



**COMILLAS**

UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**El impacto del trauma infantil y la homofobia  
internalizada sobre la asertividad sexual de hombres  
adultos que mantienen sexo con otros hombres: El  
papel mediador de la desregulación emocional**

Autora: Sara Stile

Tutora: Mar Josefina Fernández Ollero

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2026

## Resumen

El objetivo del estudio fue analizar el impacto del trauma infantil y la homofobia internalizada sobre la asertividad sexual en hombres adultos que tienen sexo con otros hombres (HSH), considerando el posible papel mediador de la desregulación emocional. Asimismo, se exploró la influencia de la práctica de *chemsex* sobre estas variables. Para ello, se llevó a cabo un estudio transversal mediante cuestionarios autoadministrados difundidos a través de redes sociales. La muestra estuvo compuesta por 37 HSH, quienes completaron los siguientes instrumentos: SAS, DERS-18, IHN-16 y CTQ-SF. Los resultados no mostraron evidencia de que la desregulación emocional mediase la relación entre el trauma infantil y la asertividad sexual, ni entre la homofobia internalizada y la asertividad sexual. Además, 11 participantes reportaron practicar *chemsex*, sin encontrarse diferencias significativas en las variables estudiadas, aunque sí se observaron tendencias acordes con la literatura previa. Sin embargo, sí se encontraron asociaciones relevantes de la homofobia internalizada con una menor asertividad sexual, mayores dificultades en la regulación emocional y mayores experiencias de trauma infantil, convirtiéndose esta variable en el principal hallazgo del estudio. Estos resultados subrayan la necesidad de seguir investigando el impacto de la homofobia internalizada en los HSH, con el objetivo de prevenir riesgos para la salud mental y sexual y mejorar la calidad de vida de esta población.

**Palabras clave:** HSH, homofobia internalizada, asertividad sexual, desregulación emocional, trauma infantil, *chemsex*.

## **Abstract**

The aim of the study was to explore the impact of childhood trauma and internalized homophobia on sexual assertiveness in men who have sex with men (MSM), considering the possible mediating role of emotional regulation. In addition, the influence of chemsex practices on these variables was explored. To this end, a cross-sectional study was conducted using self-administered questionnaires distributed through social media. The sample consisted of 37 MSM who completed the following instruments: SAS, DERS-18, IHN-16, and CTQ-SF. The results did not provide evidence that emotional regulation mediated the relationship between childhood trauma and sexual assertiveness, nor between internalized homophobia and sexual assertiveness. Furthermore, 11 participants reported engaging in chemsex, although no significant differences were found in the studied variables, despite trends consistent with previous literature. However, significant associations were found between internalized homophobia, lower sexual assertiveness, greater emotional dysregulation, and higher levels of childhood trauma, making internalized homophobia the main finding of the study. These results highlight the need for further research on the impact of internalized homophobia in MSM in order to prevent mental and sexual health risks in this population.

**Key words:** MSM, internalized homophobia, sexual assertiveness, emotional regulation, childhood trauma, chemsex.

## ÍNDICE

<b>1. Introducción</b>	5
<b>2. Objetivos e hipótesis</b>	11
2.1. Objetivo general	11
2.2. Objetivos específicos	12
2.3. Hipótesis	12
<b>3. Método</b>	14
3.1. Diseño del estudio	14
3.2. Participantes	15
3.3. Procedimiento de recogida de datos	15
3.4. Instrumentos	15
3.5. Análisis estadístico	19
<b>4. Resultados</b>	20
4.1. Análisis descriptivos	20
4.2. Correlaciones entre variables	21
4.3. Modelos de mediación	22
4.4. Comparación de grupos según práctica de <i>chemsex</i>	24
<b>5. Discusión</b>	25
5.1. Limitaciones	35
5.2. Conclusión	37
<b>6. Referencias</b>	39
<b>7. Anexos</b>	49
9.1. Anexo I. Consentimiento informado	49
9.2. Anexo II. Cuestionario sociodemográfico y <i>chemsex</i>	50
9.3. Anexo III. SAS	52
9.4. Anexo IV. DERS-18	53
9.5. Anexo V. CTQ-SF	54
9.6. Anexo VI. IHN-16	56
9.7. Anexo VII. Declaración uso de herramientas de IA generativa	57

En los últimos años se han implementado diferentes iniciativas sociales, educativas y legislativas orientadas a promover la igualdad y la protección de las personas pertenecientes al colectivo LGTBI (Alguacil & Rodríguez, 2021). Como, por ejemplo, el reconocimiento de derechos civiles, la visibilización en medios de comunicación, la celebración del día del orgullo o la inclusión de contenidos de diversidad afectivo-sexual en programas educativos (Díaz de Greñu Domingo & Parejo Llanos, 2014). Estas medidas han contribuido a una mayor presencia social y a la sensibilización frente a la discriminación. Sin embargo, pese a estos avances, las personas pertenecientes a minorías sexuales continúan enfrentándose a niveles más altos de discriminación, un menor apoyo social, mayores tensiones en el entorno familiar y una frecuencia superior de agresiones tanto verbales como físicas en comparación con la población heterosexual (Miravet et al., 2020).

Además de la discriminación que experimentan, es frecuente en personas de este colectivo haber crecido en entornos familiares negligentes, experimentar abusos por parte de familiares, sufrir rechazo social por parte de los iguales y vivir situaciones de victimización escolar durante la infancia (Bos, De Haas & Kuyper, 2016). Asimismo, el metaanálisis realizado por Friedman et al. (2011), mostró que las personas pertenecientes a minorías sexuales tenían 3.8 veces más probabilidades de haber sufrido un abuso sexual infantil y 1.7 veces más probabilidades de haber sido acosadas por un igual en el ámbito escolar. Además, también eran 1.7 veces más propensas de haber sido víctimas de abuso por parte de un familiar o tutor. En concreto, en cuanto al abuso físico parental en hombres, las tasas de prevalencia encontradas fueron del 24.2% en bisexuales, un 18.5% en gays y un 11.4% en heterosexuales (Bos, De Haas & Kuyper, 2016).

La discriminación y el estigma social asociados a pertenecer a una minoría sexual junto con entornos de desarrollo difíciles, afecta a la salud mental de forma que los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales presentan tasas significativamente superiores de ideación

suicida, más intentos de suicidio y un mayor riesgo de llegar a consumarlo que sus pares heterosexuales (Yildiz, 2018). Es decir, como bien se explica en la Teoría del Estrés de las Minorías (*Minority Stress Theory*; Meyer 2003), las personas pertenecientes a minorías sexuales soportan un estrés adicional a las dificultades cotidianas de la vida, derivado del estigma social, la discriminación y la heteronormatividad.

Entre estos estresores específicos destaca la homofobia internalizada, definida como, la interiorización de los prejuicios y actitudes negativas hacia la homosexualidad presentes en la sociedad heteronormativa. Este proceso implica que la persona dirige hacia sí misma dicho estigma, generando vergüenza, culpa o malestar respecto a su orientación sexual (Meyer, 2003). Esto genera que esta población sea más vulnerable a problemas de salud mental, como por ejemplo, una pobre regulación emocional y abuso de sustancias (González-Baeza et al., 2022).

Por otra parte, diversos estudios han evidenciado una elevada prevalencia de violencia y abuso sexual en personas lesbianas, gays y bisexuales (LGB). Rothman et al. (2011) encontraron que entre un 15.6% y un 18% de las mujeres lesbianas o bisexuales, y entre un 11.8% y un 54% de los hombres gays o bisexuales en Estados Unidos habían experimentado algún tipo de abuso sexual a lo largo de su vida. Asimismo, investigaciones más recientes indican que los hombres gays o bisexuales informan de mayores niveles de coerción sexual que los hombres heterosexuales (Ho, Ehman & Gross, 2021). En esta misma línea, Ho, Ehman & Gross (2021), señalaron que la prevalencia de violencia sexual en población LGB es similar o incluso superior a la observada en población heteronormativa; el 30.9% de los participantes refirió haber sufrido alguna forma de violencia sexual durante el último año, incluyendo contacto sexual no deseado, intentos de coerción, coerción, intentos de violación o violación, y el 17.7% reportó haber sido víctima de violación.

Dentro del colectivo LGTBI, los hombres que mantienen sexo con otros hombres (HSH) presentan una mayor afectación en su sexualidad y salud sexual, además de la violencia sexual mencionada anteriormente. Entre los HSH se observa una elevada prevalencia de práctica del *chemsex*, especialmente en aquellos que conviven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (González-Baeza et al, 2022). El *chemsex* (*chemical-sex*) se define como el uso de drogas psicoactivas, inmediatamente antes o durante los encuentros sexuales, con el objetivo de intensificar el deseo, la excitación o prolongar la actividad sexual (Puffal et al., 2018). Además, diferentes estudios han demostrado que los hombres gays o bisexuales que sufrieron abuso infantil presentan una mayor probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo durante la adultez (Bartholow et al., 1994; González-Baeza et al., 2022), como, por ejemplo, el abuso de sustancias o práctica del *chemsex*, como una forma de afrontar el trauma vivido durante la infancia (Bos, De Haas & Kuyper, 2016). La literatura indica que alrededor del 16% de los HSH en Europa participan en estas prácticas, mientras que en España las estimaciones oscilan entre el 14.1% y el 21.1% (Coronado-Muñoz et al., 2024; Ministerio de Sanidad, 2017). Además, la incidencia de VIH continúa siendo especialmente elevada en este grupo: Los HSH de entre 15 y 34 años representan el 55% de los nuevos diagnósticos en España, frente al 25,7% registrado entre los hombres heterosexuales (Ministerio de Sanidad, 2024).

Todos estos datos ponen de manifiesto que los HSH constituyen un colectivo especialmente vulnerable en el ámbito de la sexualidad, lo que subraya la necesidad de una atención específica. En este contexto, diversas investigaciones se han centrado en identificar variables psicológicas que promuevan una mejor salud sexual en esta población, entre las que destaca el papel de la asertividad sexual. En el artículo de La Torre et al. (2024) hallaron que mayores niveles de asertividad sexual se asocian con un mayor uso del preservativo, contribuyendo a la prevención del VIH. Del mismo modo, el estudio de Esteban, Bellido &

Arcos-Romero (2024) evidenció que las personas que practican *chemsex* tienden a presentar niveles más bajos de asertividad sexual. La asertividad sexual se entiende como la capacidad de una persona para comunicar de forma clara y eficaz sus deseos, necesidades y límites en el ámbito sexual. Así, quienes presentan mayores niveles de asertividad sexual pueden expresar adecuadamente tanto su consentimiento como su rechazo ante prácticas sexuales no deseadas (Morokoff et al., 1997). Según López Alvarado et al. (2020), una persona que se percibe como socialmente asertiva no necesariamente lo es en el ámbito sexual. Esto llevó a plantear que el desarrollo de la asertividad sexual puede resultar ser distinto que el de la asertividad general y, por ende, la necesidad de estudiarla como factor a parte.

Este constructo es especialmente relevante en la salud sexual y especialmente importante cómo elemento protector en poblaciones que son vulnerables en la esfera sexual como los HSH. La evidencia muestra que niveles elevados de asertividad sexual se relacionan con una menor implicación en conductas de riesgo, una mayor intención y frecuencia de uso de métodos de protección y una satisfacción sexual más alta, gracias a una comunicación más clara de deseos y límites. En cambio, cuando la asertividad sexual es baja, aumenta la probabilidad de mantener relaciones sexuales sin protección (incrementando la probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual), así como la vulnerabilidad ante situaciones de coerción y la dificultad para establecer límites antes y durante las relaciones sexuales, lo que eleva el riesgo de victimización (Santos-Iglesias & Sierra, 2010).

En la investigación de Ho, Ehman & Gross (2021), demuestran que el nivel de asertividad sexual en sus participantes predijo el estatus de victimización tanto el último año como desde los 14 años. Este hallazgo coincide con investigaciones previas que indican que una mayor asertividad sexual se asocia con una menor probabilidad de experimentar agresiones sexuales. Por tanto, la capacidad de rechazar las diferentes conductas sexuales no deseadas podría ser un factor clave para reducir el riesgo de victimización. Por ende, la

evidencia señala que la asertividad sexual es un componente clave del comportamiento sexual humano y que funciona como un factor de protección frente a conductas sexuales de riesgo, así como frente a experiencias de coerción y victimización sexual.

