

Propiedades psicométricas de la versión española de la *Sexual Assertiveness Scale* (SAS)

Juan Carlos Sierra, Pablo Vallejo-Medina* y Pablo Santos-Iglesias

Universidad de Granada (España)

Resumen. La asertividad sexual se refiere a la capacidad de las personas para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada y emplear métodos anticonceptivos, desarrollando comportamientos saludables. La *Sexual Assertiveness Scale* (SAS) es una escala de 18 ítems que evalúa tres dimensiones: *Inicio*, *Rechazo* y *Prevención Embarazo-ETS (E-ETS)*. En este estudio 853 personas contestaron la SAS, junto a una batería de instrumentos afines. La puntuación media de los ítems ha sido similar a la media teórica del cuestionario, siendo además las desviaciones típicas cercanas a uno. Casi todos los ítems han mostrado un índice de discriminación por encima de .30 y un aporte apropiado a la fiabilidad de la escala. El análisis factorial exploratorio ha mostrado tres dimensiones idénticas a las obtenidas en el estudio original que explican un 48% de la varianza (*Inicio* $\omega = .80$; *Rechazo* $\omega = .76$ y *E-ETS* $\omega = .85$). Esta estructura ha sido confirmada mediante un modelo de ecuaciones estructurales observándose un buen ajuste. Se discute la validez concurrente al observar correlaciones significativas entre las subescalas del SAS con otros constructos afines.

Palabras clave: Asertividad sexual; SAS; estudio instrumental; validez; fiabilidad.

Title: Psychometric properties of the Spanish version of the Sexual Assertiveness Scale (SAS).

Abstract: The construct of sexual assertiveness has been developed to further the understanding of the ability to initiate sexual activity, refuse unwanted sex and negotiate pregnancy and sexually transmitted diseases prevention, and consequently, explore healthy behaviours. Sexual Assertiveness Scale (SAS), which is an 18 items questionnaire that consists of three factors measuring *Initiation*, *Refusal*, and *Pregnancy Sexually Transmitted Disease prevention (P-STD)* assertiveness. In this study, 853 people answered to the SAS together with others scales. The mean of the items has been similar to the theoretical average of the questionnaire. Moreover, the standard deviation has been close to one. Most of the items have showed a discrimination index higher than .30. No alpha increase has been observed if any item were deleted. Exploratory factor analysis showed three dimensions (48% variance) which replicate the original solution identically (*Initiation* $\omega = .80$; *Refusal* $\omega = .76$ and *P-STD* $\omega = .85$). The scale dimension has been confirmed by using a Structural Equation Modeling and found a good fit index. Significant correlations have been observed between SAS and other related constructs.

Key words: Sexual assertiveness; SAS; instrumental study; validity; reliability.

Asertividad general y asertividad sexual

La asertividad general es una habilidad social que permite comunicar nuestros sentimientos, preferencias, necesidades u opiniones a otra persona, sin menospreciarla, forzarla o usarla (Dee Galasi, 1977). Gidycz, Hanson y Layman (1995) o Greene y Navarro (1998) argumentan que la asertividad es específica de cada situación; de hecho, Zamboni, Crawford y Williams (2000) señalan que los sujetos asertivos y comunicativos en su día a día no tienen porque serlo en el ámbito sexual. Se sugiere, por tanto, evaluar la asertividad en situaciones sexuales específicas, empleando para ello el constructo concreto de asertividad sexual (Livingston, Testa y VanZile-Tamsen, 2007). La asertividad sexual se refiere a la capacidad de las personas para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada y emplear métodos anticonceptivos, desarrollando comportamientos sexuales saludables; se basa en el derecho humano a la autonomía, que asume que las personas tienen derecho a elegir sobre su propia experiencia y actividad sexual (Morokoff, Quina, Harlow, Whitmire, Grimley, Gibson et al., 1997).

Funcionamiento sexual, victimización sexual y conductas sexuales de riesgo

El estudio de la asertividad sexual puede organizarse en tres grandes áreas: funcionamiento sexual, victimización

sexual y conductas sexuales de riesgo (Santos-Iglesias y Sierra, 2010a). Dentro del funcionamiento sexual, probablemente, sea la satisfacción sexual la más perjudicada por la ausencia de asertividad sexual debido a la incapacidad de la persona para comunicar asertivamente sus preferencias sexuales, gustos y sensaciones. De hecho, varios estudios relacionan la satisfacción sexual con la asertividad sexual (Haavio-Mannila y Kontula, 1997; Hurlbert, 1991) y con la capacidad orgásmica (Cotten-Houston y Wheeler, 1983; Hurlbert, 1991; Kuriansky, Sharpe y O'Connor, 1982; Nelson, 1974). Se han encontrado también correlatos entre el deseo sexual y la asertividad sexual (Hurlbert, 1991; Hurlbert, Singh, Menendez, Fertel, Fernández y Salgado, 2005). La capacidad para rechazar una relación sexual sería el núcleo de la segunda área: la victimización sexual. Existen diversos estudios que relacionan la coerción y el abuso sexual con una baja asertividad sexual (Livingston et al., 2007; Morokoff et al., 1997; Rickert, Sanghvi y Wiemann, 2002; Testa, VanZile-Tamsen y Livingston, 2007). De hecho, la carencia de asertividad sexual actuaría como un factor de vulnerabilidad en las mujeres que han sufrido abusos (Greene y Navarro, 1998; Rickert et al., 2002; Rosenbaum y O'Leary, 1981; Sierra, Ortega, Santos y Gutiérrez, 2007; Stoner, Norris, George, Morrison, Zawacki, Davis et al., 2008; Testa y Dermen, 1999; Testa et al., 2007). Se ha demostrado también como el entrenamiento en asertividad sexual puede proteger a las mujeres ante la violencia sexual (Macy, Nurius y Norris, 2006; Somlai, Kelly, McAuliffe, Gudmundson, Murphy, Sikkema et al., 1998). La última área de interés serían las conductas sexuales de riesgo. Hay que tener en cuenta que la mera habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad no está relacionada con la

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Pablo Vallejo Medina. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Campus de Cartuja, s/n. 18011 Granada (España). E-mail: pvallejo@ugr.es

capacidad de negociación del uso del preservativo (Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz et al., 2006). Es la propia asertividad sexual asociada a la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual (E-ETS) la que predice su uso, aunque solo en mujeres (Raj, Silverman y Amaro, 2004; Quina, Harlow, Morokoff, Burkholder y Deiter, 2000; Robles et al., 2006; Štulhofer, Graham, Božičević, Kufirin y Ajduković, 2007), ya que en hombres sólo se ha encontrado esta relación con respecto al uso del condón femenino (Lameiras-Fernández, Núñez-Mangana, Rodríguez-Castro, Bretón-López y Agudelo, 2007; Lameiras-Fernández, Carrera-Fernández, Failde-Garrido, Ricoy-Lorenzo, López-Castedo y Núñez-Mangana, 2010). En esta misma línea, Auslander, Perfect, Succop y Rosenthal, (2007) encontraron, en mujeres, una relación negativa entre asertividad sexual de E-ETS y la promiscuidad sexual.

