



Revista Internacional de
Andrología

www.elsevier.es/andrologia



ORIGINAL

SOSPECHA (Sexual Opinion Survey en Población Española Con Historial de Adicciones)

Francisco Javier del Río Olvera^{a,*}, Francisco Cabello Santamaría^a,
Marina A. Cabello García^a y Daniel Jesús López Vega^b

^aInstituto Andaluz de Sexología y Psicología, Málaga, España

^bAsociación de Profesionales de Promoción de Salud de Andalucía, Cádiz, España

Recibido el 2 de mayo de 2012; aceptado el 7 de mayo de 2012

PALABRAS CLAVE

Sexual Opinion Survey;
Adicciones;
Erotofilia;
Erotofilia

Resumen

Introducción: Las actitudes sexuales son un aspecto importante que evaluar en terapia sexual y en el trabajo con personas con problemas de adicciones; por ese motivo, es necesario contar con instrumentos adecuados para su medida.

Objetivos: Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey a una población española con historial de adicciones, analizando su estructura factorial y su fiabilidad; comparar los resultados obtenidos en el cuestionario entre población con historial de adicciones y población sin historial de consumo de sustancias.

Método: La muestra fue seleccionada de 28 centros de tratamiento, repartidos en 27 provincias españolas, mediante muestreo por conglomerados, formándose 2 grupos, uno experimental (personas drogodependientes) y otro control (personas no dependientes), contándose con una muestra de 1.054 personas para el primero y de 211 para el segundo.

Resultados: Se encontraron 5 factores para la estructura del grupo control y 6 factores para el grupo experimental.

Conclusiones: Se confirman 2 de las 3 hipótesis, según las cuales, las personas del grupo control y del grupo experimental tendrán una estructura factorial diferente en el cuestionario, y las personas del grupo control serán más erotofílicas que las personas del grupo experimental; además, se observa la tendencia de los hombres a puntuar más alto de media en el cuestionario que las mujeres, aunque sin llegar a ser una diferencia estadísticamente significativa, resultados que no concuerdan con los obtenidos en investigaciones previas, donde se señalaba que los varones eran bastante más erotofílicos que las mujeres, lo que hace pensar que en los 24 años transcurridos desde el desarrollo del Sexual Opinion Survey, las actitudes sexuales de las mujeres han cambiado, asemejándose más a los hombres.

© 2012 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia

Correo electrónico: fjdoro@hotmail.com; iasp@iasexologia.com
(F.J. del Río Olvera).

KEYWORDS

Sexual Opinion Survey;
Addiction;
Erotophobia;
Erotophilia

SOSPECHA (Sexual Opinion Survey in a Spanish Population With a History of Addiction)**Abstract**

Introduction: Sexual attitudes are an important aspect of therapeutic work, especially in persons with addictions. Consequently, it is important to have appropriate assessment instruments that can be used in this population.

Objective: One of the goals of the present work was to adapt the Sexual Opinion Survey (SOS) to a Spanish population with a history in addictive behavior and to analyze its factorial structure and reliability. Another goal was to compare the results of the questionnaire obtained in this population with those of another population with no history of addiction.

Method: The sample was selected from 28 treatment centers, distributed in 27 Spanish provinces, through conglomerate sampling. There were two groups: an experimental group (with 1054 persons with addictions) and a control group (211 persons with no addictions).

Results: Five factors were found for the structure of the control group and six factors for that of the experimental group.

Conclusions: The results of this study confirmed two of the three initial hypotheses. The control group and experimental group have a different factorial structure and people in the control group have a higher level of erotophilia. We also observed a tendency for men to have higher mean questionnaire scores than women, but these differences were not statistically significant. These results do not agree with those obtained in previous investigations, which indicated that men were more erotophilic than women, suggesting that, in the 24 years since the development of the SOS, sexual attitudes among women have changed and now more closely resemble those of men.