Existen diferentes factores que pueden influir, tanto de forma positiva como negativa, en la asertividad sexual. Entre ellos se encuentran variables demográficas como la edad, el nivel educativo o el género; aspectos vinculados a las experiencias sexuales, como el tipo de pareja o la posible historia de victimización; elementos psicosexuales, como el funcionamiento sexual, la autoestima relacionada con la imagen corporal, la regulación emocional o la creatividad en las interacciones sexuales; y, por último, factores culturales, como los guiones sexuales y los estereotipos de género (López Alvarado et al., 2020).

Por ello, la asertividad sexual se ve influida por las experiencias vitales de las personas, y en concreto, entre HSH se puede ver especialmente influida por los traumas vividos durante la infancia, como las experiencias homófobas vividas a lo largo del desarrollo y el maltrato infantil. Este puede adoptar diversas formas: abuso sexual, emocional, físico o negligencia y se relaciona con múltiples consecuencias negativas en la sexualidad adulta, como una menor satisfacción sexual, mayor compulsividad o evitación sexual, ansiedad durante las relaciones sexuales y un incremento de las prácticas sexuales de riesgo (Segal et al., 2025). En general, cualquier tipo de abuso sexual durante la infancia, no solo el sexual, incrementa la probabilidad de presentar dificultades en la esfera sexual en la adultez, incluyendo niveles más bajos de asertividad sexual (Segal et al., 2025) y un mayor riesgo de victimización sexual (Bos, De Haas & Kuyper, 2016). En el caso de los HSH, esta vulnerabilidad puede verse intensificada por la exposición a estresores adicionales vinculados a la pertenencia a una minoría sexual, como la homofobia internalizada (Meyer, 2003). Este tipo de estigma interiorizado, que puede ser consecuencia de experiencias traumáticas

asociadas a la identidad y orientación sexual, se convierte en un factor adicional que puede dificultar el desarrollo de la asertividad sexual en esta población.

De este modo, la literatura sugiere que la asertividad sexual en los HSH podría verse afectada de manera conjunta por los traumas infantiles y la homofobia internalizada, dado que este colectivo presenta una mayor probabilidad de haber experimentado situaciones de estrés temprano tanto por experiencias de maltrato como por el hecho de pertenecer a una minoría sexual. Además del impacto sobre la salud sexual, diversas teorías sobre el trauma afirman que las experiencias traumáticas tempranas interfieren en el desarrollo de muchas habilidades básicas del ser humano, especialmente, en la regulación emocional. A falta de una buena regulación emocional, se adoptan estrategias de evitación emocional como principal forma de afrontamiento (González-Baeza et al., 2020). Este efecto se ha observado especialmente en niños que crecen en familias con bajos recursos económicos y expuestos a múltiples estresores, lo que incrementa la producción de cortisol y afecta negativamente al desarrollo cerebral (Blair & Raver, 2016).

A su vez la regulación emocional es una de las variables más destacadas en el desarrollo de la asertividad sexual (López Alvarado et al., 2020). La regulación emocional se refiere a la capacidad de identificar y gestionar las propias emociones, lo que puede influir de forma significativa en las respuestas sexuales (Zerubavel & Messan-Moore, 2013). Las personas que regulan sus emociones de manera efectiva tienden a comunicarse con su pareja de forma más directa y asertiva. Además, la regulación emocional se ha relacionado específicamente con la capacidad de iniciar o rechazar una relación sexual, aspectos clave de la asertividad sexual (Zerubavel & Messan-Moore, 2013).

Como se mencionó anteriormente, el abuso sexual infantil constituye uno de los principales estresores presentes en la infancia de muchos HSH. Las personas que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia suelen presentar dificultades para comprender,

modular y expresar sus emociones, especialmente al intentar comunicar lo ocurrido. El sentimiento de impotencia y la desregulación emocional asociada a estas experiencias tienden a interferir en la comunicación asertiva, afectando sus relaciones interpersonales en general (Hasson & Ginzburg, 2025). En esta línea, los HSH que hayan experimentado estrés o trauma durante la infancia y que no hayan desarrollado una adecuada regulación emocional podrían recurrir en la adultez a conductas de riesgo, como el consumo problemático de sustancias o la práctica de *chemsex*, como estrategias de afrontamiento o regulación emocional (Bos, De Haas & Kuyper, 2016).

En conclusión, la literatura revisada muestra que muchos HSH crecen expuestos a múltiples formas de estrés, desde experiencias traumáticas en la infancia hasta la homofobia internalizada en la adultez, que pueden afectar tanto a su regulación emocional como a su capacidad para comunicarse de forma asertiva en el ámbito sexual. Dado que la asertividad sexual se ha identificado como un importante factor protector frente a conductas de riesgo, coerción y victimización, resulta fundamental comprender cómo esta se desarrolla y qué influye en su correcta evolución en este colectivo en concreto. Explorar la interacción entre el trauma infantil, homofobia internalizada, regulación emocional y asertividad sexual no solo permite profundizar en los determinantes de la salud sexual de los HSH, sino que también contribuye a la creación de intervenciones más específicas y efectivas para un colectivo vulnerable y aumentar de esta manera su calidad de vida a nivel clínico.

### **Objetivo general**

El objetivo del presente estudio es analizar la relación entre los traumas infantiles y la asertividad sexual en hombres que mantienen sexo con otros hombres (HSH) adultos, incorporando la homofobia internalizada como factor relevante, y examinando el papel mediador de la desregulación emocional en estas asociaciones. Además, exploraremos cómo

estas variables se vinculan con prácticas sexuales de riesgo, como el *chemsex*, y con otros factores relacionados.

### **Objetivos específicos**

1. Evaluar la relación entre los traumas infantiles y la asertividad sexual en HSH.
2. Analizar la asociación entre los traumas infantiles y la desregulación emocional en HSH.
3. Explorar la relación entre la desregulación emocional y la asertividad sexual en HSH.
4. Describir los niveles de homofobia internalizada en la muestra de HSH y su relación con los traumas infantiles, la desregulación emocional y la asertividad sexual.
5. Examinar el papel mediador de la desregulación emocional en la relación entre los traumas infantiles y la asertividad sexual en HSH, así cómo, en la relación entre homofobia internalizada y la asertividad sexual.
6. En caso de obtener suficiente muestra que practica *chemsex*, explorar la relación entre el *chemsex* y el resto de variables del estudio.

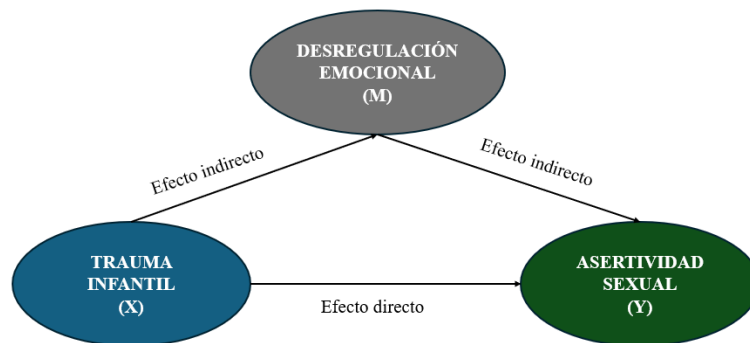
### **Hipótesis**

- **Hipótesis 1:** Más experiencias traumáticas en la infancia se asociarán con niveles más bajos de asertividad sexual, mayores niveles de desregulación emocional y mayor grado de homofobia internalizada.
- **Hipótesis 2:** Un mayor grado de asertividad sexual se asociará con un bajo nivel de experiencias traumáticas en la infancia, desregulación emocional y homofobia internalizada.
- **Hipótesis 3:** Mayores niveles de homofobia internalizada se asociarán con una menor asertividad sexual, mayor grado de experiencias traumáticas en la infancia y mayores niveles de desregulación emocional.

- **Hipótesis 4:** La desregulación emocional mediará la relación entre los traumas infantiles y la asertividad sexual. Es decir, los traumas infantiles disminuirán la asertividad sexual a través de su impacto negativo sobre la capacidad de regular las emociones (Fig. 1).
- **Hipótesis 5:** La desregulación emocional mediará la relación entre la homofobia internalizada y la asertividad sexual. De esta manera, mayores niveles de homofobia internalizada se asociarán con menores niveles de asertividad sexual a través de un mayor deterioro en la capacidad para regular las emociones (Fig. 2).
- **Hipótesis 6:** La práctica de *chemsex* se relacionará con niveles más bajos de asertividad sexual y mayores niveles de desregulación emocional, trauma infantil y homofobia internalizada.

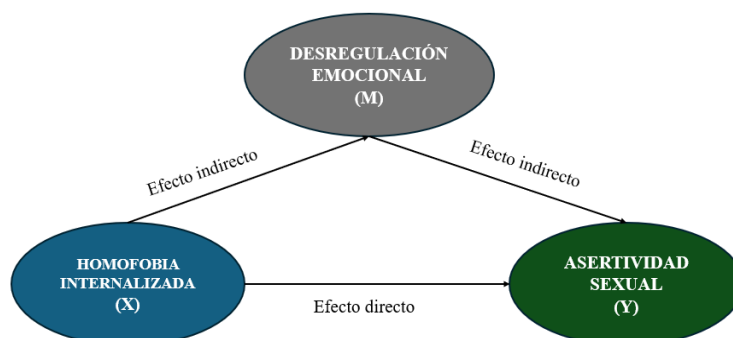
**Figura 1**

*Modelo de mediación entre trauma infantil, desregulación emocional y asertividad sexual*



## Figura 2

*Modelo de mediación entre homofobia internalizada, desregulación emocional y asertividad sexual*



## Método

### Diseño del estudio

El presente estudio se enmarca dentro de una metodología cuantitativa, adoptando un diseño transversal de tipo correlacional y explicativo. En concreto, el estudio se orienta a examinar la relación entre los traumas infantiles, la desregulación emocional, la asertividad sexual y la homofobia internalizada entre HSH con un diseño ex post facto retrospectivo (Fig. 1 y Fig. 2).

Además, se analizó la relación de estas variables con la práctica de *chemsex*, así como las posibles diferencias entre aquellos participantes que refirieron haber practicado *chemsex* y aquellos que no. En este estudio, se consideró *chemsex* la práctica de relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas (mefredona, GHB/GLB y popper) y/o depresoras (alcohol y cannabis), al contrario que en otros estudios que se considera *chemsex* únicamente cuando se consumen al menos mefedrona, GHB/GLB o metanfetamina. Se consideraron también únicamente el uso de alcohol, cannabis o popper por dos motivos: a) aunque no hubiera consumo de las tres sustancias anteriores el participante reportó considerarse a sí mismo una persona que practica *chemsex* y b) la pequeña cantidad de muestra a la que pudimos acceder.

## **Participantes**

La muestra estuvo compuesta por un total de 37 sujetos con una media de edad de 34.2 años (DT= 11.3). La mayoría de los participantes se identificó como hombre cisgénero homosexual (n=33, 89.2%) y de nacionalidad española (n = 28, 75.7%). Respecto al nivel educativo, predominaban los estudios superiores, incluyendo formación universitaria de grado y posgrado (n = 28, 75.6%).

Los criterios de inclusión establecidos fueron: (a) ser mayor de edad, (b) identificarse como hombre cis o trans y (c) haber mantenido relaciones sexuales con otros hombres. Como criterio de exclusión, se descartaron aquellos participantes que no completaron el cuestionario en su totalidad.

## **Procedimiento de recogida de datos**

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario online elaborado en *Google Forms*, el cual fue difundido a través de redes sociales (*WhatsApp e Instagram*). La participación fue totalmente voluntaria y anónima, ofreciendo a los participantes la posibilidad de abandonar el cuestionario en cualquier momento sin consecuencias.

Además, antes de acceder el cuestionario, los participantes debían leer y aceptar un consentimiento informado (Anexo I), en el que se detallaba la finalidad del estudio, la naturaleza de las preguntas y los derechos de los participantes. En caso de que hubiera alguna duda sobre el estudio o quisieran revocar el consentimiento informado se les facilitaba el contacto de la autora y tutora del TFM. Finalmente, al terminar el cuestionario, se proporcionaron recursos y contactos de ayuda psicológica en caso de que alguno de los contenidos abordados hubiera podido generar malestar emocional.

