

Julio Alfonso Piña López  
Sergio Alberto Beltrán Moreno  
(Coordinadores)

# NUEVAS TENDENCIAS EN PSICOLOGÍA Y SALUD

Teoría, investigación y práctica profesional



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"

Qartuppi®

Julio Alfonso Piña López  
Sergio Alberto Beltrán Moreno  
(Coordinadores)

# NUEVAS TENDENCIAS EN PSICOLOGÍA Y SALUD

Teoría, investigación y práctica profesional



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"

Qartuppi®

## **Revisión técnica**

*Dra. Karla Fabiola Acuña*

Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación  
Universidad de Sonora, México

*Mtro. Rafael Bullé-Goyri Minter*

Instituto de Investigaciones Psicológicas  
Universidad Veracruzana, México

## **Nuevas tendencias en Psicología y Salud** **Teoría, investigación y práctica profesional**

1era. edición, marzo 2021

ISBN 978-607-518-411-1

ISBN 978-607-8694-07-5

DOI 10.29410/QTP.21.07

D.R. © 2021. UNIVERSIDAD DE SONORA

Bvd. Luis Encinas y Rosales s/n, Col. Centro

Hermosillo, Sonora 83000 México

<https://www.unison.mx>

D.R. © 2021. Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Villa Turca 17, Villas del Mediterráneo

Hermosillo, Son. 83220 México

<http://www.qartuppi.com>

Edición y Diseño: Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Diseño de Portada: Arym Susej Hernández Shepperd

# Tabla de contenido

- 7**      **Epígrafe**
- 8**      **Prefacio**
- 11**     **Capítulo 1**  
Promoción de la salud sexual: revisión de las necesidades  
y claves para la intervención preventiva  
*Cristina Giménez-García y Rafael Ballester-Arnal*
- 33**     **Capítulo 2**  
La noción de salud: relevancia para la construcción del vínculo  
entre la psicología y el campo de la salud  
*Francisco Morales Calatayud*
- 52**     **Capítulo 3**  
La aplicabilidad de la teoría psicológica en el área de la salud:  
el caso de la teoría de campo  
*Roberto Bueno-Cuadra*
- 69**     **Capítulo 4**  
Programas académicos de psicología y salud en México:  
desafíos para la supervisión clínica  
*Nancy Patricia Caballero-Suárez, Carmen Lizette Gálvez-Hernández,  
Ester Gutiérrez-Velilla y Silvia Monserrat Sánchez-Ramos*

# Capítulo 1

## **Promoción de la salud sexual: revisión de necesidades y claves para la intervención preventiva**

*Cristina Giménez-García y Rafael Ballester-Arnal\**

La sexualidad, uno de los ámbitos más importantes y comprensivos del ciclo vital humano ha sido, al mismo tiempo, uno de los más desatendidos a lo largo de nuestra historia. Distintos factores han contribuido y siguen contribuyendo a su invisibilización y, por extensión, a su exclusión de los programas de atención sanitaria (Mansh, García, & Lunn, 2015). Y esto es todavía más cierto, desde una perspectiva de la promoción de la salud sexual o, al menos, desde un enfoque de prevención de riesgos biopsicosocial que, en líneas generales, no ha sido tenido en cuenta en los paradigmas biomédicos predominantes (Cabello, 2010). Esta situación resulta más grave si cabe, al hacer referencia a colectivos tradicionalmente excluidos, como podrían ser las poblaciones con diversidad funcional o afectivo-sexual (West et al., 2012). En consecuencia, el panorama actual continúa presentando múltiples retos de atención que, desde una visión integral de la sexualidad humana, requieren un esfuerzo desde las instituciones y por parte de los profesionales sociosanitarios.

Desde este marco, el presente capítulo busca reflexionar sobre el estado de la cuestión, así como sobre las propuestas de intervención que podrían dar respuesta, al menos, a parte de las problemáticas actuales y futuras. En este entramado, tal y como más adelante se expondrá, el compromiso de los profesionales de la salud sexual será fundamental. Más allá, uno de los desafíos que continúa en la actualidad, radica en consolidar la concepción de la salud sexual como un fenómeno global que incluya, además de la dimensión física, una amalgama de actitudes, creencias, deseos, fantasías, afectos y comportamientos que, tal y como propone Marina (2006), podrían permitir una expansión vital que promovería, desde una gestión saludable, un enriquecimiento global de las personas. De esta forma, se superaría la visión parcializada sobre su expresión, que ha dirigido el foco de atención a aspectos concretos de su vivencia, particularmente físicos, desatendiendo otros igual o incluso más importantes para el bienestar personal (Vilella, 2005). Una visión que, clásicamente, se ha basado en una tradición sociocultural que ha desterrado la sexualidad a

*\*Facultad de Ciencias de la Salud, Universitat Jaume I, Castellón, España.*

un plano privado de difícil acceso, muchas veces penalizado o relegado a los fines reproductivos (Johnson & Kolodry, 1987) y cuyas dolencias han sido atribuidas a comportamientos juzgados, moralmente, como reprobables.

Un enfoque que, en cierta medida, sigue vigente a tenor de las reacciones que fenómenos como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) han despertado en algunos sectores sociosanitarios, sufriendo los pacientes una mayor discriminación que los afectados por otro tipo de dolencias (Ballester & Edo, 2007; Chambers et al., 2015) u otros como la adicción al sexo que han despertado un mayor estigma, por la deslegitimación moral de los comportamientos sexuales (Short, Wetterneck, Bistricky, Shutter, & Chase, 2016).

También es cierto que, al mismo tiempo, desde los organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1998), se ha reconocido, al igual que se había hecho previamente con el concepto general de salud, una concepción teórica más inclusiva de la salud sexual, más allá de la ausencia de patología, que pasaría por la experiencia de un proceso pluridimensional de consecución de bienestar sexual físico, psicológico y sociocultural. Desde este parámetro, la calidad de vida sexual tendría en cuenta el amplio abanico de manifestaciones conductuales y actitudinales que a través de las influencias socioculturales y, en interacción con los factores biológicos, modularía aspectos tan importantes como la identidad sexual, la comunicación y el placer sexual, además de la reproducción (Cabello, 2010; Inman & Singh, 2002).

Dicha perspectiva podría acercarse más a la realidad, suponiendo un mayor reto para la atención sociosanitaria, al visibilizar una amalgama de ámbitos de abordaje que oscilarían desde los riesgos asociados a las infecciones de transmisión sexual o los embarazos no deseados, hasta el abordaje de las disfunciones sexuales o la adicción al sexo, pasando por la atención de la diversidad afectivo-sexual y, por extensión, por la promoción de la salud sexual en toda su extensión, complejidad y profundidad.

### **Análisis de necesidades en el contexto actual: a tenor de los datos**

El abordaje de la sexualidad humana, al igual que el de otros ámbitos de la salud, debería fundamentarse en la identificación, comprensión y análisis de las necesidades vigentes en cada contexto. Esto permitiría discriminar aquellos factores que modulan la exposición al riesgo y, por extensión, la merma de la calidad de vida de las personas (Gil-Llario, 2013). En este sentido, y más allá de las particularidades de cada casuística, los estudios parecen encontrar algunos indicadores de necesidades globales que afectarían a gran parte de la población, dada su prevalencia, pero también por las consecuencias biopsicosociales que se derivan.

Por ejemplo, atendiendo a los riesgos físicos, la OMS (2016) remarca cómo cada día se producen más de un millón de infecciones de transmisión sexual (ITS). Si bien las más prevalentes parecen ser la clamidia o la sífilis, 500 millones de personas estarían afectadas por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Unas cifras significativas que, en contra de disminuir, están en creciente aumento según los sistemas de vigilancia epidemiológica de países tan distantes como los Estados

Unidos de Norteamérica (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) o España (Centro Nacional de Epidemiología, 2017). En el caso particular de la infección por el VIH, se estima que la cifra alcanza los 36.9 millones de personas a nivel mundial, y si bien en algunas regiones se ha mantenido o descendido, en otras como en Europa Oriental parece aumentar (ONUSIDA, 2018). En este panorama que arroja una cifra anual de 1.8 millones de personas infectadas en todo el mundo, la vía de transmisión sexual supone la más representativa a nivel global, concentrando un 95% de las nuevas infecciones en gran parte de las regiones. En este sentido, las conductas sexuales de riesgo serían un claro modulador de la incidencia de las nuevas infecciones, pero también de los embarazos no deseados (END) que, a nivel mundial, afectan a 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años. Además, según la OMS (2018), las complicaciones derivadas del embarazo prematuro, representan la segunda causa de muerte en esta población.