© 2012 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las actitudes hacen referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, convencionalmente denominado objeto de actitud^{1,2}. Estas evaluaciones pueden ser positivas, negativas o neutras. Una vez formada una actitud, ésta tiene relación con la conducta; por tanto, el mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta humana y sus cambios³.

Las actitudes se construyen por la experiencia a lo largo del ciclo vital y van acompañadas de una fuerte carga emocional, marcando una disposición hacia el comportamiento de una forma determinada. Es decir, si alguien piensa que el sexo es bueno y saludable, se puede prever que deseará tener una mayor frecuencia sexual que quien opine, por el contrario, que el sexo es malo para la salud. Por la carga emocional que acompaña, quien opine que sexo es igual a salud y tenga una alta frecuencia, se sentirá alegre, pero si la frecuencia es baja, se sentirá triste; mientras quien piense que el sexo es poco saludable podrá experimentar alegría si padece deseo sexual hipoactivo. Por tanto, el análisis de las actitudes sexuales se hace imprescindible en el proceso de evaluación en la historia sexológica de quienes presentan trastornos de la sexualidad⁴.

Kaplan⁵ afirma que las influencias culturales, que conforman actitudes, constituyen uno de los factores predisponentes más importantes para la aparición del conflicto sexual. Por esta razón, en la mayor parte de las ocasiones,

se hace necesario trabajar las actitudes de las personas que acuden a consulta. En este sentido, el Sexual Opinion Survey (SOS) es un instrumento muy útil, tanto a nivel clínico como de investigación, ya que evalúa la actitud de las personas en lo que a la sexualidad se refiere (anexo, versión de Carpintero y Fuertes⁶). Mide un concepto bipolar, erotofobia-erotofilia, definido por Fisher, Byrne, White y Kelley⁷ como la disposición aprendida a la respuesta ante estímulos sexuales a lo largo de un continuo que se extiende desde un polo negativo (erotofobia) hasta otro polo positivo (erotofilia). De esta forma, las personas que puntuasen alto en erotofobia tenderían a responder con actitudes más negativas a estímulos sexuales. Por otro lado, las personas que puntúan alto en erotofilia contestarían con actitudes más positivas a estímulos sexuales.

En relación con la estructura factorial del cuestionario, los autores señalaron una estructura unidimensional⁷, aunque en investigaciones posteriores no siempre se han obtenido los mismos resultados⁸⁻¹⁰. Especialmente destacable en España es el estudio de Lameiras y Failde⁹; estos autores realizaron un análisis factorial utilizando la rotación Varimax y encontraron una estructura factorial compuesta por 4 factores diferentes que denominaron: 1) erotofilia; 2) erotofobia; 3) homofobia, y 4) sexo no convencional, que explicaban el 48,8% de la varianza.

En la presente investigación se plantean 2 objetivos: el primero de ellos es estudiar la estructura factorial y la fiabilidad del cuestionario SOS en población con historial de adicciones, y el segundo, comparar los resultados obtenidos

en el cuestionario entre población con historial de adicciones y población sin historial de consumo de sustancias. Dado que otras investigaciones han puesto de manifiesto que quienes consumen drogas presentan una sexualidad disfuncional con mayor frecuencia respecto a los no consumidores¹¹, los objetivos del presente estudio se concretan en las siguientes hipótesis: 1) la estructura factorial del SOS será diferente en los 2 grupos del estudio; 2) el grupo control será más erotofílico que el grupo experimental, y 3) los hombres serán más erotofílicos de media que las mujeres.

Método

Participantes

Se utilizaron 2 muestras, una correspondiente al grupo experimental (personas que han tenido un historial de consumo de sustancias adictivas), formada por 1.054 personas, y otra correspondiente al grupo control (personas sin historial de consumo de sustancias adictivas), formada por 211 personas. Ambas muestras fueron seleccionadas mediante muestreo por conglomerados, de 27 provincias españolas (fig. 1), con un rango de edad en el grupo experimental de entre 18 y 61 años (media [M] = 34,58 y desviación típica [DT] = 7,73), y en el grupo control de entre 19 y 61 años (M = 35,12 y DT = 8,39). En el grupo control, 176 (83,41%) tienen pareja y 35 (16,59%) no la tienen, y en el grupo experimental, 505 (47,91%) tienen pareja y 549 (52,09%) no la tienen. En el grupo experimental, el 87,76% eran hombres (925) y el 12,24% eran mujeres (129); y en el grupo control, el 38,86% eran hombres (82) y el 61,14% eran mujeres (129).