## **Instrumentos**

- **Preguntas ad hoc relativas a variables sociodemográficas y *chemsex*.** Se incluyó un cuestionario ad hoc de elaboración propia con el objetivo de recoger información

sociodemográfica y variables conductuales relevantes para el estudio. Este instrumento incluyó variables como la edad, el género, el nivel educativo y la nacionalidad, así como antecedentes de consumo problemático de sustancias y práctica de *chemsex*. En los participantes que reportaron la práctica de *chemsex*, se incorporó un bloque adicional de ítems específicos, incluyendo el nivel de gravedad percibido, la frecuencia y duración de las sesiones, y las sustancias utilizadas durante las mismas. Los ítems fueron diseñados específicamente para este estudio a partir de la revisión de la literatura previa sobre prácticas de *chemsex* (Anexo II).

- **La Escala de Asertividad Sexual (SAS) versión abreviada** desarrollada por Gil-Llario et al. (2022) está diseñada para evaluar la capacidad de los individuos para expresar de forma clara y efectiva sus deseos, necesidades y límites en el ámbito sexual. Esta versión consta de 16 ítems distribuidos en cuatro subescalas: (1) *Comportamiento asertivo como iniciativa*, que mide la capacidad de iniciar conductas sexuales o comunicar preferencias; (2) *Comportamiento sub-asertivo*, que evalúa dificultades para expresar deseos o límites; (3) *Comportamiento sobre-asertivo*, que refleja formas excesivamente agresivas o dominantes de comunicación sexual; y (4) *Comportamiento asertivo como respuesta*, que mide la habilidad para responder asertivamente a las propuestas sexuales de otros. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = “nunca” y 4 = “siempre”), donde los valores más altos indican mayor presencia del comportamiento evaluado. La puntuación se obtiene sumando los ítems de cada subescala, lo que permite analizar tanto la asertividad sexual global como específica por dimensión. Además, se han reportado coeficientes de fiabilidad interna ( $\alpha$  de Cronbach) entre 0.72 y 0.87 para los diferentes factores, lo que respalda la consistencia del instrumento (Gil-Llario et al., 2022) (Anexo III).

- **La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS – 18)** de Blancas-Guillen et al. (2024) es una versión breve de 18 ítems de la escala original de 36 ítems, diseñada para evaluar dificultades en la regulación emocional. La escala mantiene las seis subescalas del instrumento original: 1) no aceptación de las propias reacciones emocionales (*Non-Acceptance*), 2) dificultades para mantener conductas orientadas a objetivos bajo malestar emocional (*Goals*), 3) dificultad para controlar impulsos en situaciones emocionales intensas (*Impulse*), 4) falta de conciencia de las propias emociones (*Awareness*), 5) percepción de un acceso limitado a estrategias de regulación emocional (*Strategies*), y 6) falta de claridad sobre lo que se siente (*Clarity*). Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, que va de 1 = “casi nunca” a 5 = “casi siempre”, y las puntuaciones pueden calcularse tanto a nivel subescala como sumando todos los ítems para obtener una puntuación total, donde valores más altos indican mayores dificultades en la regulación emocional. La fiabilidad de la DERS-18 se estimó mediante el coeficiente omega categórico, obteniéndose valores entre .80 y .89 en sus subescalas (Blancas-Guillen et al., 2024), lo que indica una buena consistencia interna para la adaptación en castellano (Anexo IV).
- ***Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF)***. El *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) compuesto por 70 ítems fue desarrollado originalmente por Bernstein et al. (1994) como un instrumento de autoinforme para evaluar retrospectivamente experiencias de abuso y negligencia durante la infancia. Posteriormente, Bernstein et al. (2003) desarrollaron una versión reducida, el *Childhood Trauma Questionnaire–Short Form* (CTQ-SF), compuesta por 28 ítems. En el presente estudio se utilizó la adaptación española del CTQ-SF realizada por Hernández et al. (2013), denominada escala de Acontecimientos Traumáticos en la

Infancia – versión reducida. El cuestionario evalúa cinco dimensiones del maltrato infantil: 1) abuso emocional, 2) abuso físico, 3) abuso sexual, 4) negligencia emocional y 5) negligencia física. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, desde 1 = “nunca” hasta 5 = “casi siempre”. Las puntuaciones de cada subescala se obtienen mediante la suma de los ítems correspondientes, pudiendo calcularse además una puntuación total. Las puntuaciones más elevadas indican una mayor frecuencia o severidad de experiencias traumáticas infantiles. La adaptación española del CTQ-SF presenta adecuadas propiedades psicométricas, con coeficientes alfa de Cronbach entre .66 y .94 (Hernández et al., 2013) (Anexo V).

- **Escala de homonegatividad internalizada (IHN-16)** desarrollada por De la Rubia & De la O (2013) está diseñada para evaluar el grado de actitudes negativas internalizadas hacia la propia orientación homosexual. La escala consta de 16 ítems que se agrupan en tres subescalas: (1) *Manifestación pública de la homosexualidad*, que evalúa el malestar o temor ante la expresión pública de la orientación sexual; (2) *Aceptación interna del deseo homosexual*, que mide la dificultad para aceptar los propios deseos y sentimientos homosexuales; y (3) *Promiscuidad*, que refleja actitudes negativas hacia la sexualidad propia y de otros. Los ítems se responden en un formato tipo Likert de 5 puntos, donde 1 indica “Completamente en desacuerdo” y 5 “Definitivamente de acuerdo”. Las puntuaciones pueden calcularse tanto a nivel de subescalas como de puntuación total sumando los ítems correspondientes, siendo una puntuación más alta indicativa de mayor homonegatividad internalizada. La consistencia interna de la escala completa es alta ( $\alpha = .88$ ), lo que respalda su fiabilidad para estudios en población LGB (De la Rubia & De la O, 2013) (Anexo VI).

## **Análisis estadístico**

El análisis de datos se llevó a cabo con el programa estadístico *Jamovi* (versión 2.6.44) (The jamovi project, 2024), utilizando el módulo *medmod* para los análisis de mediación (Gallucci, 2020). En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de todas las variables del estudio. Para las variables continuas, se calcularon medias, desviaciones típicas, rangos, así como medianas y rangos intercuartílicos (IQR) en aquellos casos en los que no se cumplía el supuesto de normalidad. Para las variables categóricas, se obtuvieron frecuencias y porcentajes, con el objetivo de caracterizar la muestra. A continuación, se evaluó la consistencia interna de los instrumentos empleados mediante el coeficiente *alfa de Cronbach* y se comprobaron los supuestos de normalidad a través de la prueba *Shapiro-Wilk*. Dado que algunas variables no cumplían este supuesto, se tomó la decisión de analizar las relaciones entre variables continuas mediante correlaciones de *Spearman* en lugar de correlaciones de *Pearson*.

Posteriormente, se plantearon dos modelos de mediación con el objetivo de examinar el papel de la desregulación emocional como variable mediadora. En ambos modelos, los traumas infantiles y la homofobia internalizada se consideraron variables independientes, mientras que la asertividad sexual se estableció como variable dependiente. En el primer modelo se analizó la mediación de la desregulación emocional en la relación entre los traumas infantiles y la asertividad sexual (Fig. 1), y en el segundo su papel en la relación entre la homofobia internalizada y la asertividad sexual (Fig. 2).

Finalmente, para examinar las diferencias entre grupos (participantes que practican *chemsex* frente a aquellos que no), se realizaron pruebas *t de Student* para muestras independientes, comprobando previamente los supuestos de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene y de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk.

## Resultados

### Análisis descriptivos

La muestra estuvo compuesta por un total de 37 participantes ( $N = 37$ ), todos ellos HSH. El 89.2% ( $n = 33$ ) de los participantes se identificaron como hombres cisgénero, una persona se identificó como hombre transgénero y tres como otras identidades de género. Con respecto a la orientación sexual, el 81.1% ( $n = 30$ ) fueron hombres homosexuales, el 16.2% ( $n = 6$ ) bisexuales y un 2.7% ( $n = 1$ ) marcó otra orientación sexual que implicaba sentirse atraído por otros hombres.

La edad de los participantes osciló entre los 20 y los 58 años, con una media de 34.2 y una desviación típica de 11.3. El 75.7% ( $n = 28$ ) de la muestra eran de nacionalidad española, mientras que el resto eran de otros países de la UE ( $n = 6$ , 16.2%) y de Latinoamérica ( $n = 3$ , 8.1%). En cuanto al nivel de formación, el 43.2% ( $n = 16$ ) de la muestra tendrían un grado universitario y el 32.4% ( $n = 12$ ) estudios universitarios de posgrado.

En relación con la práctica de *chemsex*, el 29.7% ( $n = 11$ ) de la muestra informó haber participado en este tipo de prácticas. Entre estos participantes, las sustancias más consumidas fueron el popper (54.5%), la mefedrona (27.3%), el cannabis (9.1%) y el GHB/GBL (9.1%). En cuanto a la recencia del consumo, el 54.4% ( $n = 6$ ) señaló que su última práctica tuvo lugar hace más de un año, el 27.3% ( $n = 3$ ) hace un mes y un 9.1% ( $n = 1$ ) hace 6 meses y el otro 9.1% ( $n = 1$ ), hace unos días.

Los estadísticos descriptivos de las variables recogidas por cuestionarios, las pruebas de normalidad y la consistencia interna de los mismos se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

	<b>M (DT)</b>	<b>Mediana (IQR)</b>	<b>W de Shapiro-Wilk</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>IHN</b>	28 (9.47)	26 (21–35)	0.919*	0.847
<b>DERS</b>	47.2 (9.87)	46 (41–54)	0.984	0.829
<b>CTQ</b>	47.2 (13.6)	43 (39–50)	0.754***	0.904
<b>SAS</b>	46.3 (7.64)	47 (40–51)	0.954	0.584

Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$  IHN=Homofobia internalizada, DERS=Desregulación emocional, CTQ=Trauma infantil y SAS=Asertividad sexual.

En cuanto a la normalidad, las variables de desregulación emocional (DERS;  $W = 0.984$ ,  $p = .873$ ) y asertividad sexual (SAS;  $W = 0.954$ ,  $p = .131$ ) siguen una distribución normal, mientras que el trauma infantil (CTQ;  $W = 0.754$ ,  $p < .001$ ) y la homofobia internalizada (IHN;  $W = 0.919$ ,  $p = .011$ ) no cumplen este supuesto.

### Correlaciones entre variables

A continuación, se analizaron las relaciones entre las variables principales del estudio mediante correlaciones de *Spearman*, debido al incumplimiento del supuesto de normalidad de algunas variables (Tabla 2).

Los resultados mostraron asociaciones significativas entre varias de las variables del estudio. En concreto el trauma infantil se relacionó de forma positiva con la homofobia internalizada ( $\rho = 0.473$ ,  $p = .003$ ), indicando que mayores niveles de trauma infantil se asocian con mayores niveles de homofobia internalizada. Asimismo, la homofobia internalizada se asoció positivamente con la desregulación emocional ( $\rho = .357$ ,  $p = .030$ ) y negativamente con la asertividad sexual ( $\rho = -0.376$ ,  $p = .022$ ), lo que sugiere que mayores niveles de homofobia internalizada se vinculan con mayores dificultades en la regulación emocional y con menores niveles de asertividad sexual.

Por el contrario, no se encontraron asociaciones significativas entre el trauma infantil y la desregulación emocional ( $\rho = 0.186$ ,  $p = .269$ ), ni entre el trauma infantil y la asertividad sexual ( $\rho = -0.167$ ,  $p = .324$ ), ni entre la desregulación emocional y la asertividad sexual ( $\rho = 0.098$ ,  $p = .565$ ). No obstante, se observaron ligeras tendencias no significativas que apuntan que a mayores niveles de trauma infantil podría asociarse con una peor regulación emocional y una menor asertividad sexual.

*Tabla 2. Matriz de correlaciones*

<b>Variable</b>	<b>CTQ</b>	<b>DERS</b>	<b>SAS</b>
<b>DERS</b>	0.186		
<b>SAS</b>	-0.167	0.098	
<b>IHN</b>	-0.473**	0.357*	0.406*

*Nota.* Coeficientes de correlación de Spearman. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ . DERS=Desregulación emocional; SAS=Asertividad sexual, IHN=Homofobia internalizada y CTQ = Trauma infantil.