Evaluación de la asertividad sexual

Existen diversos instrumentos para evaluar la asertividad sexual, siendo los más empleados el *Hurlbert Index of Sexual Assertiveness* (HISA; Hurlbert, 1991), el *Safer Sex Assertiveness* (SSA; Wingood y Diclemente, 1998), una subescala del *Sexual Awareness Questionnaire* (Snell, Fisher y Miller, 1991) o la *Sexual Assertiveness Scale* (SAS; Morokoff et al., 1997). La SAS se creó siguiendo la propia definición, tanto semántica como sintáctica (Carretero-Dios y Pérez, 2005), del constructo definido por Morokoff et al. (1997). Se recoge de esta forma un amplio contenido de componentes de la asertividad sexual: inicio de relaciones sexuales deseadas, rechazo de las relaciones no deseadas, y la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual. Asimismo, el cuestionario, tanto si es administrado globalmente como si se emplea alguna de las subescalas de forma aislada, ha mostrado buenas propiedades psicométricas.

La SAS está compuesta por 18 ítems que recogen los tres componentes que definen sintácticamente el constructo de asertividad sexual. La primera subescala (*Inicio*; ítems 1-6) evalúa la frecuencia con la que una persona comienza una relación sexual y que acontezca de forma deseada; la segunda (*Rechazo*; ítems 7-12) mide el frecuencia en que una persona es capaz de evitar, tanto una relación sexual, como una práctica sexual no deseada; la última dimensión (*Embarazo y enfermedades de transmisión sexual*; ítems 13-18) evalúa la frecuencia con la que una persona insiste en el uso de métodos anticonceptivos de barrera de látex con su pareja. Todos los ítems se puntúan sobre una escala de respuesta tipo Likert que oscila entre 0 (*Nunca*) y 4 (*Siempre*). La mitad de los ítems están redactados de forma inversa (3, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 14 y 16). Puntuaciones elevadas indican mayor asertividad sexual.

Las propiedades psicométricas en mujeres han sido descritas por Morokoff et al. (1997). Se partió de un banco de 112 ítems que se redujeron a 18 tras un proceso de filtrado. El análisis factorial exploratorio mostró tres dimensiones (*Inicio*, *Rechazo* y *E-ETS*). A continuación se confirmó la estructura factorial mediante un modelo de ecuaciones estruc-

turales, certificando además que la administración de una sola subescala, de forma aislada, no afectaría sus características psicométricas. En este estudio se informa del alfa de Cronbach en cinco muestras independientes de mujeres (tres compuestas por estudiantes universitarias, una de mujeres con conductas sexuales de riesgo y una última resultado del seguimiento de las estudiantes universitarias y las mujeres con conductas de riesgo), obteniéndose los siguientes valores: .82, .76, .77, .77 y .82 para *Inicio*; .78, .80, .71, .74 y .80 en *Rechazo*; y .82, .80, .85, .82 y .80 en *E-ETS*; para el total de la escala se alcanzaron coeficientes de .79, .77, .75, .82 y .84, respectivamente. También se evaluó la fiabilidad test-retest en tres momentos (inicio, a los seis meses y al año), encontrándose correlaciones entre cada subescala consigo misma en los diferentes momentos, en ningún caso inferiores a .59. Por último se examinó la validez concurrente, encontrándose relaciones entre la asertividad sexual y la duración y satisfacción de la relación, la victimización sexual, la experiencia sexual y las conductas preventivas de ETS. Otros estudios han informado de un alfa de Cronbach que oscila entre .66 y .86 (Jacobs y Thomlison, 2009; Jenkins, 2008; Livingston et al., 2007; Mosack, Weeks, Sylla y Abbott, 2005; Noar, Morokoff y Harlow, 2002; Noar, Morokoff y Redding, 2002; Parks, Hsieh, Collins, King y Levonyan-Radloff, 2009; Quina et al. 2000; Stoner et al., 2008; Testa et al., 2007; Yoder, Perry y Saal, 2007). La subescala E-ETS ha mostrado ser sensible a la hora de evaluar cambios en la asertividad sexual en función de la etapa de cambio para el uso del condón en la que se encuentra una persona, tanto en mujeres con conductas sexuales de riesgo como en población normal (Noar, Morokoff y Redding, 2002).

Propósito del estudio

El objetivo del presente estudio instrumental (Carretero-Dios y Pérez, 2007; Montero y León, 2007) fue examinar algunas propiedades psicométricas de la *Sexual Assertiveness Scale* (SAS) en una muestra española. Para ello se analizaron las propiedades métricas de los ítems que componen la escala, sometiéndose a examen su estructura factorial mediante análisis factorial exploratorio (AFE), que fue contrastada mediante análisis factorial confirmatorio (AFC). Por último, una vez confirmada la estructura, se analizó la fiabilidad de consistencia interna, así como diversos indicadores de validez de sus medidas. Para las pruebas de validez concurrente se analizaron las correlaciones del SAS con el *Hurlbert Index of Sexual Assertiveness* (HISA; Hurlbert, 1991; Santos-Iglesias y Sierra, 2010b), el Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA; Carrasco, 1998), la versión española abreviada de la Escala de Ajuste Diádico (EAD-13; Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra, 2009) y la Escala de Habilidades Sociales (EHS; Gismero, 2002). En este sentido, esperamos: a) que las puntuaciones del SAS correlacionen positivamente con las del HISA; b) que las puntuaciones en el SAS correlacionen de forma negativa con las subescalas *Agresión*, *Sumisión* y *Agresión pasiva* del ASPA, y de forma positiva con la subesca-

la *Aserción*, dado que los miembros de la pareja que abusan y dominan a sus compañeros hacen gala de un estilo comunicativo agresivo (Infante, Chandler y Rudd, 1989); c) que se produzca una correlación positiva entre satisfacción marital y asertividad sexual (Greene y Faulkner, 2005; Hurlbert, 1991; Morokoff et al., 1997); y d) que las puntuaciones de la SAS correlacionen de forma positiva con las de la EHS, dado que las habilidades sociales están relacionadas con la asertividad sexual (Hammond y Oei, 1982; Quina et al., 2000; Salazar, DiClemente, Wingood, Crosby, Harrington, Davies et al., 2004).