Procedimiento de selección de la muestra

En los datos aportados en la Memoria 2007 de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas¹², se observa que los recursos específicos de asistencia al drogodependiente son: centros ambulatorios, unidades hospitalarias, comunidades terapéuticas y dispositivos de prescripción y/o dispensación de metadona. En la presente investigación, se han tenido en cuenta los 3 primeros tipos de recursos. Según la Memoria 2007 (es la última publicada hasta la fecha en la que dio comienzo esta investigación), en los diferentes recursos asistenciales de interés para la investigación, se atendieron un total de 88.169 personas. Utilizando dicho dato como población, con un nivel de confianza del 95%, y asumiendo un error muestral del 3%, se obtuvo una muestra de 1.054 personas en el grupo experimental. En el grupo control, se utilizó una muestra equivalente al 20% del grupo experimental.

Para su inclusión en el estudio, los participantes debían ser mayores de edad, tener o haber tenido pareja sexual por tiempo superior a 6 meses y aceptar voluntariamente participar en el estudio. Se excluyeron del mismo las personas que presentaron cualquier patología psíquica catalogada en el DSM-IV-TR¹³, a excepción de la adicción a sustancias, déficit del control de impulsos y disfunciones sexuales, y también a las personas que estaban tomando alguna medicación.



Figura 1 Distribución de la muestra en el territorio nacional.

Tabla 1 Tipo de sustancia consumida

Grupo experimental	N
Cocaína	527
Alcohol	151
Heroína	50
Cannabis	26
Fármacos estimulantes	19
Fármacos depresores	5
Cocaína y alcohol	115
Cocaína y heroína	90
Tres o más sustancias	71
Total	1.054

En la hoja de datos, a las personas del grupo experimental se les preguntó por el tipo de sustancia adictiva que habían consumido antes de entrar en tratamiento de desintoxicación; el resultado se indica en la tabla 1.

Instrumentos

Sexual Opinion Survey (SOS)⁶. Consta de 21 ítems que se contestan en una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta (1 = totalmente de acuerdo; 7 = totalmente en desacuerdo). Los autores informaron de un alfa de Cronbach de 0,86.

Procedimiento

El estudio se realizó en 28 centros terapéuticos. Se llevó a cabo un primer contacto con cada responsable de los centros terapéuticos para solicitar la colaboración voluntaria en el estudio. Los análisis de los datos se procesaron con el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados

Datos descriptivos

En el grupo control ($n = 211$) se ha obtenido una puntuación media de 96,39 con una DT de 16,80, y en el grupo experimental ($n = 1.054$), la media es de 86,62, y la DT de 17,97. En la tabla 2 se muestran las medias y desviaciones típicas que obtuvieron las personas del grupo experimental en cuestionario en función del tipo de sustancia consumida.

Las provincias en las que las personas serían más erotofílicas serían: Cáceres ($M = 100,06$), Burgos ($M = 98,27$), Navarra ($M = 92,58$), Madrid ($M = 91,73$) y Barcelona ($M = 91,24$). Y las provincias en las que las personas serían más erotofóbicas serían: Málaga ($M = 73,46$), Zaragoza ($M = 83,03$), Jaén ($M = 83,61$), Valladolid ($M = 83,65$) y Salamanca ($M = 84,23$).

Análisis de la estructura factorial

El análisis factorial exploratorio para la búsqueda de la estructura factorial se realizó sin presuponer a priori las dimensiones que pudiera tener el cuestionario. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio.