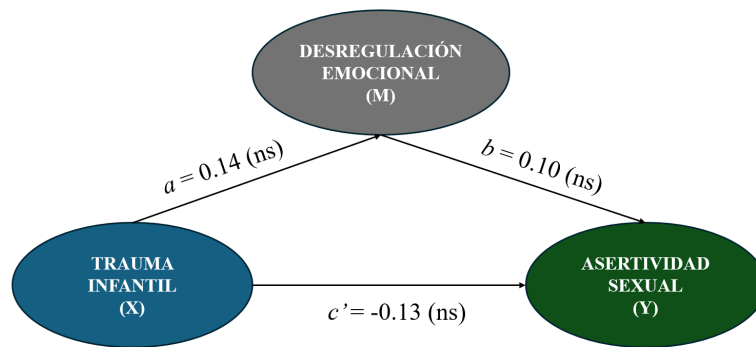
### **Modelos de mediación**

Por otra parte, se llevaron a cabo dos modelos de mediación. En primer lugar, se analizó un modelo de mediación en el que el trauma infantil actuó como variable independiente (X), la desregulación emocional como variable mediadora (M) y la asertividad sexual como variable dependiente (Y) (Fig. 3)

Los resultados no mostraron evidencia de mediación, ya que el efecto indirecto no fue estadísticamente significativo ( $\beta = 0.014$ ,  $p = .514$ ). Asimismo, ni el efecto directo ( $\beta = -0.131$ ,  $p = .153$ ) ni el efecto total ( $\beta = -0.117$ ,  $p = .196$ ) resultaron significativos. En cuanto a las rutas del modelo, no se observaron asociaciones significativas ni entre el trauma infantil y la desregulación emocional ( $\beta = 0.140$ ,  $p = .231$ ), ni entre la desregulación emocional y la asertividad sexual ( $\beta = 0.098$ ,  $p = .437$ ).

### Figura 3

Resultados modelo mediacional: trauma infantil, desregulación emocional y asertividad sexual



Nota. \* $p < 0.05$ ; ns = no significativo

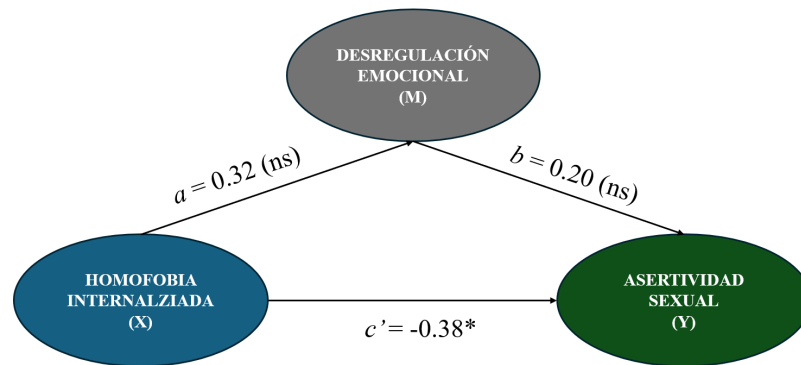
En el segundo modelo, se estudia la homofobia internalizada (X) como variable independiente en relación con la desregulación emocional como variable mediadora (M) y la asertividad sexual (Y) como variable dependiente (Fig. 4).

Los resultados indicaron que el efecto indirecto no fue estadísticamente significativo ( $\beta = 0.054$ ,  $p = .247$ ), lo que sugiere que la desregulación emocional no actúa como variable mediadora entre la homofobia internalizada y la asertividad sexual.

En cuanto a las rutas del modelo, la relación entre la homofobia internalizada y la desregulación emocional no alcanzó la significación estadística ( $\beta = 0.314$ ,  $p = .054$ ), aunque fue marginalmente significativa. Asimismo, la desregulación emocional no se asoció significativamente con la asertividad sexual ( $\beta = 0.172$ ,  $p = .148$ ). No obstante, se observó un efecto directo significativo de la homofobia internalizada sobre la asertividad sexual ( $\beta = -0.377$ ,  $p = .002$ ), indicando que mayores niveles de homofobia internalizada se asocian con menores niveles de asertividad sexual.

#### Figura 4

Resultados modelo mediacional entre homofobia internalizada, desregulación emocional y asertividad sexual



Nota. \* $p < 0.05$ ; ns = no significativo

#### Comparación de grupos según práctica de *chemsex*

Con el propósito de analizar las posibles diferencias en las variables psicológicas en función de la práctica de *chemsex*, se dividió la muestra en dos grupos: aquellos participantes que no habían practicado *chemsex* ( $n = 26$ ) y aquellos que sí lo habían hecho ( $n = 11$ ).

Recordamos que en este estudio la práctica de *chemsex* es considerada como consumir sustancias psicoactivas (mefedrona, GHB/GLB y popper) y/o depresoras (alcohol y cannabis) durante las relaciones sexuales con el fin de mantener la excitación, aumentar el placer o alargar el encuentro sexual.

Se realizaron pruebas de *t de Student* para muestras independientes (Tabla 3). Debido a que IHN y CTQ no cumplían el supuesto de normalidad, se realizaron análisis no paramétricos mediante la prueba U de Mann-Whitney. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables analizadas: homofobia internalizada ( $U = 113$ ,  $p = .326$ ), asertividad sexual ( $T$  student = 0.94,  $p = .355$ ), desregulación emocional ( $T$  student =  $-0.80$ ,  $p = .432$ ) ni trauma infantil ( $U = 119$ ,  $p = .454$ ).

No obstante, a nivel descriptivo se observan ligeras diferencias entre ambos grupos, de modo que los participantes que practican *chemsex* presentan mayores niveles de trauma infantil, mayores dificultades en la regulación emocional y mayor homofobia internalizada, así como menores niveles de asertividad sexual, en comparación con aquellos que no lo practican.

*Tabla 3. Comparación de variables según práctica de chemsex mediante pruebas t de Student para muestras independientes.*

<b>Variable</b>	<b>Chemsex No (n = 26) M (DT)</b>	<b>Chemsex Sí (n = 11) M (DT)</b>	<b>T de Student (p)</b>	<b>U de Mann-Whitney (p)</b>
<b>IHN</b>	27 (9.09)	30.5 (10.34)	-1.026 (.312)	113 (.326)
<b>SAS</b>	47.0 (7.98)	44.5 (6.79)	0.94 (.355)	112 (.310)
<b>DERS</b>	46.3 (10.46)	49.2 (8.42)	-0.80 (.432)	119 (.434)
<b>CTQ</b>	46.6 (13.93)	48.7 (13.40)	-0.43 (.667)	120 (.454)

*Nota.* Se utilizaron pruebas t de Student para muestras independientes. Dado que las variables IHN y CTQ no cumplían el supuesto de normalidad, se realizaron análisis no paramétricos (U de Mann-Whitney). IHN=Homofobia internalizada, DERS=Desregulación emocional, SAS= Asertividad sexual y CTQ = Trauma infantil.

### **Discusión**

El objetivo del estudio fue analizar el impacto del trauma infantil y la homofobia internalizada sobre la asertividad sexual en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) a través de la desregulación emocional, así como explorar de forma complementaria la relación de estas variables con la práctica de *chemsex*. Para ello, se llevaron a cabo análisis correlacionales, dos modelos de mediación y comparaciones entre grupos.

La muestra estuvo compuesta por 37 HSH con una edad media de 34.2 años, la mayoría de ellos hombres cisgénero homosexuales de nacionalidad española y con estudios

universitarios. Aunque la muestra presenta un perfil relativamente joven y con un nivel educativo elevado, estas características no resultan necesariamente poco representativas en el contexto de la investigación sobre HSH y *chemsex*. De hecho, estudios previos en esta población tienden a obtener muestras con un perfil sociodemográfico similar (González-Baeza et al., 2022; Dolengevich-Segal et al., 2019), lo que podría reflejar una mayor disposición a participar en investigaciones sobre salud sexual en personas con mayor nivel educativo y acceso a redes sociales. Además, la franja de edad obtenida coincide con los datos epidemiológicos disponibles, dado que los HSH de entre 15 y 34 años representan el 55% de los nuevos diagnósticos de VIH en España (Ministerio de Sanidad, 2024). No obstante, estos datos no implican que el VIH esté necesariamente asociado a la práctica de *chemsex*, sino que reflejan una realidad epidemiológica más amplia dentro de esta población.

Asimismo, los resultados apoyan que la práctica de *chemsex* se concentra principalmente entre los 30 y 40 años, observándose un descenso a partir de los 40. Esto podría relacionarse con factores asociados a la etapa vital, así como con el auge de las aplicaciones de citas y redes sociales, que facilitan el contacto sexual en contextos urbanos, especialmente en población más joven (Lunchenkov et al., 2024). A partir de los 40 años, el aumento de la conciencia sobre los riesgos asociados y el desarrollo de estrategias de afrontamiento emocional más adaptativas podrían explicar este descenso, teniendo en cuenta que el *chemsex* se describe frecuentemente como una estrategia para manejar emociones dolorosas en personas que no han desarrollado otras formas más adaptativas de regulación emocional (Pessina et al., 2025). En esta línea, Rodríguez-Expósito et al. (2024) identifican entre las principales motivaciones para practicar *chemsex* el manejo de emociones dolorosas, el aumento del rendimiento sexual, la búsqueda de pertenencia a la comunidad y la baja autoeficacia sexual.

Por otra parte, aunque la mayoría de la muestra era de nacionalidad española, también se observó una presencia relevante de participantes latinoamericanos (Frankis et al., 2018). De La Mora et al. (2022) señalan que los migrantes latinoamericanos en España tienden a ser más jóvenes, presentan con mayor frecuencia carga viral detectable de VIH y sífilis, y tienen menor acceso a estudios universitarios en comparación con las personas nacidas en España. Estas diferencias pueden explicarse, en parte, por barreras burocráticas y culturales para acceder a los servicios de salud, la situación administrativa irregular o el menor apoyo social, así como por el impacto del estigma asociado tanto al VIH como a la homofobia experimentada en el país de origen. En este contexto, dichas condiciones pueden favorecer la implicación en prácticas de *chemsex* más problemáticas tras la llegada a España. Todo ello resulta coherente con la conceptualización del *chemsex* como estrategia de afrontamiento frente al estrés, la homofobia y diversas emociones dolorosas (Pessina et al., 2025).

Los resultados del estudio indican que la homofobia internalizada fue la única variable que mostró asociaciones significativas con el resto, situándose como el eje central de los hallazgos. Esta variable tiene un impacto relevante en la vida cotidiana de los HSH, ya que se relaciona con mayores niveles de soledad, menor apoyo social, ocultación de la orientación sexual y una mayor tensión en las relaciones de pareja (Berg et al., 2015). Estas experiencias tienen importantes repercusiones psicológicas, dado que la homofobia internalizada se asocia con mayores niveles de depresión, ansiedad, baja autoestima e incluso ideación y conducta suicida (Ventriglio et al., 2021).

En el ámbito sexual, la homofobia internalizada también se relaciona con menor satisfacción sexual, mayor malestar en las relaciones sexuales con otros hombres y mayores niveles de compulsividad sexual, lo que puede traducirse en dificultades para establecer límites y en un aumento del sexo ocasional (Xu et al., 2017). Asimismo, se asocia con

mayores dificultades en el uso del preservativo, una menor frecuencia de realización de pruebas de VIH y un aumento de conductas sexuales de riesgo (Berg et al., 2015). En esta línea, diversos estudios señalan la homofobia internalizada como uno de los principales predictores de la participación en *chemsex*, entendiendo esta práctica como una estrategia de afrontamiento desadaptativa frente a emociones como la ansiedad, la depresión o el autodesprecio (Rodríguez-Expósito et al., 2024).