Pero no solamente las afecciones físicas son un problema prevalente en la actualidad. Según autores como Mitchell et al. (2016), a nivel global un 15% de hombres experimentarían dificultades asociadas al orgasmo y un 12% se verían afectados por problemas de erección. Sin embargo, otros estudios arrojan prevalencias que ascenderían al 22.4% en países anglófonos y, en el caso de la población más adulta afectada por dolencias, hasta el 80% (Colson, Cuzin, Faix, Grellet, & Huyghes, 2018). En el caso de las mujeres, a nivel global entre un 15 y un 40% estarían afectadas por disfunciones sexuales (McCabe et al., 2016). En esta línea, estudios llevados a cabo en lugares tan distantes como China (Zhang, et al., 2017) y Holanda (Lammerink et al., 2017), se estima una prevalencia entre el 21 y 27% en relación con problemas de excitación, deseo u otros trastornos asociados al dolor.

Esta situación parece ser más compleja en poblaciones como el colectivo de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI), tal y como muestran Grabski y Kasperek (2017) en población masculina homosexual y bisexual que, además de recibir una atención menos ajustada a sus necesidades, continúa sufriendo discriminación y estigma social. Más todavía, en contextos como los Estados Unidos de Norteamérica, solamente el 12% de adolescentes (entre 13 y 17 años) dice haber recibido información adecuada sobre su salud sexual, mientras que alrededor del 73% reporta haber sufrido acoso y discriminación por pertenecer al colectivo LGTBI, llegando a sufrir agresiones sexuales en un 20% de los casos (Human Rights Foundation, 2018). En consecuencia, el 85% reconoce que experimenta malestar asociado a su sexualidad y alrededor del 75% dice no haber recibido apoyo familiar en esta experiencia. La situación parece similar en otros contextos como el mexicano, donde cuatro de cada 10 personas no conviviría con alguien homosexual y casi el 60% de la población LGTBI, de escasos recursos, denuncia la discriminación social como uno de sus mayores problemas (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED], 2015). De forma paralela, de acuerdo con la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) y el Colectivo LGTB+ de Madrid (COGAM) (2013), en lugares como España el 45% de la población LGTBI afirma haber sentido discriminación en su vida cotidiana, aumentando al 76% las personas que la han sufrido en el contexto escolar.

No obstante, el estigma y la exclusión en el ámbito de la sexualidad, también se extiende a otras poblaciones. En concreto, las personas con discapacidad intelectual sufren discriminación en el contexto de la atención social y sanitaria (Frawley & Wilson, 2016), pese a sufrir condicionantes de riesgo que les exponen con mayor probabilidad a fenómenos tan graves como las agresiones sexuales (Martinet & Legry, 2014). Algunos de los escasos estudios que existen al respecto, han mostrado en población holandesa adolescente cómo un 9.7% de los menores con discapacidad intelectual podrían haber sufrido agresiones sexuales. Cifra que, en el contexto español, ascendería a un 20% en el caso de las personas adultas (Giménez-García, Gil-Llario, Ruiz-Palomino, & Díaz-Rodríguez, 2017). En esta línea, algunos autores afirman que las personas con discapacidad intelectual tendrían un 4.6% mayor de riesgo de sufrir dichos abusos que las personas sin discapacidad intelectual (Jones et al., 2012).

Los abusos sexuales, a su vez, son una de las experiencias ligadas a otra de las problemáticas actuales como lo es la sexualidad compulsiva o adicción al sexo y, en particular, la adicción al cibersexo (Schwartz & Southern, 2000). Algunos estudios arrojan prevalencias de sexualidad compulsiva entre el 3 y el 27% (Derbyshire & Grant, 2015), siendo más elevada en los perfiles de riesgo —no clínicos (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario, & Gil-Julia, 2017)—. Por ejemplo, un estudio comparativo entre población mexicana y española (Ballester-Arnal, Gil-Llario, Giménez-García, Castro-Calvo, & López-Cárdenas, 2017) mostró que un 37.7% de hombres jóvenes españoles y un 18% de mexicanos presentaban un perfil de riesgo para la adicción al cibersexo, siendo en el caso de las mujeres del 20 y 6.2%, respectivamente.

### **Análisis de factores de riesgo y protectores de la salud sexual: una visión transversal**

Ante esta situación, muchos esfuerzos se han centrado en descubrir qué factores podrían estar favoreciendo y manteniendo aquellas conductas que exponen a mayores riesgos para la salud sexual. Más allá de la individualidad de cada casuística, parecen existir algunos elementos en común en los diversos riesgos que, en interacción y desde múltiples niveles, modularían la experiencia de la sexualidad y, por extensión, la calidad de vida (Cabello, 2010).

En primer término, y en consonancia con algunos modelos clásicos de la conducta humana (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988), el conocimiento de la sexualidad constituiría uno de los factores fundamentales para el disfrute de la misma, aunque no sea suficiente en el desarrollo de las conductas y la configuración de las creencias que facilitan la acción. De esta forma, algunos estudios muestran la relevancia de la desinformación en la realización de conductas sexuales de riesgo para las infecciones de transmisión sexual o los embarazos no deseados (Brito, Davis, & Chakrabarti, 2014; Villegas-Castaño & Tamayo-Acevedo, 2013). Al mismo tiempo, la falta de información sería uno de los factores que facilitaría la experiencia de las disfunciones sexuales e, incluso, la no detección de la agresión sexual por parte de colectivos como las personas con discapacidad intelectual (Cabello, 2010; Díaz, Gil, Ballester, Morell, & Molero, 2014; Verdugo, Alcedo, Bermejo, & Aguado, 2002). En otros términos, esta falta de conocimientos, podría incrementar el



riesgo en nuevos contextos como las actividades sexuales online, exponiendo a daños asociados al sexting o el cibersexo (Bhat, 2017; Castro & Ballester, 2013).

También las creencias y actitudes, tal y como proponían Fishbein y Ajzen (1975), han mostrado modular las conductas sexuales de riesgo, en la medida en que han incrementado su práctica. En concreto, una menor percepción de riesgo ante la infección por VIH parece disminuir el uso de métodos preventivos como el preservativo (Berbesi, Segura, Cardona, & Caicedo, 2017), e incluso la detección precoz de la infección por VIH que, en países como España, resulta uno de los problemas más acuciantes respecto de la epidemia (Centro Nacional de Epidemiología, 2017). Al mismo tiempo, la percepción de riesgo de otras consecuencias como los embarazos no deseados, podrían minimizar el impacto de la percepción de gravedad asociada a la infección por VIH, dificultando el uso de medidas preventivas más comprehensivas, como el preservativo, en favor de otros métodos exclusivamente anticonceptivos, pero que no cumplen con la función de protección para las infecciones de transmisión sexual (van Schrojenstein, Rook, & Maaskant, 2011).

En estos términos, también resulta relevante la valoración que las personas realizan sobre las medidas preventivas. Por ejemplo, en la medida en que el preservativo o la barrera de látex se perciben como algo aversivo o costoso, disminuye la probabilidad de su uso (Sriprasert, Chaovitsaree, Sribanditmongkhon, Sunthornlimsiri, & Kietpeerakool, 2015). Por otra parte, dentro del campo actitudinal, también las valoraciones hacia la propia sexualidad juegan un rol fundamental. En concreto, actitudes erotofóbicas y más negativas hacia la sexualidad, aumentarían la probabilidad de realizar conductas de riesgo para las infecciones de transmisión sexual o los embarazos no deseados (Cruz, 2017). Al mismo tiempo, incrementarían el riesgo de sufrir disfunciones sexuales o dificultar el disfrute de la sexualidad (Cabello, 2010); más todavía, en aquellas personas que sufren homofobia internalizada y tienen dificultad para autoidentificarse comprehensivamente con su orientación sexual (Puckett, Newcomb, Garofalo, & Mustanski, 2017; Salmerón & Giménez, 2013).

Asimismo, en línea con lo que proponía la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1987), las habilidades sociales y destrezas motoras supondrían una pieza primordial en la realización de conductas sexuales seguras. Por ejemplo, aquellas personas que muestran más asertividad, así como más competencias para manejar métodos preventivos, suelen tener una mayor calidad de vida sexual y prevenir más eficazmente riesgos físicos y psicológicos (Atteraya, Kimm, & Song, 2014; Voisin, Hotton, Tan, & DiClemente, 2013). Igualmente, el incremento de destrezas y competencias sexuales para optimizar el bienestar de las interacciones sexuales, sería un elemento imprescindible en la prevención de las disfunciones sexuales (Salmerón & Giménez, 2013). En este contexto, además, las habilidades y competencias para gestionar los entornos discriminatorios incrementarían la calidad de vida sexual de poblaciones estigmatizadas como el colectivo LGTBI (Fry et al., 2017).