Método

Participantes

La muestra compuesta por 853 personas (400 varones y 453 mujeres) fue seleccionada de forma incidental, tratando de compensarla en cuanto al sexo de los participantes y que

estuvieran representadas diferentes edades y niveles educativos. Los requisitos de inclusión en el estudio eran ser mayor de edad, estar involucrado en una relación de pareja heterosexual desde al menos seis meses y mantener actividad sexual dentro de esa relación. El rango de edad osciló entre 18 y 71 años ($M = 30.83$; $DT = 9.58$) (Figura 1), siendo la edad media de los varones muy similar a la de las mujeres: 32.09 ($DT = 10.03$) y 29.73 ($DT = 9.03$), respectivamente. Respecto al nivel educativo, un 9.60% había cursado estudios básicos de primaria, el 24.7% cursó secundaria y un 65.7% tenían estudios universitarios. Con el objetivo de explorar y confirmar la estructura factorial de la escala, la muestra se dividió de forma aleatoria en submuestra 1 formada por 300 sujetos (147 varones y 153 mujeres) y submuestra 2 integrada por 491 sujetos (272 mujeres y 219 varones), no existiendo diferencias significativas entre ambas ni en sexo $\chi^2(1, N = 791) = 1.44, p = .23$, ni en edad $t(789) = 3.03, p = .76$, ni en nivel educativo $\chi^2(3, N = 784) = 2.84, p = .41$.

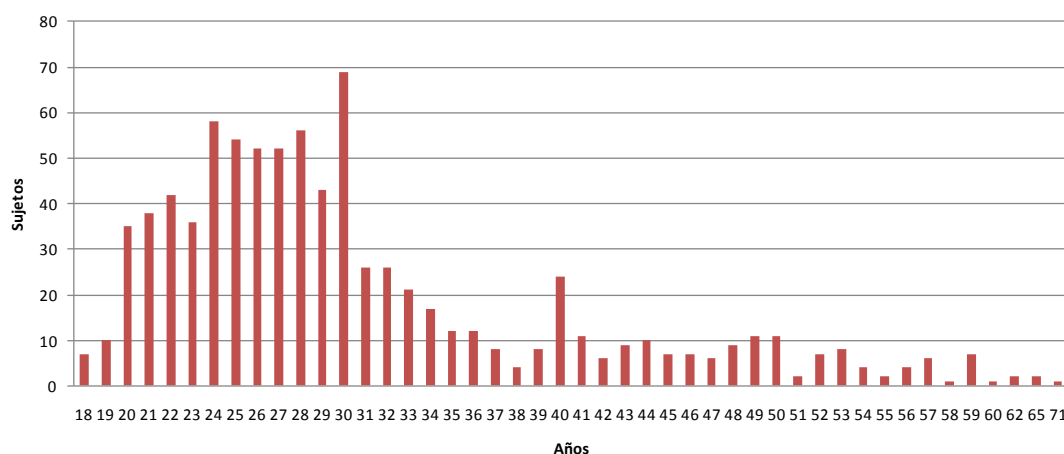


Figura 1: Frecuencia de las edades.

Instrumentos

- *Sexual Assertiveness Scale* (SAS; Morokoff et al., 1997). La información sobre esta escala aparece en la introducción. En este estudio una mayor puntuación supone más asertividad sexual. Véase el Anexo 1.
- *Hurlbert Index of Sexual Assertiveness* (HISA; Hurlbert, 1991). Se empleó la versión española de Santos-Iglesias y Sierra (2010b) constituida por 19 ítems contestados en una escala de respuesta tipo Likert de 0 (*Nunca*) a 4 (*Siempre*). Los ítems se distribuyen en dos dimensiones (*Inicio* y *Ausencia de timidez/Rechazo*), ambas con una fiabilidad de consistencia interna de .83, presentando además buenos indicadores de validez, tanto externa como de constructo. En el presente estudio, el alfa de Cronbach fue .78 para *Inicio* y .80 para *Ausencia de timidez/Rechazo*. Una mayor puntuación es indicativa de mayor asertividad sexual en ambas dimensiones.
- Cuestionario de Aserción en la Pareja (Carrasco, 1998). Compuesto por 40 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 1 (*Casi nunca*) a 6 (*Casi siempre*). Los ítems se corresponden con diferentes estilos comunicativos dentro de la pareja: *Aserción*, *Agresión*, *Sumisión* y *Agresión pasiva*. El estudio original informa de una buena fiabilidad, con valores de consistencia interna comprendidos entre .75 y .90, así como de una adecuada validez. En el presente estudio el coeficiente alfa de Cronbach osciló entre .77 y .85. Puntuaciones elevadas reflejan mejor comunicación.
- Versión abreviada de la Escala de Ajuste Diádico (Santos-Iglesias et al., 2009). Se trata de una versión breve del cuestionario original desarrollado por Spanier en 1976. Esta versión reducida la componen 13 ítems que ofrecen una puntuación global en ajuste diádico y en tres subescalas: *Consenso*, *Satisfacción* y *Cohesión*. Se responde sobre una esca-

la tipo Likert de cinco y seis opciones de respuesta. Se informa de una adecuada fiabilidad de consistencia interna para la escala global ($\alpha = .83$) e igual a $.73$, $.70$ y $.63$ para las tres subescalas, respectivamente (Santos-Iglesias et al., 2009). En el presente estudio la fiabilidad alcanzó el valor $.81$ para la escala global y $.74$, $.70$ y $.61$ en las tres subescalas, respectivamente. Una mayor puntuación indica mayor ajuste.

- Escala de Habilidades Sociales (Gismero, 2002). Compuesta por 33 ítems con un formato de respuesta tipo Likert desde 1 (*No me identifico en absoluto*) a 4 (*Muy de acuerdo y me sentiría así o actuaría así en la mayoría de los casos*). Proporciona una puntuación global sobre habilidades sociales. La fiabilidad es igual a $.80$ y los indicadores de validez son adecuados. En el presente estudio la fiabilidad de consistencia interna alcanzó un valor igual a $.89$. Mayores puntuaciones indican más habilidades sociales.

Procedimiento

En primer lugar, se procedió a la adaptación lingüística del cuestionario empleándose para ello la traducción hacia delante (Hambleton, 1996). Primero se tradujeron los ítems al castellano, dicha traducción se entregó, junto al original en inglés, a un experto bilingüe que recomendó una serie de cambios. Se modificó el original con los cambios sugeridos, culminando de este modo el proceso de traducción. A continuación se envió el cuestionario a cuatro jueces expertos en sexualidad, quienes juzgaron la adecuación y comprensión de los ítems proponiendo, si fuese necesaria, una redacción alternativa. El siguiente paso consistió en calcular el porcentaje de acuerdo, revisándose según las recomendaciones de los expertos aquellos ítems que no alcanzaron el 85% de acuerdo. La batería final se entregó a 20 personas de la población general quienes juzgaron nuevamente la comprensión de los ítems, señalando aquellos que no entendían. Nuevamente se revisaron los ítems que contaban con un consenso inferior al 85%, obteniéndose de esta forma la versión final del instrumento que aparece en el Anexo I.

La batería de instrumentos se aplicaba de forma individual o en pequeños grupos (en este caso la evaluación se hacía en un aula o sala). Se entregaba a cada participante un cuadernillo con los cuestionarios y una hoja de respuestas. A todos los participantes se les proporcionaban las mismas instrucciones, incidiendo en el carácter voluntario, anónimo y confidencial de la investigación, otorgando todos los participantes su consentimiento informado verbal antes de comenzar a contestar. El tiempo medio para completar el cuadernillo fue de 30 minutos.