Por otra parte, los resultados muestran una asociación positiva y significativa entre el trauma infantil y la homofobia internalizada, de modo que mayores experiencias traumáticas en la infancia se asociaron con niveles más elevados de homofobia internalizada. Este hallazgo resulta coherente con la Teoría del Estrés de las Minorías (Meyer, 2003), según la cual las personas pertenecientes a minorías sexuales están expuestas a un estrés adicional derivado del estigma social y la heteronormatividad. En este sentido, crecer en entornos familiares adversos o haber experimentado situaciones de maltrato durante la infancia podría dificultar el desarrollo de una identidad sexual positiva, favoreciendo la interiorización de actitudes negativas hacia la propia orientación sexual (Bos, De Haas & Kuypers, 2016). Además, cuando la homofobia internalizada se vincula con experiencias de trauma infantil, se asocia con un mayor deterioro del bienestar psicológico general. En concreto, se relaciona con niveles más elevados de ansiedad y depresión, así como con una afectación del autoconcepto y la autoestima. Este proceso suele ir acompañado de emociones como la vergüenza y el autodesprecio, además de un conflicto persistente entre el deseo homosexual y las presiones sociales hacia la heteronormatividad (Puckett et al., 2016). Asimismo, estas dificultades también pueden extenderse al ámbito relacional, ya que niveles más elevados de homofobia internalizada se han relacionado con una mayor probabilidad de experimentar y ejercer violencia en relaciones de pareja del mismo sexo (Badenes-Ribera, Sánchez-Meca, & Longobardi, 2019). Estos resultados mantienen parcialmente la hipótesis uno, que predecía

que mayores experiencias traumáticas en la infancia se asociarían con mayor homofobia internalizada.

Por otro lado, se observó una relación negativa y significativa entre la asertividad sexual y la homofobia internalizada, indicando que mayores niveles de estigma internalizado se asocian con una menor capacidad para comunicar deseos y establecer límites en el ámbito sexual. Este resultado es consistente con lo señalado por Santos-Iglesias y Sierra (2010), quienes destacan la influencia de factores psicosexuales y culturales en el desarrollo de la asertividad sexual. En el caso de los HSH, la interiorización del estigma hacia la propia orientación sexual puede generar sentimientos de vergüenza, culpa y malestar que interfieren en la vivencia de la sexualidad y dificultan la expresión de necesidades y límites en las relaciones sexuales (Meyer, 2003). Desde esta perspectiva, la asertividad sexual no solo constituye una habilidad comunicativa, sino también un indicador del grado de aceptación e integración de la propia identidad sexual (López Alvarado et al., 2020). Asimismo, presenta importantes implicaciones clínicas, ya que niveles más elevados de asertividad sexual se han asociado con una menor probabilidad de experimentar coerción o victimización sexual (Ho, Ehman & Gross, 2021), así como con un mayor uso del preservativo (La Torre et al., 2024), subrayando su papel protector frente a conductas sexuales de riesgo y en la prevención del VIH.

Por otro lado, se encontró una asociación positiva y significativa entre la homofobia internalizada y las dificultades en la regulación emocional, de manera que niveles más elevados de homofobia internalizada se asociaron con una mayor desregulación emocional. Esta relación sugiere que el impacto del estigma internalizado trasciende el ámbito identitario y se extiende al funcionamiento emocional de los HSH. En concreto, se asocia con mayores dificultades para identificar y comprender los propios estados emocionales, una mayor tendencia a rechazar emociones vinculadas a la vergüenza o el miedo, y una percepción

limitada de recursos eficaces para gestionar dichas emociones de forma adaptativa (Berke et al., 2022). Todo ello puede derivar en un mayor malestar psicológico y respalda la idea de que la homofobia internalizada afecta no solo a la identidad sexual, sino también a la capacidad de gestionar las propias emociones (González-Baeza et al., 2022).

Con el fin de profundizar en las relaciones entre las variables, se llevaron a cabo dos modelos de mediación en los que la desregulación emocional actuó como variable mediadora. En el primer modelo, se analizó si la desregulación emocional mediaba la relación entre el trauma infantil y la asertividad sexual. Los resultados no mostraron evidencia de mediación, ya que ninguna de las rutas del modelo alcanzó la significación estadística. Por lo tanto, la hipótesis tres no pudo mantenerse en este estudio. No obstante, las tendencias observadas fueron coherentes con lo esperado teóricamente: a mayor trauma infantil, mayores dificultades en la regulación emocional y menor asertividad sexual.

La literatura previa sí avala este patrón, señalando que las experiencias traumáticas tempranas interfieren en el desarrollo de la regulación emocional y que esta, a su vez, influye en la capacidad de comunicarse de forma asertiva en el ámbito sexual (Zerubavel & Messman-Moore, 2013; González-Baeza et al., 2022). En población general, el trauma acumulado durante la infancia se ha asociado con mayores niveles de depresión, ansiedad, disociación y menor satisfacción vital, así como con un incremento de conductas sexuales de riesgo, especialmente en presencia de dificultades en el control de impulsos y en el acceso a estrategias de regulación emocional (Arttime & Peterson, 2012; Bigras et al., 2017).

En el caso de los HSH, este patrón adquiere una mayor complejidad debido a la presencia de factores específicos como el estigma, la discriminación y la homofobia internalizada (Meyer, 2003). Además, la prevalencia de abuso sexual infantil es mayor en HSH que en población general (Brown et al., 2024), describiéndose mayores niveles de depresión, ansiedad, síntomas de estrés postraumático, compulsividad sexual, consumo de

sustancias y uso del sexo como estrategia de afrontamiento emocional (Brown et al., 2024; Trang et al., 2022). Aunque la literatura no suele analizar directamente la asertividad sexual, sí aborda constructos estrechamente relacionados, como las dificultades para establecer límites en las relaciones sexuales o el carácter impulsivo y difícil de controlar de ciertas conductas sexuales. En este sentido, las dificultades en la regulación emocional pueden favorecer conductas sexuales más impulsivas y arriesgadas, dificultando la capacidad para decir “no” o sostener límites personales (Brown et al., 2024).

En otras palabras, la secuencia de trauma infantil, desregulación emocional y mayor malestar psicológico y sexual cuenta con un amplio respaldo científico tanto en población general como en HSH. No obstante, en esta última población dicho proceso parece verse influido por estresores adicionales específicos, como el estigma y la homofobia internalizada. Esto podría explicar que, en el presente estudio, la desregulación emocional no haya actuado como variable mediadora, ya que existen otras variables con mayor impacto explicativo en esta población.

Por este motivo, se consideró interesante examinar si la desregulación emocional mediaba la relación entre la homofobia internalizada y la asertividad sexual. Al igual que en el modelo anterior, el efecto indirecto no resultó estadísticamente significativo, por lo que no puede concluirse que la desregulación emocional actúe como mediadora en esta relación. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis cinco del estudio. No obstante, sí se encontró un efecto directo significativo y negativo de la homofobia internalizada sobre la asertividad sexual, indicando que mayores niveles de homofobia internalizada se asocian directamente con menores niveles de asertividad sexual, independientemente de la desregulación emocional.

Finalmente, se analizó la relación entre la práctica de *chemsex* y las variables principales del estudio, comparándose los participantes que habían practicado *chemsex* (n = 11) con aquellos que no lo habían hecho (n = 26). Cabe destacar que 11 de los 37

participantes reportaron haber practicado *chemsex*, una proporción relativamente elevada teniendo en cuenta que la encuesta no fue difundida en plataformas específicas relacionadas con esta práctica y considerando, además, la dificultad de acceso a esta población debido al estigma asociado al *chemsex* (Pollard, Nadarzynski & Llewellyn, 2018). Este dato podría reflejar la creciente presencia de esta práctica en determinados contextos de socialización sexual entre HSH.

Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables analizadas, por lo que se rechaza la hipótesis seis del estudio. Sin embargo, a nivel descriptivo se observaron tendencias acordes con la literatura previa: los participantes que practicaban *chemsex* presentaron mayores niveles de trauma infantil, mayores dificultades en la regulación emocional y mayor homofobia internalizada, así como menores niveles de asertividad sexual. Estos resultados son coherentes con la literatura que señala que los HSH que han experimentado adversidades en la infancia presentan una mayor probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo en la adultez, como el consumo problemático de sustancias o la práctica de *chemsex*, como estrategias de afrontamiento frente al malestar emocional (Bos, De Haas & Kuyper, 2016; González-Baeza et al., 2022).

Además, diversos estudios han corroborado que la homofobia internalizada constituye un predictor relevante de la participación en prácticas de *chemsex* (Rodríguez-Expósito et al., 2024). En este sentido, la homofobia internalizada puede entenderse como un estresor crónico asociado a mayores niveles de hipersexualidad. El consumo de sustancias durante las relaciones sexuales puede percibirse como una estrategia que permite reducir momentáneamente emociones como la vergüenza o la autocrítica, sin embargo, a largo plazo contribuye a consolidar la creencia de que la propia sexualidad solo resulta válida o aceptable bajo los efectos de las drogas (Rico & Montesinos, 2025). Este

proceso puede interferir en el desarrollo de vínculos íntimos y satisfactorios, especialmente si se suma la percepción de rechazo dentro de la propia comunidad gay (Pollard, Nadarzynski, & Llewellyn, 2018). De la misma manera, estas dinámicas repercuten negativamente en la salud sexual, observándose una mayor incidencia de ITS, así como una mayor frecuencia de conductas sexuales de riesgo y, en algunos casos, escenarios sexuales sin consentimiento pleno (Uholjeva & Pitoňák, 2022). En esta línea, Esteban, Bellido y Arcos-Romero (2024) encontraron que las personas que practicaban *chemsex* tienden a presentar niveles más bajos de asertividad sexual, lo que resulta consistente con la tendencia observada en la presente muestra.

Como se ha mencionado previamente, niveles bajos de asertividad sexual se asocian tanto en HSH como en población general con un mayor riesgo de violencia sexual y de participación en interacciones sexuales no deseadas. Asimismo, la dificultad para negociar o rechazar prácticas sexuales incrementa la probabilidad de mantener relaciones sin protección, favoreciendo la aparición de ITS (Gil-Llario et al., 2021). Estas situaciones pueden intensificar emociones de culpa, vergüenza y malestar asociadas tanto a la propia sexualidad como a las experiencias sexuales vividas, favoreciendo el recurso a estrategias de afrontamiento desadaptativas, como el consumo de sustancias o la práctica de *chemsex*, especialmente en contextos marcados por el estigma y el estrés de minoría (Pollard, Nadarzynski, & Llewellyn, 2018; Rodríguez-Expósito et al., 2024).

No obstante, en el caso de los HSH, esta situación se ve agravada por factores específicos. En comparación con los hombres heterosexuales, presentan una mayor prevalencia de experiencias de abuso sexual en la infancia (Brown et al., 2024), lo que incrementa su vulnerabilidad a desarrollar menor asertividad sexual y, con ello, al proceso de revictimización. A esto se suma el impacto del estrés de minoría (Meyer, 2003), que incluye la exposición a estigma, discriminación y homofobia internalizada, configurando un contexto

de riesgo adicional que puede entenderse como una forma de trauma acumulado en esta población.

En resumen, los resultados del presente estudio refuerzan la idea de que la homofobia internalizada constituye un elemento central, ya que potencia y amplifica estos factores de riesgo. Esta variable se asocia con múltiples consecuencias psicológicas, como un mayor riesgo de depresión, ansiedad, aislamiento social e ideación suicida (Ventriglio et al., 2021). Todo ello contribuye a un elevado malestar interno y a mayores dificultades en la regulación emocional, favoreciendo la adopción de estrategias de afrontamiento desadaptativas, como el consumo de sustancias o la práctica de *chemsex* (González-Baeza et al., 2022).

Por lo tanto, resulta especialmente relevante investigar sobre la prevención de la homofobia internalizada. La evidencia señala que el apoyo social desempeña un papel fundamental como factor protector. En concreto, el respaldo por parte de la familia, las amistades y la comunidad se asocia con menores niveles de depresión y con un menor impacto de la homofobia internalizada (Li et al., 2023). En el ámbito familiar, intervenir sobre dinámicas de rechazo y lenguaje homóforo se relaciona con menores niveles de homofobia internalizada, ansiedad y sintomatología depresiva (Chiang et al., 2025). Asimismo, una mayor implicación en la comunidad LGTBIQ+ se ha vinculado con menores niveles de estrés proximal y menor sensación de soledad, incluso en contextos donde persiste la marginación externa (Elmer, Van Tilburg, & Fokkema, 2022).