La literatura también ha mostrado la importancia de otras variables predisponentes como la búsqueda de sensaciones sexuales o la compulsividad sexual que parecen facilitar tanto la

exposición al riesgo a las ITS y el VIH, como a otros problemas relacionados con la adicción al cibersexo (Ballester-Arnal, Ruiz-Palomino, & Gil-Llario, 2017; Kalichman & Rompa, 2001; Laier, Pekal, & Brand, 2015). Dentro de este contexto, se ha observado cómo el bajo autocontrol y la impulsividad podrían favorecer conductas de riesgo casi en cualquier ámbito de la sexualidad (Antons & Brand, 2018). De esta forma, aquellas personas que regulan sus emociones y tienen más capacidad para posponer los refuerzos, tienen mayor facilidad para cuidar su salud sexual a nivel biopsicosocial (Laier et al., 2015). Asimismo, según algunos estudios, variables de personalidad como el neuroticismo o psicoticismo podrían incrementar la exposición al riesgo sexual de la infección por VIH o de embarazos no deseados, frente a otros rasgos protectores asociados con la amabilidad (Bello-Villanueva, Palacio, Rodríguez-Díaz, & Oviedo-Trespacios, 2015; Ruiz-Palomino, Ballester-Arnal, & Gil-Llario, 2015).

En este sentido, otras variables psicológicas como la falta de autoestima y autoeficacia también podrían estar relacionadas con una mayor probabilidad de experimentar disfunciones sexuales, una mayor dificultad para proponer conductas sexuales seguras y evitar intentos de coacción sexual o exponerse a una conducta de riesgo en el contexto de la sexualidad online (Ballester-Arnal, Gil-Llario, Ruiz-Palomino, & Giménez-García, 2013; Casey, Timmermann, Allen, Krahn, & LaPlant, 2009; DiClemente et al., 2008; Nelson, Zhao, Corrado, Mastrogiananni, & Lepore, 2017). De igual forma, se ha observado que experiencias emocionales como la ansiedad o la depresión también incrementarían la posibilidad de realizar conductas de riesgo para la salud sexual física y psicológica (Paxton & Robinson 2008), así como una mayor probabilidad de exponerse a los embarazos no deseados (Stidham, Kusunoki, Gatny, & Barber, 2014). Dicha experiencia emocional, al igual que el aislamiento social y la soledad, también facilitaría la probabilidad de sufrir abusos sexuales en personas con discapacidad intelectual (Normand & Sallafranque-St.-Louis, 2016) o una mayor realización de actividades sexuales online de riesgo (Rial, Golpe, Isorna, Braña, & Gómez, 2018).

Por otro lado, algunos estilos de vida concomitantes, como podría ser el consumo de alcohol u otro tipo de drogas, se han relacionado con una mayor probabilidad de conductas de riesgo para la infección por VIH (Bayoumi et al., 2017; Scott-Sheldon et al., 2016) o los embarazos no deseados (Hand, Heil, Sigmon, & Higgins, 2015), así como otros problemas relacionados con las disfunciones sexuales o la adicción al cibersexo (Castro-Calvo, Ballester-Arnal, Gil-Llario, & Giménez-García, 2016; Wéry & Billieux, 2017).

Lógicamente, también existen factores contextuales que, en interacción con las características individuales, parecen modular la salud sexual (Gil-Llario, 2013). Entre los fenómenos más recientes, se ha observado en qué medida la aparición de las nuevas tecnologías ha incrementado las posibilidades de realizar conductas que aumentan los riesgos físicos y psicológicos, como podría ser la infección por VIH o la adicción al sexo (Griffiths, 2012).

Paralelamente, todavía persisten factores más clásicos como la tradición sociocultural de la sexualidad que, en muchos contextos, impide abordar este ámbito de la salud de manera visible e inclusiva. Ello dificultaría un modelado social saludable, estigmatizando cualquier aspecto relacio-

nado con la misma, desde la infección por el VIH hasta la adicción al sexo, pasando por la diversidad afectiva y sexual (Ballester, 2011; Gil-Llario, Giménez-García, Ballester-Arnal, Cárdenas-López, & Durán-Baca, 2016). Este proceso parece afectar, especialmente, a aquellos colectivos que no pertenecen a la norma social tradicional, ya sea por su edad, su nivel de autonomía e incluso por su orientación o identidad sexual (Guadarrama & González, 2013); aquí se situán las personas transexuales que resultan ser más vulneradas y tienen menor posibilidad de acceder a recursos (Poteat et al., 2015) o la población con diversidad funcional a la que, en ocasiones, ni siquiera se le reconoce su dimensión sexual (Martinello, 2014). En este sentido, también la desigualdad de género parece favorecer una mayor exposición al riesgo a las ITS como la infección por VIH o embarazos no deseados (Charlton et al., 2018; Cortopassi, Driver, Eaton, & Kalichman, 2019; Ramiro, Ramiro, Bermúdez, & Buela, 2018), así como a otras consecuencias como las agresiones sexuales (Canto, Perles, & San Martín, 2017). Esta experiencia de abuso, a su vez, podría facilitar la aparición de disfunciones sexuales, infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados (Charlton et al., 2018; Holliday et al., 2017), relacionándose también con el abuso del cibersexo (Schwartz & Southern, 2000).

Al mismo tiempo, las condiciones socioeconómicas del entorno y la proyección vital resultan elemento diferencial que, en espacios de escasos recursos, incrementarán la posibilidad de exponerse a riesgos asociados con las infecciones de transmisión sexual (El Maerrawi & Barbosa, 2014; Garofalo, Hotton, Kuhns, Gratzner, & Mustanski, 2016), los embarazos no deseados (Finer & Zolna, 2016), la cronificación de disfunciones sexuales o las propias agresiones sexuales (Pulerwitz, Mathur, & Woznica, 2018; Toska et al., 2017). En este contexto, el intercambio del sexo por dinero, sustancias o enseres, todavía ha sido asociado a una mayor exposición a riesgos como la infección por el VIH (Boyer et al., 2017; Heerde, Scholes-Balog, & Hemphill, 2015). Todas estas casuísticas interactúan en el desarrollo sexual de las personas, a lo largo de la geografía mundial, mermando su calidad de vida sexual. En consecuencia y dada la naturaleza psicosocial de buena parte de los factores moduladores, parece imprescindible, al tiempo que se trabaja en la mejora de los factores ambientales, fortalecer los esfuerzos en la intervención conductual para prevenir los riesgos asociados a la sexualidad y la promoción de la salud.

### **Intervención conductual para la promoción de la salud sexual: claves para su eficacia**

En la actualidad, la atención a la salud sexual requiere un abordaje interdisciplinario que, atendiendo a los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores, promueva una conducta sexual responsable que evite la aparición de riesgos físicos, pero también psicológicos y sociales que maximice el bienestar y disfrute del sexo. Desde esta perspectiva, las intervenciones basadas en la conducta que han contextualizado su acción en el entorno sociocultural, han mostrado su eficacia en distintos contextos y ámbitos, al promover en las personas participantes los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para gestionar las situaciones de riesgo (Salmerón, Giménez, & Nieto, 2016). Unas situaciones en las que también se tendría en cuenta, en línea con el modelo

político-social (Gil-Llario & Gómez-Martínez, 2013), la importancia del acceso a los recursos de cada una de las poblaciones, estimando la cobertura y pertinencia de los mismos. Unas estrategias que, a diferencia de otras como las farmacológicas, no han generado efectos secundarios en las poblaciones participantes y han ido mejorando en sus fundamentos metodológicos, a partir de la validación empírica (Johnson, Scott-Sheldon, Huedo-Medina, & Carey, 2011). De esta forma, más allá de las características particulares de cada intervención, la literatura parece consensuar varios aspectos clave que favorecen la eficacia de las intervenciones preventivas y de promoción de la salud sexual.

