales, aproximadas o imprecisas pueden

ser más relevantes y tener mayor poder explicativo que intentar hacer predicciones numéricas exactas.

Los Arquetipos Sistémicos pueden utilizarse para responder a estas lagunas de conocimiento tácito investigando los niveles más profundos de la estructura del sistema para identificar qué es lo que genera sus dinámicas, lo que permite intervenciones dirigidas a las fuentes del problema.

Precisamente debido a la capacidad de los Arquetipos Sistémicos para hacer explícitas las estructuras del sistema, pueden usarse como (1) herramientas de diagnóstico; para comprender problemas sistémicos e identificar por qué se están produciendo problemas específicos y (2) herramientas de planificación proactiva; en lugar de simplemente diagnosticar problemas, es posible identificar su estructura y actuar para reducirlos o eliminarlos en el futuro.

En el caso de Camila, su situación parece corresponder al arquetipo sistémico conocido como “Tragedia de los Comunes” o “Dilema del Prisionero”. En este arquetipo, dos o más actores se encuentran atrapados en una situación en la que la búsqueda individual del beneficio propio a corto plazo socava el beneficio mutuo a largo plazo.

Más concretamente:

- Camila desea mantener la relación para no enfrentar la soledad o abandono (beneficio individual a corto plazo).
- Aurelio obtiene poder y control mediante la descalificación e invalidación de Camila (beneficio individual a corto plazo).
- Esta dinámica destructiva mina la autoestima de Camila y la calidad de la relación a largo plazo, llevando a un resultado subóptimo para ambos (beneficio mutuo reducido).

La esencia de la “Tragedia de los Comunes” es que cada parte, actuando racionalmente pero guiada sólo por su propio interés a corto plazo, termina destruyendo el recurso común (en este caso, una posible relación sana y mutuamente enriquecedora).

Salir de este arquetipo requeriría que ambas partes trascendiesen la búsqueda miope del beneficio individual inmediato y cooperasen en pos de una visión compartida de una relación más saludable y equitativa a largo plazo. Pero esto implica superar los modelos mentales y estructuras de poder desigual dominantes y, además, téngase en cuenta que Camila hace una demanda de terapia individual, no de pareja.

Los objetivos, estrategias y técnicas de terapia individual con Camila para revertir el arquetipo de la “Tragedia de los Comunes” en su relación podrían ser:

*Objetivos:*

- (a) Empoderar a Camila para que reconozca su valor intrínseco y sus derechos en la relación.
- (b) Cuestionar y transformar los modelos mentales y creencias limitantes que mantienen la dinámica disfuncional.
- (c) Desarrollar habilidades de comunicación asertiva y negociación para expresar sus necesidades de forma saludable.
- (d) Expandir su visión para contemplar el bienestar a largo plazo, más allá de sus miedos inmediatos.

*Estrategias:*

- (a) Psicoeducación sobre dinámicas de poder, roles de género, ciclos de violencia y autoestima.

- (b) Deconstrucción cognitiva de creencias disfuncionales y mensajes descalificadores internalizados.
- (c) Fortalecimiento de la identidad, autovaloración y límites personales.
- (d) Entrenamiento en habilidades de comunicación no violenta, asertividad y resolución de conflictos.
- (e) Visualización de escenarios futuros deseados para la relación y para sí misma.

*Técnicas:*

- (a) Registro y análisis de construcciones disfuncionales.
- (b) Diálogo y escritura expresiva para desafiar creencias limitantes.
- (c) Ejercicios de autocompasión y autoaceptación.
- (d) Role-playing de situaciones de comunicación asertiva.
- (e) Trabajar con visualizaciones guiadas y líneas de tiempo futuras.
- (f) Diseñar planes de acción y ensayar pautas de comportamiento alternativas.
- (g) Establecer redes de apoyo externas (familia, amigos, grupos).

El enfoque sería empoderar a Camila para que pueda adoptar una nueva posición, basada en el respeto propio y la cooperación hacia objetivos compartidos más trascendentes que sus miedos inmediatos. Desde ahí, podría proponer nuevas reglas de juego en la relación que rompan el círculo vicioso destructivo.