A nivel individual, variables como la autoestima y la autoeficacia también actúan como factores protectores frente a las consecuencias psicológicas asociadas a la homofobia internalizada, reduciendo el riesgo de ansiedad, depresión e ideación suicida (Munn & James, 2022). Por otro lado, en el ámbito educativo, la implementación de políticas antibullying LGTBIQ+ y programas de educación en diversidad afectivo-sexual contribuyen a reducir

situaciones de acoso y menores niveles de homofobia internalizada (Li et al., 2023). En el plano comunitario, la existencia de espacios seguros, grupos de pares y asociaciones se relaciona con una menor homofobia internalizada y un mejor funcionamiento psicológico.

No obstante, a pesar de los avances legales y del aumento de la visibilidad del colectivo LGTBIQ+, no se observan descensos claros en los niveles de homofobia internalizada ni en la persistencia de experiencias de violencia y discriminación. Algunos estudios muestran incluso que las generaciones más jóvenes presentan niveles similares o superiores de estrés y peor salud mental en comparación con generaciones anteriores (Meyer et al., 2021). Aunque la presencia de recursos y políticas inclusivas se asocia con mayores niveles de bienestar, la continuidad de agresiones, discursos homófobos y experiencias de rechazo en contextos familiares, educativos y sociales mantiene la homofobia internalizada como un problema estructural actual (Miravet et al., 2020).

En conjunto, la homofobia internalizada se ve potenciada por experiencias como el acoso, las agresiones, los mensajes negativos, la discriminación cotidiana y los climas sociales hostiles. Por el contrario, se ve amortiguada por la presencia de apoyo social sólido, espacios seguros, tanto en el ámbito familiar, educativo como comunitario, así como por el desarrollo de una autoestima positiva y redes afectivas significativas. A pesar de los avances en visibilidad y derechos, los datos sugieren que, sin transformaciones más profundas en los contextos sociales más próximos, la homofobia internalizada y su impacto en salud mental continúan siendo una realidad relevante en esta población.

### **Limitaciones**

El presente estudio presenta una serie de limitaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados y generalizar las conclusiones. En primer lugar, el reducido tamaño muestral ( $N = 37$ ) constituye la principal limitación, ya que disminuye la potencia estadística para detectar efectos de magnitud pequeña o moderada. Esta limitación

resulta especialmente relevante en los modelos de mediación y en los análisis relacionados con el *chemsex*, donde, aunque las tendencias observadas se sitúan en la dirección teóricamente esperada, no alcanzan la significación estadística.

En segundo lugar, el procedimiento de recogida de datos mediante redes sociales introduce un sesgo de selección, limitando la representatividad de la muestra de la población HSH. Predominaban hombres cisgénero, de nacionalidad española y con un nivel educativo elevado, lo que limita la generalización de los resultados a otros perfiles sociodemográficos. Asimismo, la Escala de Asertividad Sexual (SAS) mostró una fiabilidad interna moderada-baja ( $\alpha = .58$ ), lo que podría haber afectado a la precisión de los resultados relacionados con esta variable. Además, este instrumento fue desarrollado originalmente en población femenina heterosexual (Morokoff et al., 1997), lo que refuerza la necesidad de diseñar y validar herramientas específicas para población HSH.

Por otra parte, la evaluación de *chemsex* mediante preguntas ad hoc puede haber introducido errores de clasificación. Algunos participantes podrían no haberse identificado como practicantes de *chemsex* por desconocimiento del término o por no percibir su conducta como tal. Además, la inclusión de sustancias como cannabis o alcohol dentro de la definición operativa de *chemsex* podría haber ampliado de manera errónea este grupo, afectando a la comparación entre participantes. A ello se suma el reducido tamaño del subgrupo de *chemsex* ( $n = 11$ ), lo que limita aún más la capacidad para detectar diferencias significativas.

No obstante, a pesar de estas limitaciones, es importante destacar el valor de la muestra obtenida, especialmente teniendo en cuenta la dificultad de acceso a esta población. El fuerte estigma asociado al *chemsex*, tanto a nivel social como dentro de la propia comunidad y del sistema sanitario, puede favorecer el recurso a esta práctica como estrategia de afrontamiento y, al mismo tiempo, dificultar la participación en estudios y la búsqueda de ayuda (Pollard, Nadarzynski & Llewellyn, 2018). Esto subraya la necesidad de desarrollar

investigaciones e intervenciones culturalmente sensibles y explícitamente antiestigma (Lemain et al., 2024).

Asimismo, la escasez de literatura científica que aborde de forma conjunta variables como la asertividad sexual, la desregulación emocional, el trauma infantil, la homofobia internalizada y el *chemsex* en población HSH dificulta la contextualización de algunos hallazgos. En cuanto a futuras líneas de investigación, resulta prioritario replicar este estudio con muestras más amplias y representativas, emplear definiciones más precisas del *chemsex* e incorporar instrumentos adaptados a población HSH.

Además, dado que la homofobia internalizada emerge como la variable central, resultaría relevante profundizar en su papel incorporando variables de resiliencia y factores protectores, como la autoestima, el autoconcepto o el apoyo social (Munn & James, 2022). También sería interesante ampliar el estudio del estrés de minoría más allá de la homofobia internalizada, incluyendo variables como la discriminación percibida o la ocultación de la orientación sexual (Meyer, 2003).

Finalmente, futuros estudios deberían avanzar hacia diseños longitudinales que permitan analizar la evolución de estas variables a lo largo del tiempo y comprender mejor las relaciones entre el trauma infantil, la desregulación emocional, la homofobia internalizada y la asertividad sexual. Asimismo, estos resultados refuerzan la importancia de desarrollar intervenciones psicológicas que aborden de forma integrada estas variables, con el objetivo de mejorar la salud mental, la vivencia de la sexualidad y la reducción de conductas de riesgo en esta población.

## **Conclusión**

El presente estudio pone de manifiesto el papel central de la homofobia internalizada en la salud psicológica y sexual de los HSH, siendo la única variable del estudio que se asocia de forma significativa con el resto. En concreto, se relaciona con mayores dificultades en la

regulación emocional, menores niveles de asertividad sexual y mayor trauma infantil, lo que evidencia su impacto tanto en el ámbito emocional como en la vivencia de la sexualidad. Aunque no se encontraron efectos de mediación significativos, los resultados sugieren que, en esta población, variables específicas del contexto de minoría sexual, como la homofobia internalizada, podrían tener un peso más relevante que los modelos explicativos clásicos basados únicamente en el trauma y la regulación emocional.

Por lo tanto, estos hallazgos destacan la importancia de abordar la homofobia internalizada como un factor clave en la investigación y en la intervención psicológica, con el objetivo de mejorar la salud mental, favorecer una sexualidad más positiva y reducir conductas de riesgo en esta población.

En conclusión, avanzar en la comprensión de estos mecanismos psicológicos es una responsabilidad clínica y social hacia un colectivo que sigue enfrentándose a consecuencias psicológicas reales derivadas de la discriminación y el prejuicio interiorizado.

## Referencias

- Alguacil, L. E., & Rodríguez, A. N. (2021). Análisis del Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. *InDret*, (3), 267-290.
- Artime, T., & Peterson, Z. (2012). The Relationships among Childhood Maltreatment, Emotion Regulation, and Sexual Risk Taking in Men from Urban STD Clinics. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21, 277 - 299.  
<https://doi.org/10.1080/10926771.2012.659802>.
- Badenes-Ribera, L., Sánchez-Meca, J., & Longobardi, C. (2019). The Relationship Between Internalized Homophobia and Intimate Partner Violence in Same-Sex Relationships: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20, 331 - 343.  
<https://doi.org/10.1177/1524838017708781>.
- Bartholow, B. N., Doll, L. S., Joy, D., Douglas, J. M., Bolan, G., Harrison, J. S., Moss, P. M., & McKirnan, D. (1994). Emotional, behavioral, and HIV risks associated with sexual abuse among adult homosexual and bisexual men. *Child Abuse & Neglect*, 18(9), 745-761. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)00042-5](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)00042-5)
- Berg, R., Weatherburn, P., Ross, M., & Schmidt, A. (2015). The Relationship of Internalized Homonegativity to Sexual Health and Well-Being Among Men in 38 European Countries Who Have Sex With Men. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19, 285 - 302. <https://doi.org/10.1080/19359705.2015.1024375>.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). *Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect*. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132–1136.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>

- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). *Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire*. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Berke, D., Moody, R., Grov, C., & Rendina, H. (2022). Psychosocial Risk Pathways from Childhood Sexual Abuse to Intimate Partner Violence among Sexual Minority Men: A Test of the Psychological Mediation Framework of Minority Stress. *Journal of Interpersonal Violence*, 38, 3321 - 3343. <https://doi.org/10.1177/08862605221106145>.
- Bigras, N., Daspe, M., Godbout, N., Briere, J., & Sabourin, S. (2017). Cumulative Childhood Trauma and Adult Sexual Satisfaction: Mediation by Affect Dysregulation and Sexual Anxiety in Men and Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43, 377 - 396. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2016.1176609>.
- Blair, C., & Raver, C. C. (2016). Poverty, stress, and brain development: New directions for prevention and intervention. *Academic Pediatrics*, 16(3 Suppl), S30–S36. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.01.010>.
- Blancas-Guillen, J., Arroyo-Pizarro, P., Quintana, E., Tupa-Belizario, R. S., & Valencia, P. D. (2024). Escala de Dificultades en la Regulación Emocional: Análisis psicométrico de sus versiones breves en universitarios peruanos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 16(2), 60-73. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v16.n2.36158>
- Bos, H., De Haas, S., & Kuyper, L. (2016). Lesbian, Gay, and Bisexual Adults: Childhood Gender Nonconformity, Childhood Trauma, and Sexual Victimization. *Journal Of Interpersonal Violence*, 34(3), 496-515. <https://doi.org/10.1177/0886260516641285>
- Brown, M., Osinubi, M., Amoatika, D., Haider, M., Kirklewski, S., Wilson, P., & Hansen, N. (2024). Childhood Sexual Abuse and Compulsive Sexual Behavior Among Men Who

Have Sex with Men Newly Diagnosed with HIV. *AIDS and Behavior*, 28, 3421 - 3429. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04438-4>.

Chiang, P., Xu, Y., Williams, D., Srivastava, A., Leite, J., Englert, A., & Hall, W. (2025). The relationship between family environments growing up and behavioral health among LGBTQ+ adults: The mediating role of internalized homonegativity. *PLOS One*, 20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0327370>

Coronado-Muñoz, M., García-Cabrera, E., Quintero-Flórez, A., Román, E., & Vilches-Arenas, Á. (2024). Sexualized Drug Use and Chemsex among Men Who Have Sex with Men in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal Of Clinical Medicine*, 13(6), 1812. <https://doi.org/10.3390/jcm1306181>

De La Mora, L., Laguno, M., De Lazzari, E., Ugarte, A., Leal, L., Torres, B., González-Cordón, A., Inciarte, A., Ambrosioni, J., Escalante, Z., Rodriguez, A., Martínez, E., Blanco, J., Blanch, J., Miquel, L., Bosch, J., Short, D., Mallolas, J., & Martínez-Rebollar, M. (2022). Vulnerability Conditions in a Cohort of Men Who Have Sex with Men Who Engage in Chemsex in Barcelona City: a Cross-Sectional Study. *Sexuality Research and Social Policy*, 20, 614-625. <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00702-1>

De la Rubia, J. M., & De la O, A. V. (2013). Dimensionalidad, Consistencia Interna y Distribución de la Escala Homonegatividad Internalizada en Estudiantes Mexicanos de Ciencias de la Salud. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 986-1004. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(13\)70947-5](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(13)70947-5)

Díaz de Greñu Domingo, S., & Parejo Llanos, J. L. (2014). La promoción de la igualdad y el respeto de la diversidad afectivo-sexual: bases de un programa de orientación y tutoría para educación secundaria. *REOP - Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 24(3), 63–79. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.24.num.3.2013.11245>