A nivel conceptual, parece imprescindible que las estrategias conciban la sexualidad desde un punto de vista comprensivo y global que atienda a las particularidades evolutivas, así como a las características particulares de la socialización en la sexualidad (Bruess & Schroeder, 2014). Así pues, aquellas estrategias que se han centrado únicamente en la dimensión reproductiva y en la promoción de la abstinencia como método preventivo, parecen haber tenido menos eficacia en la reducción de riesgos como las ITS o los END (Chin et al., 2012) excluyendo, además, todas aquellas problemáticas como el desarrollo de la identidad sexual, la adicción al cibersexo o las disfunciones sexuales que podrían ser abordadas de manera transversal en cualquier tipo de programa preventivo (Ballester, 2011; McCarthy, 2005; Okomo, Ogugbue, Inyang, & Meremikwu, 2017). De esta forma, la evidencia confirmada en estudios anteriores en los que se proponía cómo la inclusión de más conocimientos asociados a la sexualidad como un fenómeno biopsicosocial, el trabajo de actitudes erotofílicas y la promoción de habilidades asociadas con el cuidado de la salud sexual física, psicológica y social favorecen las intervenciones más exitosas (Ballester, 2001; Ballester-Arnal, Nebot-García, Martínez-Gómez, Giménez-García, & García-Barba, 2018; Kirby & Coyle, 1997; McCarthy, 2005). Asimismo, resultan mejores aquellas intervenciones que se dirigen a etapas tempranas y consiguen promover la calidad de vida sexual y la prevención de riesgos físicos como las ITS o los END, o psicosociales como la discriminación por motivos de orientación sexual (Ball & Moore, 2008; Gil-Llario, 2013; Martinello, 2014; Minton, 2014). Así pues, la inclusión del abordaje sexual en la formación de cualquier persona, más allá de su etapa vital, incrementaría sus competencias para el autocuidado de su salud sexual sin generar efectos indeseados (y temidos desde tesis más tradicionales) como el adelanto del inicio de las relaciones sexuales o el incremento de las relaciones sexuales desprotegidas (Smoak, Scott-Sheldon, Johnson, & Carey, 2006).

Al mismo tiempo, aquellos programas que han sido fundamentados en los modelos que explican los comportamientos de salud y, sus variables asociadas, parecen ser más eficaces que los que no se basan en una guía teórica (Gil-Llario, Ballester-Arnal, Giménez-García, & Salmerón-Sánchez, 2014). Por ejemplo, en el caso de la prevención de las infecciones de transmisión sexual, aquellos programas que se han basado en las teorías sociocognoscitivas (Bandura, 1987; Bayés, 1995; Fishbein & Ajzen, 1975; Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992; Rosenstock et al., 1988) que visibilizan el rol de la autoeficacia, las creencias y actitudes hacia los riesgos, así como hacia las herramientas y hábitos preventivos, las habilidades sociales y destrezas motoras, además de la

norma subjetiva y estrategias de la regulación emocional y autocontrol, han tenido mayor éxito en la prevención de riesgos sexuales físicos como las ITS (Albarracín, Durantini, & Earl, 2006). Al mismo tiempo, estos han sido propuestos para la prevención de otras problemáticas como el abuso sexual en población con discapacidad intelectual (Khemka & Hickson, 2017) o la prevención de las actividades sexuales online de riesgo (Rial et al., 2018).

Dichos modelos podrían guiar la acción en la medida en que se adapten al entorno sociocultural de las personas participantes, a sus características y a las necesidades que plantean (Fonner, Armstrong, Kennedy, O'Reilly, & Sweat, 2014). Tan es así que, la adaptación al contexto, así como a las particularidades de la población receptora, ha resultado ser una variable fundamental para la eficacia de las intervenciones (Salmerón et al., 2016). Este aspecto que podría ser generalizable a cualquier abordaje preventivo, resulta más importante si cabe al abordar la salud sexual de la población por tratarse de un ámbito que, tal y como se ha comentado, todavía podría estar estigmatizado. En particular, cabría prestar atención a las poblaciones que, tradicionalmente, ha sido excluida de los programas de atención sociosanitaria como sería el colectivo LGTBI o con diversidad funcional (Mikton, Maguire, & Shakespeare, 2014).

En dicho entramado, también parecen ser más exitosas aquellas estrategias que conceptualizan las conductas de salud como un proceso y no como un estado, integrando cada una de las variables en la medida que es necesario. Por ejemplo, en la línea de lo que proponen autores como Prochaska et al. (1992) serían más eficaces aquellos programas que proporcionan la información cuando no se conocen los riesgos o medidas preventivas, favorecen la toma de decisión si no existe un compromiso previo con el cambio conductual o facilitan la práctica de habilidades y el refuerzo de la motivación cuando dicho compromiso está adquirido, pero falta la generalización y el mantenimiento. Para ello, será fundamental que las alternativas y refuerzos propuestos tengan un valor intrínseco para las personas y las estrategias de cambio no se fundamenten, únicamente, en refuerzos extrínsecos que no dependan del individuo (Salmerón et al., 2016). Un planteamiento en el que, tal y como se comentaba, se han visibilizado contenidos actitudinales y procedimentales, que incluyen la interacción con el contexto de atención y, no solamente, la mera transmisión de información. Por ejemplo, en línea con McCarthy (2005), un modelo centrado en la prevención de disfunciones sexuales, abordaría el ajuste de expectativas sobre el desarrollo psicosexual, favoreciendo actitudes saludables e incrementando el conocimiento de técnicas y prácticas sexuales que favorezcan el placer. En conjunto, se propone una intervención en la que se aborden tanto los conocimientos, como las actitudes y las habilidades de una manera creativa que permita dar una retroalimentación adecuada del proceso de adquisición de competencias, así como del resultado incluyendo dinámicas como el juego de roles, la discusión grupal, técnicas de investigación y análisis, el modelado, el debate conceptual o ejercicios de regulación emocional (Martínez, Palmar, & Pedraz, 2014). Por ende, otra característica definitoria de los programas más eficaces, apunta a la inclusión de un aprendizaje significativo que parta de metodologías interactivas (Gil-Llario & Gómez-Martínez, 2013).

En este sentido, distintas experiencias señalan la necesidad de utilizar metodologías activas y participativas que posibiliten la interacción con la población receptora y la construcción y consolidación de conocimientos, actitudes y habilidades a partir del bagaje previo de las personas (Huedo-Medina et al., 2010). En este contexto, Ballester-Arnal, Gil-Llario, Giménez-García y Kalichman (2015) evaluaron la eficacia de distintas herramientas metodológicas para la prevención de la infección por el VIH, como la transmisión de información, la discusión actitudinal, el juego de roles, el uso autónomo de plataformas informativas *online* y la participación de una persona afectada, siendo esta última la intervención más eficaz. En esta línea, otros trabajos centrados en la prevención de la discriminación por motivos de orientación sexual, también han mostrado en qué medida el acercamiento a los estudios de caso y los testimonios directos puede mejorar la eficacia (Logie et al., 2019). Por el contrario, el uso de mensajes aversivos fundamentados en incrementar la percepción de gravedad y temor, resultaría ser lo menos efectivo si no está acompañado, al menos, de mensajes constructivos y preventivos (Ballester-Arnal et al., 2015).

Sin embargo, el uso de juego de roles y la discusión actitudinal han arrojado resultados positivos para el cambio de actitudes y la mejora conductual, no siéndolo tanto la exposición magistral o el uso de plataformas informativas online. No obstante, en la medida en que las herramientas virtuales son interactivas parecen ser efectivas, por ejemplo, a través del planteamiento de juegos, buzones de preguntas asesoradas por expertos, videos con modelado o con guías interactivos adaptados a la población participante, ya sea en páginas web o aplicaciones de dispositivos móviles (Guse et al., 2012). Así, cabría tener en cuenta la efectividad de nuevos escenarios de acción como los espacios online, desde los que puede incrementar la exposición de riesgos, pero también la inclusión de estrategias preventivas asociadas a fenómenos como el *sexting* o la discriminación por identidad sexual (Bhat, 2017).

Desde el enfoque del diseño metodológico y la planificación parece ser que, en la medida en que los objetivos, así como los contenidos y resultados de aprendizaje se definen de manera específica, medible y realista, las estrategias también han mostrado mejores resultados (Gil-Llario, 2013). Por el contrario, otros elementos como el contexto de la acción educativa no han mostrado ser tan relevantes, siendo eficaces intervenciones desarrolladas en espacios tan diversos como centros escolares, clínicas de atención primaria, servicios de planificación familiar, asociaciones o centros comunitarios (Ball & Moore, 2008). Respecto de la duración, la literatura parece acordar que un mayor tiempo de participación e inclusión en el programa podría optimizar la adquisición y mantenimiento de competencias, aunque algunas experiencias estiman una eficacia notable con programas breves que duran entre dos y ocho horas (Ball & Moore, 2008; Gil-Llario et al., 2014).