**Intervención Para t<sub>1</sub>**

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se invitó a Camila a que en el tiempo hasta la próxima sesión llevase a cabo una tarea:

*Tómate un tiempo para reflexionar sobre los aspectos que consideras importantes para tener una relación de pareja satisfactoria y duradera con Aurelio. Te sugerimos algunas preguntas para guiar tu reflexión:*

- ¿Qué fortalezas y valores aportas tú a la relación? ¿Qué aspectos positivos aprecias de Aurelio?
- ¿Qué áreas de crecimiento personal te gustaría trabajar para mejorar la dinámica de la relación? Por ejemplo, comunicación, manejo del conflicto, intimidad emocional, etc.
- ¿Qué cambios o compromisos estarías dispuesta a hacer para mejorar la relación, siempre respetando tus límites y necesidades personales?
- ¿Qué expectativas realistas tienes sobre los cambios que tu pareja podría hacer para corresponder?

**Revisión del Proceso y Ajustes Necesarios**

Camila trajo a sesión este texto como respuesta a la tarea que se le había invitado a hacer:

*Agradezco la oportunidad de reflexionar sobre mi relación que me brindaba la tarea que me pedisteis, pero me preocupa que eso me pudiese llevar a normalizar o justificar un vínculo potencialmente abusivo. Un compañero frío, distante, manipulador y descalificador como Aurelio muestra patrones de conducta tóxicos que erosionan mi confianza, el respeto mutuo y mi bienestar emocional, y creo que no me había dado plena cuenta hasta venir a terapia.*

*Ninguna persona debería tener que cambiar su esencia o disminuirse a sí misma para satisfacer a alguien así.*

*En una relación saludable, ambas partes se valoran, se nutren y crecen juntas desde el amor y el cuidado. Rehusó considerar “adaptarme” a una dinámica dañina y controladora. En su lugar, me enfocaré en recuperar mi propia valía, establecer límites sanos y salir de esta situación nociva antes de que me haga más daño, y espero que la terapia me ayude y me apoye en eso.*

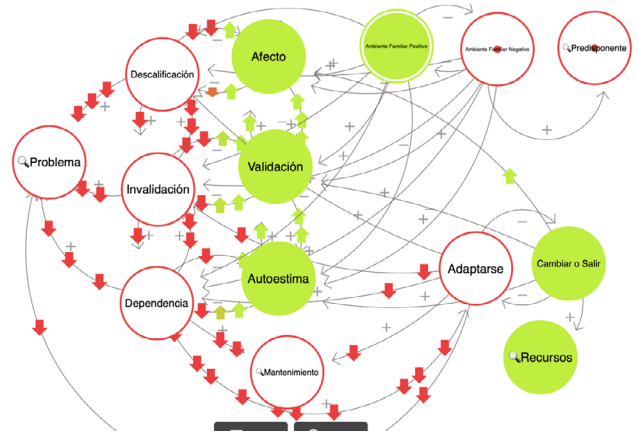
*En el fondo, sé que merezco una relación nutritiva basada en el compañerismo, la compasión y el respeto verdaderos. Saldré adelante y al final encontraré a alguien que me aprecie y valore por quien soy. Por ahora, mi principal tarea es sanarme y rodearme de personas que me impulsen a ser la mejor versión de mí misma. No justificaré ni alimentaré más esta dinámica insana.*

*¡Gracias por ayudarme a darme cuenta!*

“Adaptarse vs. Cambiar o Salir” ha invertido su valoración, siendo ahora la opción de adaptarse la que se ve como un problema en sí mismo además de un factor de mantenimiento, mientras que cambiar o salir se ve ahora como un recurso—cosa que era evidente desde el principio para nosotros, pero no para Camila que lo ha descubierto gracias a la tarea que se le invitó a hacer.

Camila reconoce que los cambios que anticipa le van a costar porque probablemente incluyan dejar definitivamente la relación (aunque téngase presente que ya están viviendo separados y en países diferentes desde hace meses), pero anticipa también que dejar de ser descalificada, invalidada y de sentirse dependiente la llevará a poder experimentar afecto (no necesaria o inmediatamente por una nueva pareja, sino por su familia, amigos y compañeros por ejemplo), validación y autoestima—véase [Figura 7](#).

**Figura 7**  
Consecuencias Anticipadas por Camila de Marcar Límites en su Relación



En este caso y de momento, con sólo una sesión, los cambios en el sistema entre t<sub>0</sub> y t<sub>1</sub> han consistido sobre todo en cambios en una transvaloración de uno de los constructos incluidos en el MCB de Camila que ha invertido completamente su valoración polar haciendo que el curso de acción deseable cambie también radicalmente. Sin embargo, otros cambios posibles y que quizás

se den con el tiempo también en este caso son la adición o eliminación de nodos, cambios en sus niveles de activación, cambios en qué tipos de factores son, cambios en las relaciones entre ellos sea en intensidad o en dirección de la causalidad, cambios en la posición de los nodos en el sistema en cuanto a si emiten o reciben causalidad y a su centralidad, cambios en eventos, patrones, estructuras y modelos mentales a partir del sistema y cambios en la dinámica del sistema visibles en el MCB.