Análisis estadísticos

Se empleó el SPSS 15.0 para obtener algunas de las propiedades métricas de los ítems. Mediante el programa Factor 7.02 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006) se realizó el análisis

factorial exploratorio (AFE) en la submuestra 1. La extracción del número de factores se realizó mediante análisis paralelo (AP). Este procedimiento ha demostrado ser más preciso a la hora de extraer el número de factores que los criterios de extracción habituales (Velicer, Eaton y Fava, 2000). La fiabilidad de cada subescala se ha obtenido mediante el omega, un indicador menos sesgado que el alfa de Cronbach para escalas de respuesta categórica (Elosua y Zumbo, 2008). Se empleó el programa AMOS 7.0 para confirmar el análisis factorial (AFC) en la submuestra 2. Dadas las características de la distribución muestral, se ha empleado el método de estimación de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) (Paszek, 2007; Ximénez y García, 2005). Los índices considerados para evaluar el ajuste de los modelos han sido el ratio ji-cuadrado entre los grados de libertad (χ^2 / gl), el *Goodness of Fit Index* (GFI; Jöreskog y Sörbom, 1984; Tanaka y Huba, 1985), el *Adjusted Goodness of Fit* (AFGI) y el *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA; Browne y Cudeck, 1989; Steiger, 1990). Para el ratio (χ^2 / gl) se consideran valores entre 1 y 3 índices de buen ajuste, para el GFI y el AFGI se considerarán valores por encima de $.90$ y $.85$ respectivamente como adecuados. El RMSEA es considerado el mejor indicador del ajuste global (Marsh, Balla y Hau, 1996). Para este indicador valores inferiores a $.05$ son considerados óptimos, si bien, Browne y Cudeck (1993) consideran que valores entre $.05$ y $.08$ indicarían un ajuste aceptable, mientras que valores por encima de $.10$ indicarían un ajuste deficiente.

Resultados

Análisis de ítems y análisis factorial exploratorio (AFE)

Los resultados muestran que todas las opciones de respuesta son elegidas en todos los ítems. La media de respuesta de los ítems se sitúa $.47$ puntos por encima de la media teórica del cuestionario y las desviaciones típicas oscilan entre $.96$ y 1.65 por lo que podemos suponer una adecuada variabilidad de puntuaciones. Excepto los ítems 3 ($r_{it}^c = .28$) y 5 ($r_{it}^c = .22$) todas las correlaciones ítem-total corregidas superaron el valor $.30$ (Nunnally y Bernstein, 1995). Pese a que se observa que la eliminación de estos ítems no mejoraría el alfa global de la escala ($.82$), se estudiará más adelante la conveniencia de eliminarlos o no en función del poder discriminante dentro de la subescala a la que pertenezcan (véase la Tabla 1).

El índice de adecuación muestral ($KMO = .77$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2_{153} = 1.874,3; p < .001$) indicaron la idoneidad de los datos para realizar el análisis factorial. Debido a que la distribución muestral no es normal, se ha empleado el *Unweighted Least Squares* (ULS) como método de extracción. El método de rotación oblicua empleado ha sido *Oblimin Direct*, ya que para la distribución y el tamaño muestral de este estudio es más adecuado que el

Tabla 1: Media (M), Desviación Típica (DT), Correlación ítem-total corregida (r_{it}^c) y alfa de Cronbach si el ítem es eliminado (α_{-i}).

Ítems	M	SD	r_{it}^c	α_{-i}
SAS 1	2.80	1.20	.36	.81
SAS 2	2.51	1.29	.32	.82
SAS 3	2.65	1.11	.28	.82
SAS 4	2.37	1.11	.42	.81
SAS 5	2.06	1.34	.22	.82
SAS 6	2.55	.96	.31	.82
SAS 7	2.70	1.22	.43	.81
SAS 8	2.57	1.39	.36	.81
SAS 9	1.42	1.43	.36	.81
SAS 10	2.78	1.24	.41	.81
SAS 11	1.89	1.53	.48	.81
SAS 12	1.97	1.49	.47	.81
SAS 13	3.18	1.22	.47	.81
SAS 14	3.20	1.25	.47	.81
SAS 15	2.57	1.52	.37	.81
SAS 16	2.73	1.47	.54	.80
SAS 17	2.51	1.53	.52	.80
SAS 18	2.02	1.65	.51	.80
Total	44.47	12.12	-	.82

Direct Quartimin empleado por Morokoff et al. (1997). El Análisis Paralelo (AP) establece cuatro factores. Tres de ellos recogen al completo la factorización original y un cuarto parece ser un artefacto estadístico (Carmines y Zeller, 1979; Marsh, 1996; Morales, 2000), ya que recoge la influencia de los ítems redactados negativamente del factor *Rechazo* y *E-ETS* (ítems 8, 10, 11, 13, 14 y 16). De hecho existe una elevada correlación entre este cuarto factor y el de *Rechazo* ($r = .69$; $p < .001$) y el de *E-ETS* ($r = .70$; $p < .001$), la cual según Carmines y Zeller (1979) reflejaría dicho artefacto estadístico. Por tanto, se ha repetido el análisis factorial preestableciendo el número de factores a tres (véase la Tabla 2). De esta forma se obtienen tres factores con una adecuada fiabilidad: *Inicio* ($\omega = .80$), *Rechazo* ($\omega = .76$) y *E-ETS* ($\omega = .85$) que explican un 48% de la varianza. De este modo se replica, a la espera de la confirmación, la factorización encontrada por Morokoff et al. (1997).

Análisis factorial confirmatorio (AFC)

Se han contrastado tres modelos distintos:

- Modelo unifactorial (modelo A) que contemplaría la asertividad sexual como un todo global.
- Modelo de tres factores relacionados (modelo B), en donde se pone a prueba el modelo original de Morokoff et al. (1997); se trataría del modelo encontrado a su vez en el AFE del presente estudio.
- Modelo de tres factores (al igual que el modelo B), pero independientes (modelo C).

Tabla 3: Índices de ajuste de los modelos contrastados.

Modelos	χ^2	df	p	χ^2/df	GFI	AGFI	RMSEA
1 factor (A)	642.98	134	.00	4.79	.854	.814	.088
3 factores relacionados (B)	390.38	131	.00	2.98	.911	.884	.064
3 factores (C)	430.63	134	.00	3.20	.902	.875	.067

Tabla 2: Matriz de componentes rotados, communalidades (h^2), % varianza explicada, eigenvalue y omega.

Ítems	Inicio	Rechazo	E-ETS	h^2
SAS 1	.35			.19
SAS 2	.65			.40
SAS 3	.71			.48
SAS 4	.78			.64
SAS 5	.34			.12
SAS 6	.38			.22
SAS 7		.56		.35
SAS 8		.60		.34
SAS 9		.49		.24
SAS 10		.60		.35
SAS 11		.58		.38
SAS 12		.57		.36
SAS 13			.56	.38
SAS 14			.53	.36
SAS 15			.75	.50
SAS 16			.61	.47
SAS 17			.74	.55
SAS 18			.77	.63
% varianza	9	25	14	48
Eigenvalue	1.71	4.62	2.43	
Omega	.80	.76	.85	

Nota.- Las cargas factoriales inferiores a .30 fueron eliminadas.