En cualquier caso, también es cierto que parece producirse un deterioro en los resultados a medida que se alarga el tiempo y la conducta adquirida se va relajando (Huedo-Medina et al., 2010). En ese sentido, serían mejores aquellos programas que contemplaran una intervención de seguimiento para consolidar, periódicamente, los avances conseguidos. Además, la inclusión de la evaluación, tanto de proceso como de resultado, también ha mostrado ser un elemento

diferencial (Gil-Llario, 2013; Salmerón et al., 2016). Es decir, aquellas estrategias que han abarcado la valoración de las necesidades y recursos psicosociales, así como la evaluación del proceso y resultados obtenidos, han conseguido mejores resultados y una mayor capacidad para implementar mejoras en su desarrollo, frente a las que no han prestado tanta atención a la evaluación (Wiley & Terlosky, 2000).

Igualmente, en la medida en que los programas se han planteado desde una perspectiva multicausal y multinivel han sido más eficaces. Por ejemplo, a través de un metaanálisis, Fonner et al. (2014) encontraron cómo aquellas estrategias preventivas que incluían acciones comunitarias involucrando a responsables familiares e instituciones educativas, facilitando el acceso a los recursos preventivos en los centros de salud y atención psicosocial, eran más efectivos. Esta premisa sería más relevante si cabe en aquellas intervenciones dirigidas a población vulnerable por el estigma como las personas con discapacidad intelectual o del colectivo LGTBI, dada la importancia de promover en el entorno la transformación de prejuicios hacia su propia sexualidad que supone uno de los factores mantenedores del problema (Fry et al., 2017; Khemka & Hickson, 2017).

### **El papel del psicólogo y del educador en la promoción de la salud sexual**

Más allá de las consideraciones teóricas y el diseño de la planificación, el rol de las personas facilitadoras como emisoras del mensaje de salud parece ser fundamental para conseguir la eficacia de la intervención (Pérez, 2001; Pinazo, Palmar, & Martínez, 2014). A pesar de que algunos estudios pudieran proponer un perfil ideal, basado en las características sociodemográficas o la experiencia afectivo-sexual de los agentes de salud, parece que son otras las variables que podrían incrementar su eficacia (Giménez-García, Ballester-Arnal, Gil-Llario, & Salmerón-Sánchez, 2018).

Por un parte, resulta evidente la importancia de que el agente posea conocimientos ajustados y actualizados que permitan una comprensión global de la sexualidad y de sus múltiples dimensiones, además del reconocimiento del desarrollo evolutivo sexual y aquellos factores que modulan la exposición al riesgo físico, psicológico o social. No obstante, son varios los autores que denuncian la falta de conocimientos y competencias técnicas en el abordaje de la sexualidad, por ejemplo, en el ámbito de la diversidad afectivo-sexual (Human Rights Foundation, 2018) o en población con diversidad funcional (Kuemmel, 2017; Munro, 2011), llegando a dificultar la identificación de situaciones tan graves como el abuso sexual o el acceso a una información adecuada a las necesidades afectivo-sexuales de población adolescente.

Al mismo tiempo, parece escaso el conocimiento que parte de los profesionales de la salud tienen sobre los nuevos escenarios de interacción sexual, como los medios online (Bhat, 2017). Espacios que facilitan las manifestaciones de la hipersexualidad y la adicción sexual que, en muchas ocasiones, no resulta bien atendida dada la falta de conocimientos y habilidades en este ámbito específico (Short et al., 2016). Ante este panorama, más allá de las temáticas tradicionales asociadas con las infecciones de transmisión sexual, resulta imprescindible incluir otros contenidos en los currícula formativos de los profesionales sanitarios, y más especialmente de los psicólogos,

asociados con la expresión y desarrollo de la identidad sexual y el funcionamiento de la respuesta sexual, así como a las variables psicosociales que pueden modular su evolución y, en consecuencia, el bienestar sexual (Coleman et al., 2013).

Más allá del conocimiento, parece evidente el rol diferencial que unas actitudes inclusivas y comprensivas en cuanto a la identidad sexual, la orientación o la diversidad funcional juegan en el ejercicio profesional (Jabson, Mitchel, & Doty, 2016). De esta forma, será más fácil que se pueda dar respuesta a las demandas y necesidades e, incluso, crear el marco de confianza suficiente para las personas puedan plantearlas. Sin embargo, algunos estudios muestran en qué medida las personas transgénero, así como las mujeres lesbianas o los hombres homosexuales tienen mayor probabilidad de sufrir estigma y ver desatendidas sus necesidades por parte de los psicólogos o los profesionales sanitarios (Clift & Kirby, 2010; Grant et al., 2010; Sabin, Riskind, & Nosek, 2015).

De hecho, algunos profesionales reconocen que factores como la falta de tiempo, no priorizar las necesidades afectivo-sexuales, la incomodidad ante el tema o la vergüenza, dificultan la atención a la sexualidad de los pacientes (West et al., 2012). En este sentido sería urgente que, en los programas formativos, los profesionales revisen sus propias creencias y actitudes, desde una perspectiva comprensiva, que les permita ser conscientes de sus propios prejuicios y estereotipos para poder comprender la casuística de cada situación de manera integral y atender los factores desde una visión inclusiva, exenta de juicios morales que pudiera perjudicar a las personas con las que trabajan (Mansh et al., 2015; Short et al., 2016).

En este contexto, no solamente sería necesario que el profesional de la salud fuera consciente de su flexibilidad o se percibiera como un agente eficaz, sino también que las personas que acuden le atribuyeran una actitud de comprensión y confianza para sentirse seguras (Gil-Llario & Gómez-Martínez, 2013). En concreto, la percepción que las personas realizan sobre el grado de competencia y la intencionalidad de los profesionales resulta primordial. Esto es, en la medida en que las personas que reciben el mensaje perciben al agente de salud como una persona con conocimientos, habilidades y experiencias en la temática, le atribuirán credibilidad más fácilmente; una experiencia que, además, debe ser percibida como similar a la propia. En este sentido, la llamada educación de pares ha tomado un gran protagonismo en la medida en que se entiende que compartir características comunes como la edad, la condición socioeconómica, el género, la orientación sexual o el origen, puede facilitar la comunicación (Giménez-García et al., 2018).

Además, tal y como se comentaba, la intención que se percibe en el agente de salud de persuadir o convencer sería otro elemento que podría generar resistencias en los participantes de los programas, disminuyendo su nivel de implicación y apertura (Gil-Llario & Gómez-Martínez, 2013). Este aspecto que resulta fundamental en cualquier estrategia, es más importante todavía en contextos en los que la población receptora podría haber sufrido estigma por motivos tan distintos como su identidad sexual, su edad o su nivel de autonomía (Munro, 2011). De esta forma, aquellas personas que consiguen generar un mayor clima de confianza y respeto, tienen una mayor probabilidad de éxito en su rol de agentes de salud (Gil-Llario & Gómez-Martínez, 2013).



En este sentido, las competencias de comunicación suponen otro elemento diferencial en los profesionales de la salud. La prevención de riesgos y la educación para la salud constituye un proceso de comunicación en el que las personas facilitadoras, deben perfeccionar sus competencias en relación a la escucha activa y la empatía, mediante la expresión del lenguaje verbal, no verbal y para-verbal (Pinazo et al., 2014).

En líneas generales, dada la complejidad del desarrollo sexual humano y el reto profesional de promover el bienestar en este ámbito, parece necesario que los agentes de salud actualicen sus conocimientos y reflexionen sobre sus propias creencias y actitudes, así como sus habilidades técnicas y de relación interpersonal, con el fin de que puedan ser agentes de salud eficaces y contribuir a la mejora de la sexualidad de las personas con las que trabajan y, por extensión, a la promoción de su calidad de vida. La psicología y sus profesionales tienen mucho todavía que decir y que hacer en este ámbito tan importante de la vida de las personas, por lo que necesitamos más investigación que arroje luz sobre los múltiples condicionantes de la salud sexual y que establezca una base sólida sobre la que construir nuestras intervenciones.