En el grupo control, la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (0,85) y la prueba de la esfericidad de Bartlett ($\chi^2 (210) = 1412,669$; $p < 0,0000$) indican que es adecuado el análisis factorial. Se realizó el análisis factorial exploratorio y se calculó la matriz rotada mediante el método Varimax. El punto de corte se establece en saturaciones iguales o superiores a 0,30 (tabla 3).

Atendiendo a las características de los ítems que componen los diferentes factores, se decide denominarlos de la siguiente forma: factor 1: erotofobia; factor 2: homofobia; factor 3: estimulación visual; factor 4: erotofilia, y factor 5: material erótico.

En el grupo experimental, el resultado de la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (0,83) y de la prueba de la esfericidad de Bartlett ($\chi^2 (210) = 3955,574$; $p < 0,0000$) indican que también en este caso es adecuado el análisis factorial. Los resultados tras la rotación por el método Varimax se recogen en la tabla 4. El punto de corte se ha mantenido en saturaciones iguales o superiores a 0,30.

Atendiendo a las características de los ítems, se denomina a los factores: factor 1: material erótico; factor 2: ero-

tofobia; factor 3: sexo no convencional; factor 4: erotofobia Visual; factor 5: erotofilia, y factor 6: homofobia.

Fiabilidad de la escala

La fiabilidad de la escala se estimó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, calculándose tanto en el grupo control (0,845) como en el grupo experimental (0,755). Siguiendo las recomendaciones de Nunnally¹⁴ en cuestionarios utilizados en investigación, serían aceptables valores del alfa de Cronbach superiores o iguales a 0,70. En el caso presente, la puntuación tanto del grupo control como del grupo experimental es superior a 0,70.

Datos normativos de comparación

El grupo control es más erotofílico ($M = 96,39$; $DE = 16,80$) que el grupo experimental ($M = 86,62$; $DE = 17,97$). Se realizó la prueba de Levene para analizar la igualdad de varianzas, y la prueba de T para muestras independientes con el fin de averiguar si había diferencias significativas entre los dos grupos. La prueba de Levene (sig. = 0,020) indicó que no se puede aceptar la hipótesis de igualdad de varianzas para contrastar la igualdad de medias, con lo cual hay que tener en cuenta el resultado de T sin asumir varianzas iguales. El resultado de T (sig. = 0,000) indica que las diferencias sí son estadísticamente significativas.

En el grupo control, los hombres ($M = 97,29$; $DE = 17,90$) han obtenido una mayor puntuación de media en el cuestionario que las mujeres ($M = 95,81$; $DE = 16,11$). La prueba de

Tabla 2 Media y desviación típica en el Sexual Opinion Survey según las sustancias consumidas

	Media	Desviación típica
Cannabis	92,77	14,46
Heroína	91,88	18,89
Cocaína y alcohol	90,37	17,51
Cocaína	86,72	17,00
Alcohol	85,24	19,34
Tres o más sustancias	84,72	15,69
Cocaína y heroína	82,22	21,56
Fármacos estimulantes	80,58	18,51
Fármacos depresores	75,20	21,15

Tabla 3 Matriz rotada de componentes del grupo control. Método de rotación: Varimax

Ítems	Componentes				
	1	2	3	4	5
1	0,339			0,456	0,476
2	0,899				
3				0,640	
4		0,334		0,767	
5	0,474	0,532		0,349	
6		0,347	0,365	0,326	
7					0,685
8				0,575	
9				0,650	0,442
10		0,766			
11		0,642			
12	0,599			0,429	
13			0,592		
14			0,457		
15			0,306	0,513	0,406
16				0,493	
17				0,326	0,469
18		0,410		0,688	
19			0,334	0,458	
20				0,430	0,510
21					0,642

Levene (sig. = 0,445) indica que es posible aceptar la hipótesis de igualdad de varianzas. El resultado de T (sig. = 0,534) indica que las diferencias no son estadísticamente significativas. En el grupo experimental los varones ($M = 86,86$; $DE = 17,62$) también obtienen una puntuación de media mayor que las mujeres ($M = 84,95$; $DE = 20,25$). La prueba de Levene (sig. = 0,010) indica que no es posible aceptar la hipótesis de igualdad de varianzas. El resultado de T (sig. = 0,307) indica que las diferencias no son estadísticamente significativas.