En la Tabla 3 se pueden observar los índices de ajuste de los tres modelos contrastados. La unidimensionalidad (modelo A) de la escala queda rechazada, pues ninguno de los índices empleados supera el umbral requerido. Según se observa, el modelo de tres factores relacionados (modelo B) ajusta mejor que el modelo de tres factores independientes (modelo C), siendo sólo el $AGFI_b = .884$ inferior al requisito mínimo preestablecido. No obstante, hay que tener en cuenta que el modelo B está más saturado que el C, por lo que una mejora sustancial en el ajuste sería esperable. Será, por tanto, el ratio χ^2/df un estimador menos sesgado ante el número de saturaciones, quien finalmente posicione el modelo B como el que mejor ajusta de todos los contrastados, ya que es el único con un ratio χ^2/df inferior a 3, dos décimas por encima del modelo de factores independientes, y así queda recogido en el *path diagram* de la solución factorial confirmada (véase la Figura 2), en donde se observan nuevamente algunos problemas con el ítem 5, el cual tiene una saturación estandarizada de .21 con el factor *Inicio*. Asimismo, se ha covariado el error del ítem 5 con el del ítem 2 como han sugerido los índices de modificación, ya que ambos ítems cuentan con una redacción muy similar (ítem 5: “Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo”; ítem 2: “Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo”).

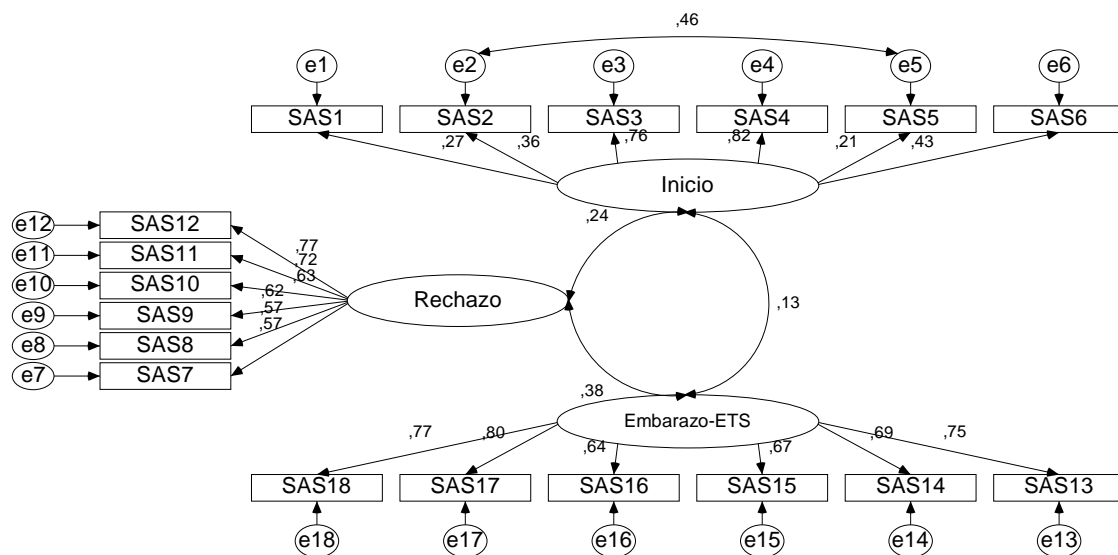


Figura 2: Path Diagram del SAS con tres factores relacionados.

Una vez confirmada la estructura factorial, se revisaron las propiedades métricas de cada escala. Todos los ítems tenían una r_{it}^2 superior a .30 en su respectiva subescala y en ningún caso la eliminación de alguno de ellos supondría una mejora en la fiabilidad de la propia subescala. Por tanto, se

ha decidido mantener los ítems 3 y 5 -que estaban pendientes de revisión-, pues su eliminación no mejoraría la capacidad psicométrica de su escala. En la Tabla 4 se pueden observar las medias, desviaciones típicas y rango de las diferentes subescalas en función del sexo y la edad.

Tabla 4: Media, Desviación típica y rango de las subescalas del SAS en función del sexo y la edad

Sexo	Hombres (n = 366)			Mujeres (n = 425)		
	Media	DT	rango	Media	DT	rango
SAS Inicio	14.48	4.04	3-24	14.92	4.80	0-24
SAS Rechazo	11.95	5.24	0-24	15.13	5.49	0-24
SAS E-ETS	15.18	6.39	0-24	18.25	5.90	0-24

Edad	18-35 años (n = 620)			36-49 años (n = 120)			50-71 años (n = 51)		
	Media	DT	rango	Media	DT	rango	Media	DT	rango
SAS Inicio	14.78	4.48	0-24	15.34	4.30	5-24	12.59	4.16	0-22
SAS Rechazo	13.86	5.60	0-24	14.02	5.61	1-24	10.49	4.63	0-24
SAS E-ETS	17.40	6.24	0-24	15.93	6.04	3-24	12.00	5.64	0-24

Validez concurrente

Se comprobó la validez concurrente mediante correlaciones de Pearson entre las subescalas del SAS y las de los otros autoinformes empleados. Tal como se puede apreciar en la Tabla 5, la subescala *Inicio* presentó correlaciones positivas con las subescalas del HISA, ASPA Aserción, subescalas del EAD-13 y EHS (oscilando entre .16 y .50) y negativas con las subescalas *Agresión*, *Sumisión* y *Agresión pasiva* del ASPA (entre -.09 y -.29). Por su parte, la subescala *Rechazo* correlaciona de manera positiva con *Ausencia de timidez/Rechazo* del HISA, ASPA Aserción, EAD-13 Satisfacción y EHS (coeficientes entre .09 y .27), y de forma negativa con ASPA *Agresión*, ASPA *Sumisión* y ASPA *Agresión pasiva* (entre -.10 y -.30). En cuanto a la subescala E-ETS el comporta-

miento de sus correlaciones es similar a las de *Inicio*, aunque con valores mucho más moderados.

Tabla 5: Correlaciones entre las subescalas del SAS y los factores del HISA, ASPA, EAD y el total de la EHS.