## Referencias

- Albarracín, D., Durantini, M.R., & Earl, A. (2006). Empirical and theoretical conclusions of an analysis of outcomes of HIV-prevention interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 73-78.
- Antons, S., & Brand, M. (2018). Trait and state impulsivity in males with tendency towards Internet-pornography-use disorder. *Addictive Behaviors*, 79, 171-177.
- Atteraya, M.S., Kimm, H., & Song, I.H. (2014). Women's autonomy in negotiating safer sex to prevent HIV: findings from the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. *AIDS Education and Prevention*, 26, 1-12.
- Ball, V., & Moore, K.A. (2008). *What works for adolescent reproductive health: Lessons from experimental evaluations of programs and interventions*. *Child Trends*. Recuperado de [https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child\\_Trends-2008\\_05\\_20\\_FS\\_WhatWorksRepro.pdf](https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child_Trends-2008_05_20_FS_WhatWorksRepro.pdf)
- Ballester, R. (2001). *VIH y SIDA: prevención y tratamiento psicológico*. Madrid: Klinik.
- Ballester, R. (2011, julio). Adicción al cibersexo: estatus nosológico, prevalencia y abordaje terapéutico. *Conferencia presentada en el v World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies*, Barcelona, España.
- Ballester, R., & Edo, M.T. (2007). Diferencias entre el perfil psicológico de los pacientes con infección por VIH y los pacientes oncológicos: ¿Una consecuencia del estigma asociado al Sida? *Infocop* (online), 1-6.

- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Gil-Llario, M.D., & Gil-Julia, B. (2017). Cybersex addiction: A study on Spanish college students. *Journal of Sex & Marital Therapy, 43*, 567-585.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Giménez-García, C., Castro-Calvo, J., & López-Cárdenas, G. (2017). Sexuality in the Internet era: Expressions of Hispanic adolescent and young people. *Sexual Addiction & Compulsivity, 24*, 140-155.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Giménez-García, C., & Kalichman, S.C. (2015). What works well in HIV prevention among Spanish young people? An analysis of differential effectiveness among six intervention techniques. *AIDS and Behavior, 19*, 1157-1169.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Ruiz-Palomino, E., & Giménez-García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de Psicología, 29*, 76-82.
- Ballester-Arnal, R., Nebot-García, J.E., Martínez-Gómez, N., Giménez-García, C., & García-Barba, M. (2018, junio). Programa de Diversidad Afectivosexual y de Género de la Universitat Jaume I: una experiencia de educación para la salud universitaria. *Comunicación presentada en el IX Congreso Internacional de Psicología y Educación*, Logroño, España.
- Ballester-Arnal, R., Ruiz-Palomino, E., & Gil-Llario, M.D. (2017). Structural equation modeling test of an integrated model of Spanish youth's condom use. *AIDS and Behavior, 21*, 1407-1416.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayoumi, A., Kaul, R., Mazzulli, T., McGee, F., Rourke, S.B., Burchell, A.N., et al. (2017). Serosorting and recreational drug use are risk factors for diagnosis of genital infection with Chlamydia and gonorrhoea among HIV-positive men who have sex with men: results from a clinical cohort in Ontario, Canada. *Sexually Transmitted Infections, 93*, 71-75.
- Bello-Villanueva, A.M., Palacio, J., Rodríguez-Díaz, M., & Oviedo-Trespalacios, O. (2015). Correlación entre la personalidad y los factores de la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP) en adolescentes escolarizados de 11-19 años del Caribe Colombiano. *Terapia Psicológica, 33*, 169-180.
- Berbesi, D.Y., Segura A.M., Cardona, D., & Caicedo, B. (2017). Índice de vulnerabilidad al VIH en población habitante de calle. *Enfermería Global: Revista electrónica Semestral de Enfermería, 16*, 154-181.
- Bhat, C.S. (2017). Proactive cyberbullying and sexting prevention in Australia and the USA. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools, 28*(1). <https://doi.org/10.1017/jgc.2017.8>
- Boyer, Ch., Greenberg, L., Chutuape, K., Walker, B., Monte, D., Kirk, J., et al. (2017). Exchange of sex for drugs or money in adolescents and young adults: An examination of sociodemographic factors, HIV-related risk, and community context. *Journal of Community Health, 42*, 90-100.
- Brito, M.O., Davis, M., & Chakrabarti (2014). A cross-national study to compare the knowledge, attitudes, perceptions of sexually transmitted diseases and the sexual risk behaviors of Latino adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 26*, 203-208.

- Bruess, C.E., & Schroeder, E. (2014). *Sexuality education, theory and practice*. Burlington: Jones & Barlett Learning.
- Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis.
- Canto, J.M., Perles, F., & San Martín, J. (2017). Culture of honour and the blaming of women in cases of rape. *Revista de Psicología Social*, 32, 80-107.
- Casey, M.K., Timmerman, L., Allen, M., Krahn, S., & LaPlant, K. (2009). Response and self-efficacy of condom use: a meta-analysis of this important element of AIDS education and prevention. *Southern Communication Journal*, 74, 57-78.
- Castro, J., & Ballester, R. (2013). Evaluación e intervención psicológica en adicciones: cocaína y cibersexo. En R.Ballester-Arnal & M.D. Gil-Llario (Coords.), *Psicología clínica de la salud* (pp.111-130). Suffolk: Pearson.
- Castro-Calvo, J., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., & Giménez-García, C. (2016). Common etiological pathways between toxic substance use, Internet and cybersex addiction: the role of expectancies and antisocial deviance proneness. *Computers in Human Behavior*, 63, 383-391.
- Centers for Disease Control and Prevention (2018). *Fact Sheet: Reported STDs in the United States, 2017*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/2018/2017-STD-surveillance-report.html>
- Centro Nacional de Epidemiología (2017). *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2015*. Recuperado de [https://www.sanitas.es/staraldia/media/star/documento/doc\\_vigilancia-its-1995-2015/vigilancia\\_its\\_1995\\_2015\\_def.pdf](https://www.sanitas.es/staraldia/media/star/documento/doc_vigilancia-its-1995-2015/vigilancia_its_1995_2015_def.pdf)
- Chambers, L.A., Rueda, S., Baker, D.N., Wilson, M.G., Deutsch, R., Raeifar, E., et al. (2015). Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC Public Health*, 15(848), 2-17. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2197-0>
- Charlton, B.M., Roberts, A.L., Rosario, M., Katz-Wise, S.L., Calzo, J.P., Spiegelman, D., et al. (2018). Teen pregnancy risk factors among young women of diverse sexual orientations. *Pediatrics*, 141, 2017-2278.
- Chin, H.B., Sipe, T.A., Elder, R., Mercer, S.L., Chattopadhyay, S.K., Jacob, V., et al. (2012). The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the guide to community preventive services. *American Journal of Preventive Medicine*, 42, 272-294.
- Clift, J.B., & Kirby, J. (2010). Health care access and perceptions of provider care among individuals in same-sex couples: findings from the Medical Expenditure Panel Survey (MEPS). *Journal of Homosexuality*, 59, 839-850.
- Coleman, E., Elders, J., Satcher, D., Shindel, A., Parish, S., Kenagy, G., et al. (2013). Summit on medical school education in sexual health: report of an expert consultation. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 924-938.

- Colson, M.H., Cuzin, B., Faix, A., Grellet, L., & Huyghes, E. (2018). Current epidemiology of erectile dysfunction, an update. *Sexologies: European Journal of Sexology and Sexual Health*, 27(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2018.01.018>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). (2015). *Día nacional de la lucha contra la homofobia: documento informativo*. Recuperado de [https://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/DOSSIER%208%20MZO%20Dia%20Int%20Mujer\\_INACCCSS.pdf](https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/DOSSIER%208%20MZO%20Dia%20Int%20Mujer_INACCCSS.pdf)
- Cortopassi, A., Driver, R., Eaton, L., & Kalichman, S.C. (2019). A new era of HIV risk: It's not what you know, it's who you know (and how infectious). *Annual Review of Psychology*, 70, 673-701.
- Cruz, M. (2017). *Factores psicosociales y psicoeducativos que afectan el embarazo en adolescentes en el municipio de la romana* (Tesis Doctoral). Universitat de Valencia, España.
- Derbyshire, K.L., & Grant, J.E. (2015). Compulsive sexual behavior: A review of the literature. *Journal of Behavioral Addictions*, 4, 37-43.
- Díaz, I., Gil, M.D., Ballester, R., Morell, V., & Molero, R.J. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 415-422.
- DiClemente, R.J., Crittenden, C.P., Rose, E., Sales, J.M., Wingood, G.M., Crosby, R.A., et al. (2008). Psychosocial predictors of HIV-associated sexual behaviors and the efficacy of prevention interventions in adolescents at-risk for HIV infection: what works and what doesn't work? *Psychosomatic Medicine*, 70, 598-605.
- El Maerrawi, I., & Barbosa, H. (2014). Prevalence and risk factors associated with HIV infection, hepatitis and syphilis in a state prison of São Paulo. *International Journal of STD & AIDS*, 26, 120-128.
- Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) y Colectivo LGBT+ de Madrid (COGAM). (2013). *Estudio 2013 sobre discriminación por orientación sexual y/o identidad de género en España*. Recuperado de <https://cogam.es/wp-content/uploads/2016/12/estudio-2013-sobre-discriminacion-por-orientacion-sexual-y-o-identidad-de-genero-en-espana.pdf>
- Finer, L.B., & Zolna, M.R. (2016). Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008-2011. *The New England Journal of Medicine*, 374, 843-852.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fonner, V.A., Armstrong, K.S., Kennedy, C.E., O'Reilly, K.R., & Sweat, M.D. (2014). School based sex education and HIV prevention in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 9, e89692.
- Frawley, P., & Wilson, N.J. (2016). Young people with intellectual disability talking about sexuality education and information. *Sexuality and Disability*, 34, 469-484.