En todos los cálculos se ha tomado un nivel de confianza del 95%.

Discusión

El SOS fue diseñado en 1988, y el análisis psicométrico del instrumento en esta investigación, 23 años después de su creación, confirma su validez para medir la dimensión bipolar erotofobia-erotofilia, tal y como la describieron Fisher et al⁷.

En relación con las hipótesis que se han planteado en esta investigación, cabe señalar lo siguiente: se cumple la hipótesis 1, ya que en el grupo control se ha encontrado una estructura factorial de 5 elementos y en el grupo experimental de 6. A pesar de estos resultados, y entendiendo las diferencias necesarias y lógicas al presentar uno de los grupos un factor más, hay que señalar que los factores presentan características psicológicas similares.

Tras el análisis factorial confirmatorio, los resultados indican que el modelo se ajusta bien a la estructura factorial

obtenida tras el análisis factorial exploratorio, tanto en el grupo control, como en el grupo experimental. En investigaciones previas, la estructura factorial encontrada ha sido diferente^{6,8-10}, sin olvidar que los propios autores del cuestionario señalaron una estructura unidimensional⁷.

Con respecto a la segunda hipótesis, se confirma el hecho de que las personas que han tenido un historial de consumo de drogas son menos erotofílicas que las personas que no han tenido un problema de consumo de sustancias. Se confirma así, la idea de algunos autores que establecen que quienes consumen drogas necesitan evadirse de su Yo y tienen miedo a la intimidad¹⁵. Apoyando esta idea, Miller et al¹⁶ encontraron que quienes tienen apego seguro, y por tanto menos miedo a la intimidad, acceden más fácilmente al sexo y son menos consumidores de drogas.

En cuanto a la tercera hipótesis, los resultados indican que los hombres han obtenido una puntuación más elevada que las mujeres, tanto en el grupo control como en el grupo experimental, aunque los resultados de la prueba T para la igualdad de medias indican que las diferencias no son significativas, es decir, que existe una tendencia de respuesta en la que los hombres muestran una mayor erotofilia que las mujeres, pero no se puede afirmar que los hombres sean más erotofílicos, ya que no se confirma la hipótesis de partida. Estos resultados no concuerdan con los obtenidos en investigaciones previas, donde se señalaba que los varones eran más erotofílicos que las mujeres^{6-10,17}, lo que hace pensar que en los 24 años transcurridos desde el desarrollo del SOS, las actitudes sexuales de las mujeres han cambiado, asemejándose más a los hombres.

Con los datos obtenidos, se puede afirmar que la mujer ha ido evolucionando hacia una mayor erotofilia y, por tanto, a una mayor igualdad, pero hace falta seguir estudiando con diseños experimentales más específicos para poder profundizar en esta idea.

Un aspecto destacable del estudio original⁷ es que no se especifica la orientación sexual de los participantes en el diseño de los ítems; lo mismo ocurre en la validación española⁶. A lo largo de cuestionario se detecta un claro sesgo heterosexual que se refleja en varios de los ítems, concretamente en los ítems 3, 5, 8, 10, 11, 14 y 16, lo que hace pensar a los autores de esta investigación que las personas que participaron en la elaboración del cuestionario tenían una orientación heterosexual. El sesgo viene dado por el hecho de que para obtener una puntuación alta en erotofilia en los ítems anteriormente citados, es necesario que una persona disfrute y desee tener comportamientos propios de una orientación heterosexual (como por ejemplo, bañarse desnudo con personas del otro sexo, resultarle excitante pensar en tener una relación coital, etc.) y, en caso contrario, en el que su orientación fuera homosexual, en dichos ítems puntuaría alto en erotofobia aun cuando tuviera más fantasías sexuales, estuviera más abierta a las conductas sexuales, respondiera de forma positiva ante estímulos sexuales y mostrara una mayor tendencia a la aproximación y búsqueda de estímulos sexuales, que es como los autores del cuestionario⁷ definen el concepto de erotofilia. Esta reflexión plantea la necesidad de, en un futuro cercano, mejorar el cuestionario SOS para que sea igualmente válido para personas con orientación heterosexual, homosexual y bisexual.