- Dolengevich-Segal, H., Gonzalez-Baeza, A., Valencia, J., Valencia-Ortega, E., Cabello, A., Tellez-Molina, M. J., Perez-Elias, M. J., Serrano, R., Perez-Latorre, L., Martin-Carbonero, L., & Ryan, P. (2019). *Drug-related and psychopathological symptoms in HIV-positive men who have sex with men who inject drugs during sex (slamsex): Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study*. *PLOS ONE*, *14*(12), e0220272. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220272>
- Elmer, E., Van Tilburg, T., & Fokkema, T. (2022). Minority Stress and Loneliness in a Global Sample of Sexual Minority Adults: The Roles of Social Anxiety, Social Inhibition, and Community Involvement. *Archives of Sexual Behavior*, *51*, 2269 - 2298. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02132-3>
- Esteban, L., Bellido, I., & Arcos-Romero, A. I. (2024). The “Chemsex” Phenomenon and Its Relationship with Psychological Variables in Men Who Have Sex with Men. *Archives Of Sexual Behavior*, *53*(9), 3515-3525. <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02920-7>
- Frankis, J., Flowers, P., McDaid, L., & Bourne, A. (2018). Low levels of chemsex among men who have sex with men, but high levels of risk among men who engage in chemsex: analysis of a cross-sectional online survey across four countries.. *Sexual health*, *15* 2, 144-150 . <https://doi.org/10.1071/sh17159>
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M., & Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*, *101*, 1481 1494. doi:[10.2105/AJPH.2009.190009](https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.190009)
- Gallucci, M. (2020). *medmod: Jamovi module for mediation and moderation analysis* [jamovi module]. Retrieved from <https://jamovi-amm.github.io/>

- Gil-Llario, M. D., Fernández-García, O., Gil-Juliá, B., Estruch-García, V., & Ballester-Arnal, R. (2022). Development and Psychometric Properties of an Instrument for the Assessment of Assertiveness in Sexual Relations. *Sexuality Research And Social Policy*, 19(3), 1255-1269. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00630-6>
- González-Baeza, A., Barrio-Fernández, P., Curto-Ramos, J., Iburguchi, L., Dolengevich-Segal, H., Cano-Smith, J., Rúa-Cebrián, G., De Albornoz, A. G., & Kessel, D. (2022). Understanding Attachment, Emotional Regulation, and Childhood Adversity and Their Link to Chemsex. *Substance Use & Misuse*, 58(1), 94-102. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2148482>
- Hasson, R., & Ginzburg, K. (2025). Longitudinal study on the impact of childhood sexual abuse on sexual assertiveness: The mediating role of sexual fantasy. *Child Abuse & Neglect*, 161, 107291. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107291>
- Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., ... & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *Journal of interpersonal violence*, 28(7), 1498-1518. <https://doi.org/10.1177/088626051246824>
- Ho, L. Y., Ehman, A. C., & Gross, A. M. (2021). Gender Roles, Sexual Assertiveness, and Sexual Victimization in LGBTQ Individuals. *Sexuality & Culture*, 25(4), 1469-1489. <https://doi.org/10.1007/s12119-021-09819-8>
- La Torre, J. C. P., Martínez-Martínez, K. I., Correa-Romero, F. E., Sánchez-Medina, R., & Reynoso-González, O. U. (2024). Asertividad sexual y su relación con el uso del condón en hombres que tienen sexo con hombres. *Uaricha. (En Linea)*, 22, 30-41. <https://doi.org/10.35830/08aggx62>

- Lemain, L., Lever, D., Théréne-Mouden, C., Verdeau, R., Barais, M., & Guillou-Landreat, M. (2024). Chemsex Among Men Having Sex with Men: A Scoping Review on Management, Support, and Harm Reduction Strategies. *The Journal of Sex Research*, 62, 367 - 377. <https://doi.org/10.1080/00224499.2024.2377592>
- Li, H., Liu, X., Zheng, Q., Zeng, S., & Luo, X. (2023). Minority stress, social support and mental health among lesbian, gay, and bisexual college students in China: a moderated mediation analysis. *BMC Psychiatry*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05202-z>.
- Livingston, J., Testa, M., & Vanzile-Tamsen, C. (2007). The Reciprocal Relationship Between Sexual Victimization and Sexual Assertiveness. *Violence Against Women*, 13, 298 - 313. <https://doi.org/10.1177/1077801206297339>.
- López Alvarado, S. L., Van Parys, H., Enzlin, P., & Jerves Hermida, E. M. (2020). Development of sexual assertiveness and its function for human sexuality: a literature review. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i2.948>
- Lunchenkov, N., Rinne-Wolf, S., Hughes, T., & Dwyer, B. (2024). The Experience of Chemsex and Accessing Medical Care for Gay, Bisexual and Other MSM in Russia: An Interpretive Phenomenological Analysis. *The Journal of Sex Research*, 62, 360 - 366. <https://doi.org/10.1080/00224499.2024.2314690>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I., Russell, S., Hammack, P., Frost, D., & Wilson, B. (2021). Minority stress, distress, and suicide attempts in three cohorts of sexual minority adults: A U.S. probability sample. *PLoS ONE*, 16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246827>.

Ministerio de Sanidad (2017). *Sida - Prevención - Hombres que tiene relaciones sexuales con hombres*. <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/hombres/home.htm>

Ministerio de Sanidad (2024). España registra un descenso de nuevos diagnósticos de VIH, pero sigue preocupando su retraso. Nota de prensa.

<https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6567>

Miravet, M. E., García, J. E. N., García, A. A., Barba, M. G., & Arnal, R. B. (2020). Análisis de la prevalencia de homofobia en población joven: repercusión en la calidad de vida Autor (es). *Àgora de Salut, VII*, 67-75. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2020.7.7>

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.

<https://doi.org/10.1037//0022-3514.73.4.790>.

Munn, M., & James, D. (2022). Internalized Homophobia and Suicide Ideation Among Sexual Minority Adults: The Serial Mediation of Core Self-Evaluations and Depression. *Archives of Sexual Behavior, 51*, 3417 - 3430.

<https://doi.org/10.1007/s10508-022-02316-5>

Pessina, R., Decaro, S., Torri, C., & Prunas, A. (2025). Chemsex and Psychosexual Health in a Large Italian Sample of Men Who Have Sex with Men (MSM). *Sexuality & Culture, 29*, 1637 - 1668. <https://doi.org/10.1007/s12119-025-10339-y>

Pollard, A., Nadarzynski, T., & Llewellyn, C. (2018). Syndemics of stigma, minority-stress, maladaptive coping, risk environments and littoral spaces among men who have sex with men using chemsex. *Culture, Health & Sexuality, 20*, 411 - 427.

<https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1350751>

- Puckett, J., Newcomb, M., Ryan, D., Swann, G., Garofalo, R., & Mustanski, B. (2016). Internalized Homophobia and Perceived Stigma: a Validation Study of Stigma Measures in a Sample of Young Men who Have Sex with Men. *Sexuality Research and Social Policy*, 14, 1 - 16. <https://doi.org/10.1007/s13178-016-0258-5>.
- Pufall, E., Kall, M., Shahmanesh, M., Nardone, A., Gilson, R., Delpech, V., Ward, H., & Group, T. P. V. study. (2018). Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV Medicine*, 19(4), 261-270. <https://doi.org/10.1111/hiv.12574>
- Ramos, B., Dion, J., Bóthe, B., Girouard, A., Hébert, M., Wong, E., & Bergeron, S. (2022). Cumulative interpersonal childhood adversity and post-traumatic stress symptoms across heterosexual, cisgender and gender and sexually diverse adolescents: The mediating role of emotion regulation.. *Child abuse & neglect*, 124, 105454 . <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105454>.
- Rodríguez-Expósito, B., Rieker, J., Uceda, S., Beltrán-Velasco, A., Echeverry-Alzate, V., Gómez-Ortega, M., Positivo, A., & Reiriz, M. (2024). Psychological characteristics associated with chemsex among men who have sex with men: Internalized homophobia, conscientiousness and serostatus as predictive factors. *International Journal of Clinical and Health Psychology : IJCHP*, 24. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2024.100465>
- Rothman, E. F., Exner, D., & Baughman, A. L. (2011). The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian, or Bisexual in the United States: A Systematic Review. *Trauma Violence & Abuse*, 12(2), 55-66. <https://doi.org/10.1177/1524838010390707>

- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(3), 553-577.
- Segal, R. G., Talmon, A., Hasson, R., & Ginzburg, K. (2025). Sexuality in the Shadow of Trauma: The Associations Between Childhood Maltreatment, Self-Objectification, Sexual Subjectivity, and Sexual Assertiveness. *Journal Of Interpersonal Violence, 8862605251368847*. <https://doi.org/10.1177/08862605251368847>
- The jamovi project (2024). jamovi. (Version 2.6) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Trang, K., Jovanović, T., Hinton, D., Sullivan, P., Worthman, C., Lam, L., Chi, N., Thanh, N., Ha, T., Go, V., Hoffman, I., & Giang, L. (2022). Elevated trauma exposure and mental health burden among men who have sex with men in Vietnam. *Transcultural Psychiatry, 59*, 362 - 379. <https://doi.org/10.1177/13634615211058348>.
- Uholyeva, X., & Pitoňák, M. (2022). Chemsex users in Czechia: EMIS survey.. *Central European journal of public health, 30* 2, 86-92 . <https://doi.org/10.21101/cejph.a6923>.
- Ventriglio, A., Castaldelli-Maia, J., Torales, J., De Berardis, D., & Bhugra, D. (2021). Homophobia and mental health: a scourge of modern era. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 30*. <https://doi.org/10.1017/s2045796021000391>.
- Xu, W., Zheng, L., Xu, Y., & Zheng, Y. (2017). Internalized homophobia, mental health, sexual behaviors, and outness of gay/bisexual men from Southwest China. *International Journal for Equity in Health, 16*. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0530-1>.
- Yıldız, E. (2018). Suicide in sexual minority populations: A systematic review of evidence-based studies. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*(4), 650-659. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.003>

Zerubavel, N., & Messman-Moore, T. L. (2013). Sexual Victimization, Fear of Sexual Powerlessness, and Cognitive Emotion Dysregulation as Barriers to Sexual Assertiveness in College Women. *Violence Against Women*, 19(12), 1518–1537.  
<https://doi.org/10.1177/1077801213517566>

## ANEXO

### Anexo I. Consentimiento informado

Mi nombre es Sara Stile y soy alumna de máster en psicología general sanitaria en la Universidad Pontificia de Comillas. Este estudio forma parte de un Trabajo de Fin de Máster (TFM) y tiene como objetivo analizar cómo se relacionan el trauma infantil, la homofobia internalizada, la regulación emocional y la asertividad sexual en hombres adultos que mantienen sexo con otros hombres (HSH). Su finalidad es mejorar la comprensión científica de los factores que influyen en la salud sexual y emocional de esta población, con el propósito de contribuir al desarrollo de intervenciones clínicas más ajustadas a sus necesidades.

La participación consiste únicamente en completar un cuestionario anónimo online de 20-30 minutos de duración, que incluye experiencias personales, emociones y conductas sexuales. El participante puede interrumpir su participación en cualquier momento, sin necesidad de justificarlo y sin que ello implique consecuencia alguna.

No se recoge ningún dato identificativo y todas las respuestas serán tratadas con estricta confidencialidad. Solo tendrán acceso a los datos la estudiante investigadora que realiza el TFM y su tutora, garantizando en todo momento el cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos. La información será utilizada exclusivamente con fines académicos y no se difundirá de manera que permita identificar a ningún participante.

Si desea realizar alguna consulta sobre el contenido del cuestionario o sobre cualquier aspecto del estudio, puede ponerse en contacto conmigo a través del siguiente correo electrónico: [202409734@alu.comillas.edu](mailto:202409734@alu.comillas.edu) Si en algún momento siente malestar al responder el cuestionario o necesitas apoyo relacionado con su sexualidad, prácticas sexuales de riesgo como el *chemsex*, o experiencias pasadas de abuso, puede contactar con nosotros o con organizaciones especializadas que brindan asistencia gratuita.