- Fry, V., Paige, M., Gordon, S., Matthews, D., Musgrave, G., Kornegay, M., et al. (2017). Developing a community-level anti-HIV/AIDS stigma and homophobia intervention in New York City: The project CHHANGE model. *Evaluation and Program Planning, 63*, 45-53.
- Garofalo, R., Hotton, A.L., Kuhns, L.M., Gratzner, B., & Mustanski, B. (2016). Incidence of HIV infection and sexually transmitted infections and related risk factors among very young men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 72*, 79-86.
- Gil-Llario, M.D. (2013). El diseño de programas de educación para la salud en contextos educativos. En R. Ballester-Arnal & M.D. Gil-LLario (Coords.), *Psicología clínica de la salud* (pp. 47-58). Suffolk: Pearson.
- Gil-Llario, M.D., Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C., & Salmerón-Sánchez, P. (2014). Effectiveness of HIV prevention for women: What is working? *AIDS and Behavior, 18*, 1924-1933.
- Gil-Llario, M.D., Giménez-García, C., Ballester-Arnal, R., Cárdenas-López, G., & Durán-Baca, X. (2016). Gender, sexuality and relationships in young Hispanic people. *Journal of Sex & Marital Therapy, 43*, 456-462.
- Gil-Llario, M.D., & Gómez-Martínez, S. (2013). La educación para la salud: ámbitos y competencias del educador. En R. Ballester-Arnal & M.D. Gil-LLario (Coords.), *Psicología clínica de la salud* (pp. 39-46). Suffolk: Pearson.
- Giménez-García, C., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., & Salmerón-Sánchez, P. (2018). Peer-led or expert-led intervention in HIV prevention efficacy? A randomized control trial among Spanish young people to evaluate their role. *Health Promotion Practice, 19*, 277-286.
- Giménez-García, C., Gil-Llario, M.D., Ruiz-Palomino, E., & Díaz-Rodríguez, I. (2017). Abuso sexual y discapacidad intelectual: cómo identifican y valoran la experiencia las personas con discapacidad intelectual y los profesionales que les atienden. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*, 129-136.
- Grant, J.M., Mottet, L.A., Tanis, J., Herman, J.L., Harrison, J., & Keisling, M. (2010). *National Transgender Discrimination Survey Report on Health and Health Care*. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.
- Grabski, B., & Kasperek, K. (2017). Sexual problems in homo- and bisexual men—The context of the issue. *Psychiatria Polska, 51*, 75-83.
- Griffiths, M.D. (2012). Internet sex addiction: a review of empirical research. *Addiction Research & Theory, 2*, 111-124.
- Guadarrama, N.Z.N., & González, A.I.H. (2013). Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. *Psicología y Salud, 22*, 195-203.
- Guse, K., Levine, D., Martins, S., Lira, A., Gaarde, J., Westmorland, W., et al. (2012). Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: A systematic review. *Journal of Adolescent Health, 51*, 535-543.

- Hand, J., Heil, S.H., Sigmon, S.C., & Higgins, S.T. (2015). Cigarette smoking and other behavioral risk factors related to unintended pregnancy. *Drug and Alcohol Dependence, 146*, e134.
- Heerde, J.A., Scholes-Balog, K.E., & Hemphill, S.A. (2015). Associations between youth homelessness, sexual offenses, sexual victimization, and sexual risk behaviors: A systematic literature review. *Archives of Sexual Behavior, 44*, 181-212.
- Holliday, C.N., McCauley, H.L., Silverman, J.G., Ricci, E., Decker, M.R., Tancredi, D.J., et al. (2017). Racial/ethnic differences in women's experiences of reproductive coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy. *Journal of Women's Health, 26*, 828-835.
- Huedo-Medina, T.B., Boynton, M.H., Warren, M.R., LaCroix, J.M., Carey, M.P., & Johnson, B.T. (2010). Efficacy of HIV prevention interventions in Latin American and Caribbean nations, 1995-2008: A meta-analysis. *AIDS and Behavior, 14*, 1237-1251.
- Human Rights Foundation (2018). *LGBTQ Youth Report*. Recuperado de <https://www.hrc.org/resources/2018-lgbtq-youth-report>
- Inman, A., & Singh, D. (2002). Cross-cultural perspectives on love and sex. En L. Burlew & D. Capuzzi (Eds.), *Sexuality counseling* (pp. 41-55). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Jabson, J., Mitchel, J., & Doty, S. (2016). Associations between non-discrimination and training policies and physicians' attitudes and knowledge about sexual and gender minority patients: a comparison of physicians from two hospitals. *BMC Public Health, 16*, 256.
- Johnson, V., & Kolodny, R. (1987). *La sexualidad humana 1*. Barcelona: Grijalbo.
- Johnson, B.T., Scott-Sheldon, L.A., Huedo-Medina, T.B., & Carey, M.P. (2011). Interventions to reduce sexual risk for human immunodeficiency virus in adolescents. A meta-analysis of trials, 1985-2008. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 165*, 77-84.
- Jones, L., Bellis, M.A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., et al. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet, 380*, 899-907.
- Kalichman, S.C., & Rompa, D. (2001). The Sexual Compulsivity Scale: further development and use with HIV-positive persons. *Journal of Personality Assessment, 76*, 379-395.
- Khemka, I., & Hickson, L. (2017). Empowering women with intellectual and developmental disabilities to resist abuse in interpersonal relationships: Promising interventions and practices. En A.J. Johnson, J.R. Nelson, & E.M. Lund (Eds.), *Religion, disability, and interpersonal violence* (pp. 67-86). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Kirby, D., & Coyle, K. (1997). School-based programs to reduce sexual risk-taking behavior. *Children and Youth Services Review, 19*, 415-436.
- Kuemmel, A. (2017). Abuse of persons with disabilities: Prevention and reporting. En P.M. Kleespies (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of behavioral emergencies and crises* (pp. 248-261). Nueva York: Oxford University Press.
- Laier, C., Pekal, J., & Brand, M. (2015). Sexual excitability and dysfunctional coping determine cybersex addiction in homosexual males. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 18*, 505-511.