Subescalas	Inicio	Rechazo	E-ETS
HISA Inicio	.50**	.06	.10**
HISA Ausencia timidez/Rechazo	.40**	.23**	.16**
ASPA Aserción	.33**	.27**	.25**
ASPA Agresión	-.09**	-.10**	-.11**
ASPA Sumisión	-.29**	-.30**	-.28**
ASPA Agresión pasiva	-.20**	-.11**	-.11**
EAD-13 Consenso	.16**	.06	.14**
EAD-13 Satisfacción	.16**	.09*	.17**
EAD-13 Cohesión	.18**	.02	.11**
EHS	.34**	.14**	.07*

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

Discusión

En este estudio se han revisado las propiedades psicométricas de la SAS en una muestra de hombres y mujeres españoles. Resulta de suma importancia contar con instrumentos válidos y fiables para evaluar componentes de la salud sexual, como por ejemplo la asertividad sexual (Sierra, Santos, Gutiérrez-Quintanilla, Gómez, y Maeso, 2008). En este estudio se han adaptado y validado las tres dimensiones de la asertividad sexual: *Inicio*, *Rechazo* y *Embarazo-ETS*. Estas escalas pueden emplearse por separado para evaluar funcionamiento sexual, victimización sexual y uso de métodos anticonceptivos y prevención de ETS, respectivamente.

A nivel general se han obtenido unos indicadores adecuados, similares a los descritos por Morokoff et al. (1997). Tal como recomiendan Carretero-Dios y Pérez (2005), la media de las puntuaciones de los ítems del cuestionario es muy similar a la media teórica, siendo sus desviaciones típicas cercanas a 1. Las propiedades psicométricas de los ítems son adecuadas, sólo los ítems 3 y 5 tienen una correlación ítem-total corregida inferior a .30; no obstante, se ha descartado su eliminación, pues ambos refuerzan las propiedades psicométricas de su correspondiente escala. El AFE ha mostrado un artefacto estadístico, ya que los ítems redactados negativamente de las subescalas *Rechazo* y *E-ETS* saturaban en su correspondiente subescala y, además, en un cuarto factor que recoge la connotación negativa de la redacción. Una vez aclarado este problema, la extracción preestableciendo el número de factores a tres y empleando la rotación *Oblimin Direct*, ha replicado la estructura factorial hallada por Morokoff et al. (1997), la cual ha explicado un 48% de la varianza. Esta estructura ha sido confirmada mediante análisis factorial confirmatorio, de forma que el modelo de tres factores (*Inicio*, *Rechazo* y *E-ETS*) relacionados entre sí, ha sido el que mejor ha ajustado de entre los que se han sometido a prueba.

La fiabilidad de las subescalas es adecuada, encontrándose coeficientes para cada una de ellas muy similares a los hallados en otros estudios (Jacobs y Thomlison, 2009; Jenkins, 2008; Livingston et al., 2007; Mosack et al., 2005; Noar, Morokoff y Harlow, 2002; Noar, Morokoff y Redding, 2002; Quina et al. 2000; Stoner et al., 2008; Testa et al., 2007; Yoder et al., 2007). Al igual que en Morokoff et al. (1997), la subescala con mayor índice de fiabilidad ha sido *E-ETS* ($\omega = .85$), seguida por *Inicio* ($\omega = .80$) y *Rechazo* ($\omega = .76$).

En el análisis de la validez concurrente se han confirmado la mayor parte de las hipótesis de partida. Debemos señalar que las puntuaciones del HISA y del SAS han sido transformadas en sentido positivo, por lo que mayor puntuación indica mayor asertividad sexual. En cuanto a las correlaciones del SAS con el HISA, SAS *Inicio* ha correlacionado de forma elevada con HISA *Inicio* y de forma moderada con HISA *Ausencia de timidez/Rechazo*; SAS *Rechazo* mantiene una correlación baja, aunque positiva como se esperaba, con HISA *Ausencia timidez/Rechazo*, lo mismo que ocurre

con la subescala SAS *E-ETS*. Parece por tanto confirmarse una relación lógica y esperada entre las subescalas del SAS y del HISA. Las bajas correlaciones de la subescala *E-ETS* pudieran estar indicando la ausencia de un contenido homólogo en el HISA. En cuanto a las correlaciones con el ASPA, como se esperaba, las tres subescalas del SAS han correlacionado de forma positiva con ASPA *Aserción*, y de forma negativa con ASPA *Agresión*, *ASPA Sumisión* y *ASPA Agresión pasiva*, aunque los coeficientes de correlación obtenidos son más bien bajos. Los resultados apuntan en la dirección de lo observado por otros autores (Apt y Hurlbert, 1993; Testa et al., 2007). Las bajas correlaciones con *Agresión* podrían explicarse por el hecho de que el SAS tiene ítems redactados de forma positiva (comunicación asertiva) y de forma negativa (comunicación pasiva), no encontrándose en ningún caso ítems alusivos a un estilo de comunicación agresivo. Por otro lado, se han observado correlaciones en el sentido esperado, aunque bajas, entre las subescalas del EAD-13 y las subescalas *Inicio* y *E-ETS* del SAS, lo que confirmaría que las personas con mayor asertividad sexual están más satisfechas y cohesionadas en su relación de pareja, tomando además las decisiones de forma más consensuada (Epstein, 1981; Greene y Faulkner, 2005; Hurlbert, 1991; Morokoff et al., 1997; Smolen, Spiegel, Bakker-Rabdan, Bakker y Martin, 1985). Por último, las habilidades sociales generales correlacionan con SAS *Inicio* de forma moderada, poniéndose de manifiesto la relación entre las habilidades sociales y la capacidad percibida para iniciar una relación sexual (Hammond y Oei, 1982; Quina et al., 2000; Salazar et al., 2004). Esta relación es más baja en el caso de la subescala *Rechazo* donde posiblemente exista una gran influencia de los estereotipos de género (Kiefer, Sanchez, Kalinka e Ybarra, 2006; Sánchez, Kiefer e Ybarra, 2006) y presiones sociales (Walker, 1997) que eclipsen el efecto de las habilidades sociales. También parece ser que las habilidades sociales solo explican una pequeña parte del uso de métodos anticonceptivos, los cuales se ven influenciados por otras muchas variables, como la autoestima (Boden y Horwood, 2006), la autoeficacia (O'Leary, Jemmott y Jemmott, 2008), el riesgo percibido (Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002) o el consumo de alcohol (Antón Ruiz y Espada, 2009; Stoner et al., 2008), entre otras.

En definitiva, se puede concluir que la adaptación española de la SAS representa la asertividad sexual tal como la definieron Morokoff et al. (1997). El cuestionario se muestra estable en dos países con culturas diferentes. Se trata además de un cuestionario fiable, con una dimensionalidad que replica el contenido teórico y unos indicadores de consistencia interna así como de validez concurrente adecuados. No obstante, pese a que los resultados parecen indicar una buena bondad psicométrica del SAS en hombres y mujeres españoles, es necesario reseñar que los datos encontrados difícilmente podrían enmarcarse como conclusiones definitivas. Otros estudios con objetivos más ambiciosos serían interesantes; por ejemplo, calcular la invarianza factorial de hombres y mujeres, con el objetivo de replicar la equivalencia de

la dimensionalidad de la escala en estas dos muestras. También resultaría de sumo interés la obtención de baremos con el fin de poder detectar las carencias en asertividad sexual, planteando diferentes intervenciones en función de las nece-

sidades. Por último, sería de gran relevancia, una vez confirmada la validez y fiabilidad de la escala en población normal, adaptar y validar la escala en poblaciones clínicas o con conductas sexuales de riesgo.