### Conclusión

El procedimiento 2C3P-MCB presentado en este artículo demuestra cómo el uso de los Mapas Cognitivos Borrosos del sistema de significados personales de los clientes, integrado con la visión de la Psicología de los Constructos Personales y los principios del Pensamiento Sistémico, puede ser una herramienta valiosa para la conceptualización de casos y la planificación del proceso psicoterapéutico.

Al modelar el sistema dinámico del cliente, identificar sus componentes, analizar sus patrones e interacciones, y relacionarlo con arquetipos sistémicos conocidos, este enfoque permite una comprensión profunda e integral de la situación problema. Más allá del simple diagnóstico, posibilita vislumbrar las estructuras y modelos mentales subyacentes que generan y mantienen las dinámicas disfuncionales.

Esta mirada holística e idiográfica sienta las bases para el diseño de intervenciones personalizadas, orientadas no sólo a aliviar síntomas superficiales, sino a promover cambios transformadores en múltiples niveles del sistema. Al incorporar la complejidad, la no linealidad y la visión constructivista, el 2C3P-MCB ofrece una alternativa a los modelos tradicionales en psicoterapia.

Si bien se requiere mayor investigación y desarrollo de este enfoque, el caso clínico ejemplificado demuestra su potencial para empoderar a los clientes, cuestionar narrativas limitantes, ampliar sus recursos y facilitar procesos reconstructivos hacia una mayor coherencia y bienestar personal. En definitiva, el 2C3P-MCB responde al desafío de abordar la naturaleza compleja de los sistemas humanos con métodos y modelos igualmente complejos y dinámicos.

### Conflicto de Interés

No tengo ningún conflicto de intereses conocido que declarar.

### Referencias

- Botella, L. (2007). Usos potenciales de la lógica borrosa. Aplicación de mapas cognitivos borrosos (MCBs) para el manejo de los casos clínicos en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 103-119.
- Botella, L. (2019). Las respuestas que obtienes dependen de las preguntas que haces: la investigación en Psicoterapia revisitada. *Acción Psicológica*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.5944/ap.17.1.27809>
- Botella, L. (2020). *La Construcción del Cambio Terapéutico: Terapia Constructivista Integradora en la Práctica Clínica*. Desclée de Brouwer. ISBN: 978-84-330-3124-2.
- Botella, L. (2021). La cartografía de los espacios psicológicos: aplicaciones psicoterapéuticas de las dinámicas sistémicas de mapas cognitivos borrosos de constructos personales. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 237–252. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.474>
- Botella, L., Barrado, E., Sanfeliciano, A., y Saúl, L. A. (2022). Formulación de caso mediante Mapas Cognitivos Borrosos: Bases conceptuales y metodológicas y ejemplo de caso. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 79-110. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35946>
- Burger, J., van der Veen, D. C., Robinaugh, D. J., Quax, R., Riese, H., Schoevers, R. A., y Epskamp, S. (2020). Bridging the gap between complexity science and clinical practice by formalizing idiographic theories: a computational model of functional analysis. *BMC Medicine*, 18(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01558-1>
- Dana D. (2018). *The Polyvagal Theory in Therapy: Engaging the Rhythm of Regulation*. W.W. Norton & Company.
- Hayes, A. M., y Andrews, L. A. (2020). A complex systems approach to the study of change in psychotherapy. *BMC medicine*, 18(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01662-2>
- Kelly, G.A. (1955/1991). *The psychology of personal constructs (Vols. 1 and 2)*. London: Routledge.
- Kosko, B., (1986). Fuzzy cognitive maps. *International Journal of Man-Machine Studies* 24, 65–75
- Meadows, D. (5 May 2024). *Dancing with Systems*. Recuperado de: <https://donellameadows.org/archives/dancing-with-systems/>
- Senge, P. (2006). *The Fifth Discipline: The art and practice of the learning organization*. Random House Books.
- Saúl, L. A., Botella, L., y Sanfeliciano, A. (2023). Utilización de Mapas Cognitivos Borrosos en Supervisión Clínica en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 133–148. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38710>
- Saúl, L. A., Sanfeliciano, A., Botella, L., Perea, R., y Gonzalez-Puerto, J. A. (2022). Fuzzy Cognitive Maps as a Tool for Identifying Cognitive Conflicts That Hinder the Adoption of Healthy Habits. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3) 2-13.. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031411>