- Lammerink, E.A.G., de Bock, G.H., Pascal, A., van Beek, A.P., van den Bergh, A.C.M., Sattler, M.G.A., et al. (2017). A survey of female sexual functioning in the general Dutch population. *Journal of Sexual Medicine*, 14, 937-949.
- Logie, C.H., Dias, L.V., Jenkinson, J., Newman, P.A., MacKenzie, R.K., Mothopeng, T., et al. (2019). Exploring the potential of participatory theatre to reduce stigma and promote health equity for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) People in Swaziland and Lesotho. *Health Education & Behavior*, 46, 146-156.
- Mansh, M., García, G., & Lunn, M.R. (2015). From patients to providers: changing the culture in medicine toward sexual and gender minorities. *Academic Medicine Journal*, 90, 574-580.
- Marina, J.A. (2006). *El rompecabezas de la sexualidad*. Barcelona: Anagrama.
- Martinello, E. (2014). Reviewing strategies for risk reduction of sexual abuse of children with intellectual disabilities: A focus on early intervention. *Sexuality and Disability*, 32, 167-174.
- Martinet, M., & Legry, C. (2014). Sexual abuse and intellectual disability: Awareness for a better intervention. *Sexologies*, 23, 91-97.
- Martínez, O., Palmar, A.M., & Pedraz, A. (2014). La metodología de un proyecto de educación para la salud. En A.M. Palmar (Dir.), *Métodos educativos en salud* (pp.107-134). Barcelona: Elsevier.
- McCabe, M.P., Sharlip, I.D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A.D., et al. (2016) Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: A consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13, 144-152.
- McCarthy, B.W. (2005). Primary prevention and secondary intervention with sexual problems and dysfunction. *Journal of Family Psychotherapy*, 15, 15-25.
- Mikton, CH., Maguire, H., & Shakespeare, T. (2014). A systematic review of the effectiveness of interventions to prevent and respond to violence against persons with disabilities. *Journal of Interpersonal Violence*, 29, 3207-3226.
- Minton, J.S. (2014). Homophobic bullying: evidence-based suggestions for intervention programmes. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 6, 164-173.
- Mitchell, K.R., Jones, K.G., Wellings, K., Johnson, A.M., Graham, C.A., Datta, J., et al. (2016). Estimating the prevalence of sexual function problems: the impact of morbidity criteria. *The Journal of Sex Research*, 53(8), 955-967.
- Munro, J.D. (2011). A positive couple therapy model: improving relationships for people with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5, 34-39.
- Nelson, D.B., Zhao, H., Corrado, R., Mastrogiannis, D.M., & Lepore, S.L. (2017). Preventing unintended pregnancy among young sexually active women: recognizing the role of violence, self-esteem, and depressive symptoms on use of contraception. *Journal of Women's Health*, 26, 352-360.

- Normand, C.L., & Sallafranque -St- Louis, F. (2016). Cybervictimization of young people with an intellectual or developmental disability risks specific to sexual solicitation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29, 99-110.
- Okomo, U., Ogugbue, M., Inyang, E., & Meremikwu, M.M. (2017), Sexual counselling for treating or preventing sexual dysfunction in women living with female genital mutilation: A systematic review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136, 38-42.
- ONUSIDA(2018). *Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *Salud para todos en el siglo XXI. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS*. Recuperado de <http://www.famp.es/export/sites/famp/.galleries/documentos-obs-salud/SALUD-21.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Notas descriptivas: Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Adolescent pregnancy*. Recuperado de <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Paxton, K.C., & Robinson, W.L. (2008). Depressive symptoms, gender and sexual risk behaviour among African-American adolescents. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 35, 49-62.
- Pérez, R. (2001). Psicología de la salud. En S. Sáez, P. Font, R. Pérez & F. Marqués (Eds.), *Promoción y educación para la salud* (pp. 43-64). Lleida: Milenio.
- Pinazo, D., Palmar, A.M., & Martínez, O. (2014). El rol del educador en las intervenciones en salud. En L. Maciá (Dir.), *Métodos educativos en salud* (pp. 37-60). Barcelona: Elsevier.
- Poteat, T., Wirtz, A.L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M.B., et al. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet*, 385, 274-286.
- Prochaska, J., Diclemente, C., & NorCross, J. (1992). In search of how people change. Application to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Puckett, J.A., Newcomb, M.E., Garofalo, E., & Mustanski, B. (2017). Examining the conditions under which internalized homophobia is associated with substance use and condomless sex in young MSM: the moderating role of impulsivity. *Annals of Behavioral Medicine*, 51, 567-577.
- Pulerwitz, J., Mathur, S., & Woznica, D. (2018). How empowered are girls/young women in their sexual relationships? Relationship power, HIV risk, and partner violence in Kenya. *PLOS ONE*, 13, e0199733.
- Ramiro, T., Ramiro, M.T., Bermúdez, M.P., & Buela, G. (2018). Sexism and sexual risk behavior in adolescents: gender differences. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18, 245-253.



- Rial, A., Golpe, S., Isorna, M., Braña, T., & Gómez, P. (2018). Minors and problematic internet use: Evidence for better prevention. *Computers in Human Behavior, 87*, 140-145.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V., & Becker, J. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly, 15*, 175-183.
- Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R., & Gil-Llario, M.D. (2015). Personality as a mediating variable in condom use among Spanish youth. *Journal of Health Psychology, 22*, 537-547.
- Sabin, J.A., Riskind, R.G., & Nosek, B.A. (2015). Health care 'providers' implicit and explicit attitudes toward lesbian women and gay men. *American Journal of Public Health, 105*, 1831-1841.
- Salmerón, P., & Giménez, C. (2013). Problemas relacionados con la orientación sexual y los trastornos sexuales. En R. Ballester-Arnal & M.D. Gil-Llario (Coords.), *Psicología clínica de la salud* (pp. 95-110). Suffolk: Pearson.
- Salmerón, P., Giménez, C., & Nieto, R. (2016). *La promoción de la salud: claves para su práctica*. Barcelona: UOC.
- Schwartz, M.F., & Southern, S. (2000). Compulsive cybersex: The new tearoom. *Sexual Addiction & Compulsivity, 7*, 127-144.
- Scott-Sheldon L.A.J., Carey, K.B., Cunningham, K., Johnson, B.T., Carey, M.P., & The MASH Reserch Team. (2016). Alcohol use predicts sexual decision-making: a systematic review and meta-analysis of the experimental literature. *AIDS and Behavior, 20*, 19-39.
- Short, M.B., Wetterneck, C.T., Bistricky, S.L., Shutter, T., & Chase, T.E. (2016). Clinicians' beliefs, observations, and treatment effectiveness regarding clients' sexual addiction and Internet pornography use. *Community Mental Health Journal, 52*(8), 1070-1081. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0034-2>
- Smoak, N.D., Scott-Sheldon, L.A., Johnson, B.T., & Carey, M.P. (2006). Sexual risk reduction interventions do not inadvertently increase the overall frequency of sexual behavior: a meta-analysis of 174 studies with 116,735 participants. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 41*, 374-384.
- Sriprasert, I., Chaovitsaree, S., Sribanditmongkhon, N., Sunthornlimsiri, N., & Kietpeerakool, C. (2015). Unintended pregnancy and associated risk factors among young pregnant women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 128*, 228-231.
- Stidham, K., Kusunoki, Y., Gatny, H., & Barber, J. (2014). Social discrimination, stress, and risk of unintended pregnancy among young women. *Journal of Adolescent Health, 56*, 330-337.

- Toska, E., Pantelic, M., Meinck, F., Keck, K., Haghghat, R., & Cluber, L. (2017). Sex in the shadow of HIV: A systematic review of prevalence, risk factors, and interventions to reduce sexual risk-taking among HIV-positive adolescents and youth in sub-Saharan Africa. *PLOS ONE*, *12*, e0178106.
- van Schroyenstein, H.M.J., Rook, F., & Maaskant, M.A. (2011). The use of contraception by women with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, *55*, 434-440.
- Verdugo, M.A., Alcedo, M.A., Bermejo, B., & Aguado, A.L. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, *14*, 124-129.
- Vilella, A. (2005). Diferencias interculturales. Globalización de la sexualidad. Diversidad de la sexualidad. Problemas y dilemas interculturales. Perspectiva del usuario. Organización de servicios específicos. En J.J. de la Gándara & A. Puigvert (Coords.), *Sexualidad humana: una aproximación integral* (pp. 115-122). Madrid: Panamericana.
- Villegas-Castaño, A., & Tamayo-Acevedo, L.S. (2013). Prevalencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo para la salud sexual de adolescentes escolarizados, Medellín, Colombia, 2013. *Iatreia*, *29*, 5-17.
- Voisin, D.R., Hotton, A., Tan, K., & DiClemente, R. (2013). A Longitudinal examination of risk and protective factors associated with drug use and unsafe sex among young African American females. *Children and Youth Services Review*, *35*, 1440-1446.
- Wéry, A., & Billieux, J. (2017). Problematic cybersex: conceptualization, assessment, and treatment. *Addictive Behaviors*, *64*, 238-246.
- West, L.M., Stepleman, L.M., Wilson, C.K., Campbell, J., Villarosa, M., Bodie, B., et al. (2012). It's supposed to be personal: personal and educational factors associated with sexual health attitudes, knowledge, comfort and skill in health profession students. *American Journal of Sexuality Education*, *7*, 329-354.
- Wiley, D., & Terlosky, B. (2000). Evaluating sexuality education curriculums. *Educational Leadership*, *58*, 79-82.
- Zhang, C., Tong, J., Zhu, L., Zhang, L., Xu, T., Lang, P., et al. (2017). A population-based epidemiologic study of female sexual dysfunction risk in Mainland China: Prevalence and predictors. *Journal of Sexual Medicine*, *14*, 1348-1356.