Referencias

- Antón Ruiz, F.A. y Espada, J.P. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 25, 344-350.
- Apt, C. y Hurlbert, D.F. (1993). The sexuality of women in physically abusive marriages: A comparative study. *Journal of Family Violence*, 8, 57-69.
- Auslander, B.A., Perfect, M.M., Succop, P.A. y Rosenthal, S.L. (2007). Perceptions of sexual assertiveness among adolescent girls: Initiation, refusal, and use of protective behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20, 157-162.
- Boden, J.M. y Horwood, L.J. (2006). Self-esteem, risky sexual behavior, and pregnancy in a New Zealand birth cohort. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 549-560.
- Browne, M.W. y Cudeck, R. (1989). Single sample cross-validation indices for covariance structures. *Multivariate Behavioral Research*, 24, 445-55.
- Browne, M.W. y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen y J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Carmines, E.G. y Zeller, R.A. (1979). *Reliability and validity assessment*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Carrasco, M.J. (1998). *ASP.A. Cuestionario de Aserción en la Pareja*. Madrid: TEA.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 521-551.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 863-882.
- Cotten-Houston, A.L. y Wheeler, K.A. (1983). Preorgasmic group treatment: Assertiveness, marital adjustment and sexual function in women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 9, 296-302.
- Dee Galasi, R. (1977). *Assert Yourself! How to Be Your Own Person*. Nueva York: The Human Sciences Press.
- Elosua, P. y Zumbo, B.D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20, 896-901.
- Epstein, N. (1981). Assertiveness training in marital treatment. En G.P. Sholevar (Ed.), *The handbook of marriage and marital therapy* (pp. 287-302). Nueva York: Spectrum.
- Gidycz, C.A., Hanson, K. y Layman, M.J. (1995). A prospective analysis of the relationships among sexual assault experiences an extension of previous findings. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 5-29.
- Gismero, E. (2002). *EHIS. Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: TEA.
- Greene, K. y Faulkner, S.L. (2005). Gender, belief in the sexual double standard, and sexual talk in heterosexual dating relationships. *Sex Roles*, 53, 239-251.
- Greene, D.M. y Navarro, R.L. (1998). Situation-specific assertiveness in the epidemiology of sexual victimization among university women. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 589-604.
- Haavio-Mannila, E. y Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 399-419.
- Hambleton, R.K. (1996). Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En J. Muñoz (Ed.), *Psicometría* (pp. 203-238). Madrid: Universitat.
- Hammond, P.D. y Oei, T.P.S. (1982). Social skills training and cognitive restructuring with sexual unassertiveness in women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 8, 297-304.
- Hurlbert, D.F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 17, 183-190.
- Hurlbert, D.F., Singh, D., Menendez, D.A., Fertel, E.R., Fernández, F. y Salgado, C. (2005). The role of sexual functioning in the sexual desire adjustment and psychosocial adaptation of women with hypoactive sexual desire. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, 15-30.
- Infante, D.A., Chandler, T.A. y Rudd, J.E. (1989). Test of an argumentative skill deficiency model of interspousal violence. *Communication Monographs*, 56, 163-177.
- Jacobs, R.J. y Thomlison, B. (2009). Self-silencing and age as risk factors for sexually acquired HIV in midlife and older women. *Journal of Aging Health*, 21, 102-128.
- Jenkins, C.C. (2008). Are young adult college attending African American women protecting themselves from HIV/AIDS? A study of sexual assertiveness characteristics *Dissertation Abstracts International*, 69/02, 152.
- Jöreskog, K.G. y Sörbom, D. (1984). *LISREL-VI user's guide*. Mooresville, IN: Scientific Software.
- Kiefer, A.K., Sanchez, D.T., Kalinka, C.J. e Ybarra, O. (2006). How women's nonconscious association of sex with submission relates to their arousal and orgasm ability. *Sex Roles*, 55, 83-94.
- Kuriansky, J.B. Sharpe, L. y O'Connor, D. (1982). The treatment of anorgasmia: Long-term effectiveness of a short term behavioral group therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 8, 29-43.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y. y Dafonte, S. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema*, 14, 255-261.
- Lameiras-Fernández, M., Carrera-Fernández, M.V., Faílde-Garrido, J.M., Ricoy-Lorenzo, M.C., López-Castedo, A. y Núñez-Mangana, A.M. (2010). Promocionando el uso del preservativo femenino: un estudio cualitativo en parejas heterosexuales españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 309-326.
- Lameiras-Fernández, M., Núñez-Mangana, A., Rodríguez-Castro, Y., Bretón-López, J. y Agudelo, D. (2007). Conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 207-216.
- Livingston, J.A., Testa, M. y VanZile-Tamsen, C. (2007). The reciprocal relationship between sexual victimization and sexual assertiveness. *Violence Against Women*, 13, 298-313.
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P.J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods*, 38, 88-91.
- Macy, R.J., Nurius, P.S. y Norris, J. (2006). Responding in their best interests: Contextualizing women's coping with acquaintance sexual aggression. *Violence Against Women*, 12, 478-500.
- Marsh, H.W. (1996). Positive y negative global self-esteem: A substantively meaningful distinction or artifacts? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 810-819.
- Marsh, H.W., Balla, J.R. y Hau, K.T. (1996). An evaluation of incremental fit indices: A clarification of mathematical and empirical processes. En G.A. Maroulides y R.E. Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling techniques* (pp.115-353). Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Morales, P. (2000). *Medición de actitudes en Psicología y Educación: construcción de escalas y problemas metodológicos*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R., et al. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 790-804.