Tabla 4 Matriz rotada de componentes del grupo experimental. Método de rotación: Varimax

Ítems	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
1	0,657				0,341	
2	0,466	0,388				
3					0,658	
4					0,765	
5		0,539				
6		0,436				
7			-0,738			
8					0,506	
9	0,392				0,596	
10						0,901
11						0,680
12		0,533		0,325		
13		0,300				
14				0,370		
15	0,394			0,607		
16		0,395				
17			-0,312		0,322	
18	0,315				0,486	
19				0,773		
20	0,463			0,483		
21			-0,458		0,642	

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales: los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los siguientes centros de tratamiento su participación en la presente investigación: Centro de Solidaridad de Zaragoza Proyecto Hombre, Centro Español de Solidaridad de Córdoba Proyecto Hombre, Centro Español de Solidaridad Proyecto Hombre Madrid, Comunidad Terapéutica O Confurco ASFEDRO, FGSVA Proyecto Hombre Granada, Fundación Alcandara Proyecto Hombre Salamanca, Fundación Aldaba Proyecto Hombre Valladolid, Fundación Ángaro Proyecto Hombre Jaén, Fundación Arzobispo Miguel Roca Proyecto Hombre Valencia, Fundación CALS Proyecto Hombre Bierzo-León, Fundación Canaria CESICA Proyecto Hombre, Fundación Candeal Proyecto Hombre Burgos, Fundación Centro de Solidaridad de La Rioja Proyecto Hombre La Rioja, Fundación CESPAS Proyecto Hombre Asturias, Fundación Girasol, Fundación Jeiki, Fundación Proyecto Hombre Navarra, Fundación Solidaridad y Reinserción Proyecto Hombre Murcia, Projecte Home Balears, Proyecto Hombre Almería, Proyecto Hombre Cantabria, Proyecto Hombre Castilla-La Mancha, Proyecto Hombre Cataluña, Proyecto Hombre Extremadura, Proyecto

Hombre Huelva, Proyecto Hombre Málaga CESMA, Proyecto Hombre Provincia de Cádiz y Proyecto Hombre Sevilla.

Bibliografía

1. Eagly AH, Chaiken S. Attitudes structure and function. En: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G, coords. *Handbook of Social Psychology*. 4.ª ed. Nueva York: Mcgraw-Hill; 1998. p. 269-323.
2. Petty RE, Wegener DT. Attitudes change: Multiple roles for persuasion variables. En: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G, coords. *Handbook of Social Psychology*. 4.ª ed. Nueva York: Mcgraw-Hill; 1998. p. 323-90.
3. Briñol P, Funes C, Becerra A. Actitudes. En: Morales JF, Gaviria E, Moya M, Cuadrado I, coords. *Psicología Social*. 3.ª ed. Madrid: Mcgraw-Hill; 2009.
4. Cabello F. *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Editorial Síntesis; 2010.
5. Kaplan HS. *La Nueva Terapia Sexual*, vol. 1. Madrid: Medicina y Salud. Alianza Editorial; 1978.
6. Carpintero E, Fuertes A. Validación de la versión castellana del Sexual Opinion Survey (SOS). *C Med Psico*. 1994;31:52-61.
7. Fisher WA, Byrne D, White LA, Kelley K. Erotophobia-Erotophilia as a dimension of personality. *J Sex Res*. 1988;25:123-51.
8. Gilbert FS, Gamache MP. The sexual opinion survey: Structure and use. *J Sex Res*. 1984;20:293-309.
9. Lameiras M, Failde J. Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: Actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH. *Revista Análisis y Modificación de Conducta*. 1997;23:27-63.
10. Sierra JC, Ortega V, Gutiérrez-Quintanilla JR. Encuesta de Opinión Sexual: fiabilidad, validez y datos normativos de una versión reducida en muestras salvadoreñas. *Rev Mex Psico*. 2008;25:139-50.
11. Del Río FJ, Cabello-Santamaría F. TIRESIAS: Types of sexual response and substance addiction. *J Sex Med*. 2011;8(Suppl 5):387.
12. Plan Nacional Sobre Drogas. *Memoria 2007* [consultado 4/4/2010]. Disponible en: <http://www.pnsd.msps.es/Categoria2/publica/publicaciones/home.htm>
13. American Psychiatric Association DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson; 2000.
14. Nunnally JC. *Psychometric Theory*. Nueva York: Mcgraw Hill; 1978.
15. Kaplan HS. *Disorder of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. Nueva York: Simon and Schuster; 1979.
16. Miller AL, Notaro PC, Zimmerman MA. Stability and change in internal working models of friendship: Associations with multiple domains of urban adolescent functioning. *J Social Personal Relationships*. 2002;19:233-59.
17. De las Casas I, Castro E, Peña P, Gotor S. Análisis descriptivo de las actitudes sexuales en un grupo de adolescentes. *Sexpol*. 2010;93:18-9; 2010;94:8-12.