- Asociación Apoyo Positivo: <https://apoyopositivo.org/>
- Contacto de la estudiante investigadora: [202409734@alu.comillas.edu](mailto:202409734@alu.comillas.edu)
- Contacto de la tutora del TFM: [marjfollero@gmail.com](mailto:marjfollero@gmail.com)

Declaro que:

- He recibido suficiente información sobre el estudio (objetivos, aspectos científicos relevantes, procedimientos de seguridad que se van a adoptar para el manejo de datos, incluyendo las personas que tendrán acceso).
- He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad y anonimato de mis datos y que únicamente se utilizarán para los fines de esta investigación

ACEPTO  NO ACEPTO

#### Cláusula de protección de datos

En todo el proceso de recogida de datos se garantiza el anonimato de los participantes y la voluntariedad de la participación. El control de cada participante sobre sus datos personales se garantizará ateniéndose a los derechos contemplados en el Reglamento (UE) 2016/679 y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. La información obtenida no podrá asociarse a persona física identificada o identificable de conformidad con lo dispuesto en el citado Reglamento.

## **Anexo II. Preguntas ad hoc relativas a variables sociodemográficas y comportamiento**

### **Características generales:**

A continuación, se le realizarán algunas **preguntas sociodemográficas y de comportamiento**.

No existen respuestas correctas o incorrectas; le rogamos que responda con la mayor sinceridad posible. Toda la información proporcionada será tratada de forma confidencial y anónima.

1. Edad (desplegable con opción de 18 - 99+)
2. Género
  - a. Hombre cisgénero
  - b. Hombre transgénero
  - c. Otra identidad de género
  - d. Prefiero no responder
3. Orientación sexual
  - a. Gay / Homosexual
  - b. Bisexual
  - c. Pansexual
  - d. Heterosexual
  - e. Otro
4. ¿Has mantenido o mantienes relaciones sexuales con otros hombres? (Sí / No)
5. Nacionalidad
  - a. Española
  - b. De otro país de la Unión Europea
  - c. De un país de América Latina
  - d. De un país de Europa (fuera de la UE)
  - e. De un país de Norteamérica (USA, Canadá)
  - f. De un país de África
  - g. De un país de Asia
  - h. De un país de Oceanía
6. ¿Cuál es tu nivel máximo de estudios finalizados?
  - a. Sin estudios
  - b. Educación primaria
  - c. Educación Secundaria Obligatoria (ESO)
  - d. Bachillerato o formación profesional de grado medio
  - e. Formación profesional de grado superior
  - f. Estudios universitarios de grado
  - g. Estudios universitarios de posgrado (máster o doctorado)
7. ¿Alguna vez has considerado que tu consumo de alcohol u otras sustancias ha sido problemático o te ha generado dificultades en tu vida personal?
  - a. Si
  - b. No
  - c. No estoy seguro

8. ¿Has practicado *\*chemsex* alguna vez a lo largo de tu vida? *\*Chemsex*: Se refiere al uso de sustancias psicoactivas antes o durante las relaciones sexuales con el objetivo de aumentar el deseo, la excitación o la duración del encuentro sexual. (SI / NO)

**Práctica de *Chemsex*:**

A continuación, se realizarán algunas preguntas relacionadas con su práctica en *chemsex*.

1. ¿Has considerado que esta práctica te ha resultado problemática o te ha generado malestar, dificultades o consecuencias negativas?
  - a. Sí
  - b. No
  - c. No estoy seguro
2. ¿Cuándo fue la última vez que practicaste chemsex?
  - a. Hace unos días
  - b. Hace una semana
  - c. Hace un mes
  - d. Hace 6 meses
  - e. Hace 1 año
  - f. Hace más de 1 año
3. ¿Cuánto duraban las sesiones de chemsex?
  - a. Inferior a 12 horas
  - b. Superior a 12 horas
4. ¿Cuáles son las drogas consumidas durante las sesiones de chemsex antes y/o durante?
  - a. Metanfetamina (meta, cristal, tina, crystal, hielo)
  - b. Mefedrona (mefe, m-cat, mefedroga, miau miau)
  - c. GHB / GBL (ghb, g, liquid, éxtasis líquido)
  - d. Cocaína (coca, perico, nieve, raya)
  - e. Crack / cocaína base (crack, piedra, base)
  - f. Ketamina (keta, k, special k)
  - g. MDMA / Éxtasis (mdma, pasti, pastilla, e, molly)
  - h. Anfetaminas (speed, anfetás)
  - i. Cannabis (porro, hierba, mota, weed)
  - j. Popper (nitritos) (popper)
  - k. Benzodiacepinas (uso no médico) (trankis, pastillas, xanax, valium)
  - l. Opioides (uso no médico) (fenta, hero, caballo)

### Anexo III. Versión española de la Sexual Assertivness Scale (SAS) (Gil-Llario et al., 2022)

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

\* Items inversos.

**Anexo IV. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, versión breve (DERS-18)  
(Blancas-Guillen et al., 2024)**

Indique con qué frecuencia los siguientes enunciados se aplican para usted, señalando el número apropiado de la escala. 1 = casi nunca, 2 = pocas veces, 3 = a veces, 4 = la mayoría de las veces y 5 = casi siempre.

- 1) Presto atención a cómo me siento.
- 2) No tengo idea de cómo me siento.
- 3) Me resulta difícil comprender cómo me siento.
- 4) Estoy atento a mis sentimientos.
- 5) Estoy confundido sobre cómo me siento.
- 6) Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), sé reconocer exactamente cómo me siento.
- 7) Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me avergüenzo por sentirme de esa manera.
- 8) Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), tengo dificultad para hacer mi trabajo.
- 9) Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me pongo fuera de control.
- 10) Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), creo que me sentiré así por mucho tiempo.
- 11) Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), creo que acabaré sintiéndome muy deprimido.
- 12) Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me es difícil concentrarme en otras cosas.
- 13) Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me siento apenado conmigo mismo por sentirme de esa manera.
- 14) Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), me siento culpable por sentirme de esa manera.
- 15) Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), tengo dificultades para concentrarme.
- 16) Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), tengo dificultades para controlar mi comportamiento.
- 17) Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar por ese sentimiento.
- 18) Cuando estoy emocionalmente mal (ya sea enojado, triste, ansioso, etc.), pierdo el control sobre mi comportamiento.

**Anexo V. Escala Acontecimientos Traumáticos en la Infancia (*Childhood Trauma Questionnaire, CTQ-SF*) (Hernández et al., 2013)**

Instrucciones: Este cuestionario aborda experiencias que pudo tener durante su infancia o adolescencia. Para cada cuestión, marque la casilla que mejor le convenga. Aunque algunas preguntas se refieren a temas íntimos y personales, es importante responder honestamente.					
<b>Cuando era pequeño y/o adolescente:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Casi siempre</b>
1.No tenía suficiente para comer					
2.Me sentía cuidado y protegido					
3. Algunos miembros de mi familia me llamaban “tonto”, “flojo” o “feo”					
4. Mis padres estaban demasiado borrachos o “drogados” para ocuparse de la familia					
5. Alguien de mi familia me hacía sentir importante o especial					
6. Tenía que vestirme con ropa sucia					
7. Me sentía querido					
8. Pensaba que mis padres no querían que hubiera nacido					
9. Me golpeaban tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital					
10. No he querido cambiar de familia					
11. Algún miembro de mi familia me pegaba tan fuerte que me dejaba marcas o moretones					
12. Me castigaban con un cinturón, un palo, una cuerda u otro objeto contundente					
13. Los miembros de mi familia cuidaban unos de otros					
14. Miembros de mi familia me insultaban o decían cosas que me hacían daño					

<b>Cuando era pequeño y/o adolescente:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Casi siempre</b>
15. Creo que he sido maltratado físicamente					
16. He tenido una infancia perfecta					
17. Me golpeaban tan fuerte que alguien llegó a notar las marcas (ej. un profesor, un vecino o un médico)					
18. Sentía que alguien de mi familia me odiaba					
19. Los miembros de mi familia se sentían cercanos entre sí					
20. Alguien intentó tocarme o me hizo hacer tocaciones sexuales					
21. Alguien me amenazó con hacerme daño si no hacía algún acto sexual con él o ella					
22. Tenía la mejor familia del mundo					
23. Alguien me obligó a hacer actos sexuales o me hizo ver tales actos					
24. He sido víctima de acoso sexual					
25. Creo que sufrí maltrato psicológico					
26. Había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba					
27. Pienso que han abusado de mi sexualmente					
28. Mi familia era una fuente de seguridad y apoyo					

**Anexo VI. Escala de homonegatividad internalizada (IHN-16) (De la Rubia & De la O, 2013)**

Indique qué tanto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones.	Definitivamente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1.* No me incomodaría si otras personas supieran que tengo sentimientos homosexuales.					
2.* Me siento cómodo al hablar sobre homosexualidad en situaciones públicas.					
3.* Siendo homosexual, yo no cambiaría mi orientación sexual aunque pudiera hacerlo.					
4.* No me incomoda el ser visto en público con una persona obviamente homosexual.					
5. La mayoría de los hombres homosexuales no pueden mantener una relación sentimental a largo plazo.					
6. La mayoría de los hombres homosexuales prefieren tener encuentros sexuales anónimos.					
7. Los hombres homosexuales tienden a mostrar su sexualidad inapropiadamente.					
8. Los hombres homosexuales son más promiscuos que los heterosexuales.					
9. A menudo me siento intimidado al andar en lugares de ambiente homosexual.					
10. Las situaciones sociales con hombres homosexuales me hace sentir incómodo.					
11.* No me incomoda el estar en bares de ambiente homosexual.					
12. El hacer o responder a un coqueteo de tipo homosexual sería muy difícil para mí.					
13. El ser homosexual representaría una desventaja para mí.					
14. Siento que lo mejor es evitar la interacción personal o social con personas homosexuales.					
15. Yo buscaría ayuda profesional si llegara a darme cuenta que tengo sentimientos homoeróticos.					
16. Yo me sentiría contrariado, fuera de mí mismo, debido a la presencia de sentimientos homosexuales en mí					

## **Anexo VII. DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA**

Título del trabajo: Relación entre Trauma infantil, Regulación emocional, Asertividad sexual y Homofobia internalizada en hombres adultos que tienen sexo con otros hombres: Un estudio de mediación

Autor/a: Sara Stile

NIE/Alumno/a: X471014-E

Nombre del Director/a de TFM: Mar Josefina Fernández Ollero

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Pablo Fernández Cáncer

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

- Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].
  - Se usó Consensus para la búsqueda bibliográfica en la discusión.
  - Los prompts eran preguntas relacionadas con las variables del estudio para poder realizar una búsqueda más específica y profunda.
  
- Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].
  - Se usó ChatGPT para una comprensión más exhaustiva de los artículos relacionados con los instrumentos del estudio y sus características psicométricas. Después se comprobaba en el artículo toda la información, pero de esta manera se conseguía extraer la información de manera más rápida, sobre todo, a la hora de elegir los instrumentos.
  - Prompts: “Indícame en qué parte del texto aparece la fiabilidad interna del cuestionario, cuántos ítems tiene el cuestionario, cuáles son los ítems inversos, cuáles son sus subescalas, etc.”
  
- Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].
  
- Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)].
  - Se usó ChatGPT para corregir la fluidez de la redacción, parafrasear frases de artículos citados o búsqueda de sinónimos. Nunca copiándolo tal cual y manteniendo siempre mi estilo y toque personal
  
- Generación de texto (fragmentos): [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue - editado por el autor del TFM].
  - Se usó ChatGPT para generar algunos fragmentos previamente esquematizados por mí en aquellos casos en los que se me dificultaba la redacción estadística en el apartado de

resultados o párrafos más enrevesados en la introducción o discusión. Nunca se copiaba tal cual sino que lo ajustaba a mi estilo y preferencias a la hora de redactar.

- Nunca se generó un párrafo desde cero, las ideas son todas propias o sacadas de literatura científica, por lo que nunca hizo falta revisar la información porque la proporcionaba yo misma siempre.
- Otros (especificar): Se usó ChatGPT para consultar dudas sobre el funcionamiento del programa estadístico de Jamovi.

Explica *qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.*

- En este caso la IA se usó principalmente con el objetivo de mejorar la redacción, por lo que toda la información siempre era proporcionada por mí y según la búsqueda bibliográfica realizada previamente en bases de datos.
- En el caso del uso de Consensus todos los artículos citados fueron revisados previamente antes de citarlos en el trabajo para contrastar que la información proporcionada apareciera realmente en los artículos y fuera correcta.

**Declaración de veracidad:**

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a: Sara-Itile

Fecha: 04/05/2026