- Mosack, K.E., Weeks, M.R., Sylla, L.N. y Abbott, M. (2005). High-risk women's willingness to try a simulated vaginal microbicide: Results from a pilot study. *Women & Health*, 42, 71-88.
- Nelson, A. (1974). *Personality Attributes of Female Orgasmic Consistency (or, Romance Makes You Frigid)*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de California, Berkeley, California.
- Noar, S.M., Morokoff, P.J. y Harlow, L.L. (2002). Condom negotiation in heterosexually active men and women: Development and validation of a condom influence strategy questionnaire. *Psychology & Health*, 17, 711-735.
- Noar, S.M., Morokoff, P.J. y Redding, C.A. (2002). Sexual assertiveness in heterosexually active men: A test of three samples. *AIDS Education and Prevention*, 14, 330-342.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.J. (1995). *Teoría psicométrica*. Madrid: McGraw-Hill.
- O'Leary, A., Jemmott, L.S. y Jemmott, J.B. (2008). Mediation analysis of an effective sexual risk-reduction intervention for women: the importance of self-efficacy. *Health Psychology*, 27, 180-184.
- Parks, K.A., Hsieh, Y.P., Collins, R.L., King, L.P. y Levonyan-Radloff, K. (2009). Predictors of risky sexual behavior with new and regular partners in a sample of women bar drinkers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 197-205.
- Paszek, E. (2007). *Estimation*. Recuperado el 6 de noviembre de 2008, de <http://cnx.org/content/m13524/1.2/>
- Quina, K., Harlow, L.L., Morokoff, P.J., Burkholder, G. y Deiter, P.J. (2000). Sexual communication in relationships: When words speak louder than actions. *Sex Roles*, 42, 523-549.
- Raj, A., Silverman, J.G. y Amaro, H. (2004). Abused women report greater male partner risk y gender-based risk for HIV: Findings from a community-based study with Hispanic women. *AIDS Care*, 16, 519-529.
- Rickert, V.I., Sanghvi, R. y Wiemann, C.M. (2002). Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34, 178-183.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E., et al. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22, 60-71.
- Rosenbaum, A. y O'Leary, K.D. (1981). Marital violence: Characteristics of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 63-71.
- Salazar, L.F., DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Crosby, R.A., Harrington, K., Davies, S., et al. (2004). Self-concept and adolescents' refusal of unprotected sex: A test of mediating mechanisms among African American girls. *Prevention Science*, 5, 137-149.
- Sanchez, D.T., Kiefer, A. e Ybarra, O. (2006). Sexual submissiveness in women: Costs for autonomy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 512-524.
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2010a). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 553-577.
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2010b). Hurlbert Index of Sexual Assertiveness: A study of psychometric properties in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 107, 39-57.
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J.C. (2009). Desarrollo y validación de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en población española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 501-517.
- Sierra, J.C., Ortega, V., Santos, P. y Gutiérrez, J.R. (2007). Estructura factorial, consistencia interna e indicadores de validez de la versión española del Index of Spouse Abuse. *Boletín de Psicología*, 91, 83-96.
- Sierra, J.C., Santos, P., Gutiérrez-Quintanilla, J.R., Gómez, P. y Maeso, M.D. (2008). Un estudio psicométrico del Hurlbert Index of Sexual Assertiveness en mujeres hispanas. *Terapia Psicológica*, 26, 117-123.
- Smolen, R.C., Spiegel, D.A., Bakker-Rabdan, M.K., Bakker, C.B. y Martin, C. (1985). A situational analysis of the relationship between spouse-specific assertiveness and marital adjustment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 7, 397-410.
- Snell, W.E., Fisher, T.D. y Miller, R.S. (1991). Development of the Sexual Awareness Questionnaire: Components, reliability, and validity. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 4, 65-92.
- Somlai, A.M., Kelly, J.A., McAuliffe, T.L., Gudmundson, J.L., Murphy, D.A., Sikkema, K.J., et al. (1998). Role play assessments of sexual assertiveness skills: Relationships with HIV/AIDS sexual risk behavior practices. *AIDS and Behavior*, 2, 319-328.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-38.
- Steiger, J.H. (1990). Structural model evaluation y modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173-180.
- Stoner, S.A., Norris, J., George, W.H., Morrison, D.M., Zawacki, T., Davis, K.C., et al. (2008). Women's condom use assertiveness y sexual risk-taking: Effects of alcohol intoxication and adult victimization. *Addictive Behaviors*, 33, 1167-1176.
- Štulhofer, A., Graham, C., Božičević, I., Kufrin, K. y Ajduković, D. (2007). An assessment of HIV/STI vulnerability and related sexual risk-taking in a nationally representative sample of young Croatian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 209-225.
- Tanaka, J.S. y Huba, G.J. (1985). A fit index for covariance structure models under arbitrary GLS estimation. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38, 197-201.
- Testa, M. y Dermen, K.H. (1999). The differential correlates of sexual coercion and rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 548-561.
- Testa, M., VanZile-Tamsen, C. y Livingston, J.A. (2007). Prospective prediction of women's sexual victimization by intimate and nonintimate male perpetrators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 52-60.
- Velicer, W.F., Eaton, C.A. y Fava, J.L. (2000). Construct explication through factor or component analysis. A review and evaluation of alternative procedures for determining the number of factors or components. En R.O. Goffin y E. Helmes (Eds.), *Problems and solutions in human assessment: A festschrift to Douglas Jackson at seventy* (pp. 41-71). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Walker, S.J. (1997). When "no" becomes "yes": Why girls and women consent to unwanted sex. *Applied and Preventive Psychology*, 6, 157-166.
- Wingood, G.M. y DiClemente, R.J. (1998). Partner influences y gender-related factors associated with noncondom use among young adult African American women. *American Journal of Community Psychology*, 26, 29-51.
- Ximénez, M.C. y García, A.G. (2005). Comparación de los métodos de estimación de máxima verosimilitud y mínimos cuadrados no ponderados en el análisis factorial confirmatorio mediante simulación Monte Carlo. *Psicothema*, 17, 528-535.
- Yoder, J.D., Perry, R.L. y Saal, E.I. (2007). What Good is a Feminist Identity?: Women's Feminist Identification and Role Expectations for Intimate and Sexual Relationships. *Sex Roles*, 57, 365-372.
- Zamboni, B.D., Crawford, I. y Williams, P.G. (2000). Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: Implications for HIV prevention. *AIDS Education and Prevention*, 12, 492-504.

(Artículo recibido: 12-11-2009; aceptado: 22-5-2010)

Anexo I: Versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS).

Esta escala está diseñada para evaluar algunos aspectos de las relaciones sexuales con su pareja. No es una prueba, por lo tanto no existen respuestas correctas ni incorrectas. Por favor responda a cada afirmación de forma honesta y precisa, seleccionando un número de los que siguen.

- 0 = Nunca
 1 = A veces (en un 25% de las ocasiones, aproximadamente)
 2 = La mitad de las veces (en un 50% de las ocasiones, aproximadamente)
 3 = Casi siempre (en un 75% de las ocasiones, aproximadamente)
 4 = Siempre

	Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
1. Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo	0	1	2	3	4
2. Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo	0	1	2	3	4
3*. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que me toque los genitales	0	1	2	3	4
4*. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que acaricie mi cuerpo	0	1	2	3	4
5. Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo	0	1	2	3	4
6*. Espero a que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como por ejemplo acariciar mi cuerpo	0	1	2	3	4
7*. Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no	0	1	2	3	4
8*. Si mi pareja lo desea, estímulo sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece	0	1	2	3	4
9. Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste	0	1	2	3	4
10*. Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece	0	1	2	3	4
11. Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales aunque me presione	0	1	2	3	4
12. Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste	0	1	2	3	4
13*. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex, incluso aunque yo prefiera utilizarlos	0	1	2	3	4
14*. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón o barrera de látex, incluso aunque yo no quiera	0	1	2	3	4
15. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón o barrera de látex	0	1	2	3	4
16*. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex	0	1	2	3	4
17. Insisto en usar condón o barrera de látex cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos	0	1	2	3	4
18. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón o barrera de látex	0	1	2	3	4

* Ítems inversos.