Anexo Sexual Opinion Survey

Instrucciones: por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas con sinceridad. Marque con un círculo el número que mejor exprese su opinión o sentimiento, según su grado de acuerdo o desacuerdo. 1: máximo acuerdo. 7: máximo desacuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Es un cuestionario anónimo.

Marque con un círculo su sexo: Hombre Mujer

	Totalmente de acuerdo				Totalmente en desacuerdo		
1. Pienso que ver una película o leer un libro con contenido erótico/sexual podría ser algo entretenido	1	2	3	4	5	6	7
2. El material erótico (libros o películas de contenido sexual) es algo sucio	1	2	3	4	5	6	7
3. Bañarse desnudo/a con una persona del otro sexo podría ser una experiencia excitante	1	2	3	4	5	6	7
4. La masturbación puede ser una experiencia excitante	1	2	3	4	5	6	7
5. Me sentiría dolido si descubriera que un amigo/a íntimo/a es homosexual	1	2	3	4	5	6	7
6. Me resultaría agobiante que la gente pensara que estoy interesado por el sexo oral	1	2	3	4	5	6	7
7. Me resulta entretenida la idea de participar en una experiencia sexual en grupo	1	2	3	4	5	6	7
8. Me resulta excitante pensar en tener una relación sexual coital	1	2	3	4	5	6	7
9. Me excitaría sexualmente viendo una película erótica	1	2	3	4	5	6	7
10. Pensar que puedo tener tendencias homosexuales no me resultaría del todo embarazoso	1	2	3	4	5	6	7
11. No es humillante la idea de sentirme atraído físicamente por personas de mi propio sexo	1	2	3	4	5	6	7
12. Casi todo el material erótico me produce náuseas	1	2	3	4	5	6	7
13. Me sentiría emocionalmente mal si viera a alguien exhibirse públicamente	1	2	3	4	5	6	7
14. No sería una experiencia muy excitante ver a una persona del otro sexo desnuda	1	2	3	4	5	6	7
15. No me agradaría ver una película erótica	1	2	3	4	5	6	7
16. Siento náuseas pensando que puedo ver una película en la que aparezca masturbándose una persona de mi propio sexo	1	2	3	4	5	6	7
17. Es muy excitante imaginar prácticas sexuales poco comunes	1	2	3	4	5	6	7
18. Probablemente, sería una experiencia excitante acariciar mis propios genitales	1	2	3	4	5	6	7
19. No me agrada tener sueños sexuales	1	2	3	4	5	6	7
20. No siento ninguna curiosidad por el material de contenido sexual (libros, películas)	1	2	3	4	5	6	7
21. No me disgusta imaginar que tengo relaciones sexuales duraderas con más de una persona	1	2	3	4	5	6	7