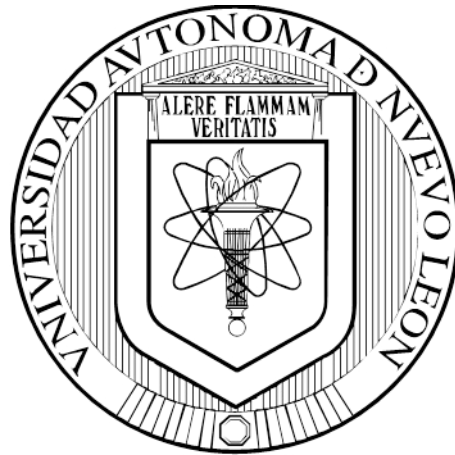


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MUJERES

Por

MCE. REYNA TORRES OBREGÓN

Como requisito parcial para obtener el grado de

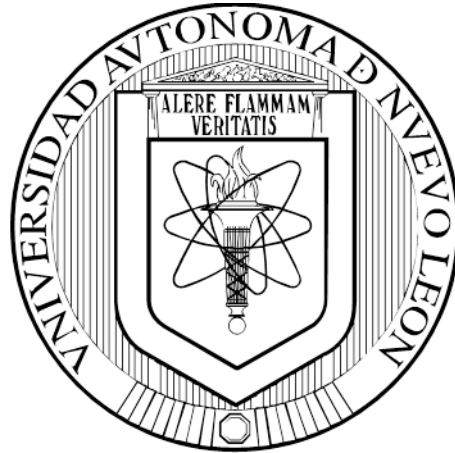
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MUJERES

Por

MCE. REYNA TORRES OBREGÓN

Como requisito parcial para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Director de Tesis

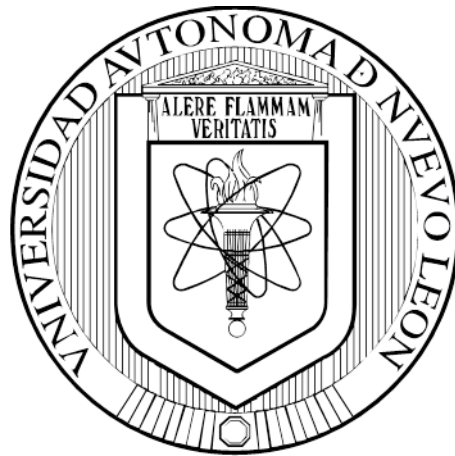
DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MUJERES

Por

MCE. REYNA TORRES OBREGÓN

Como requisito parcial para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

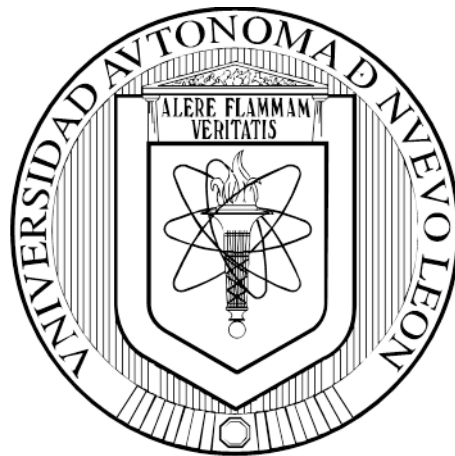
Co - Director de Tesis  
DR. JUAN CARLOS SIERRA FREIRE

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MUJERES

Por

MCE. REYNA TORRES OBREGÓN

Como requisito parcial para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD.

AGOSTO, 2017

## MODELO DE CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MUJERES

### Aprobación de Tesis

---

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez  
Director de Tesis

---

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez  
Presidente

---

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.  
Secretario

---

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis  
1er. Vocal

---

Dra. Fuensanta López Rosales  
2do. Vocal

---

Dra. María Aracely Márquez Vega  
3er. Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la beca proporcionada para realizar y culminar mis estudios de doctorado.

A la directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado, por el apoyo brindado durante mi etapa académica.

Al Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, por su apoyo durante mi etapa formativa de doctorado.

A mi directora de tesis Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, por su apoyo, por su paciencia al enseñarme, por sus palabras de aliento, por guiarme de la mejor forma para llegar a ser una mejor profesional.

Al mi Co- director de tesis Dr. Juan Carlos Sierra Freire de la Facultad de Psicología de Granada, España, por recibirme durante mi estancia doctoral, por el apoyo brindado durante la misma y por sus valiosas aportaciones hacia mi trabajo.

A mi jurado de tesis, Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Dra. Fuensanta López Rosales y Dra. María Aracely Márquez Vega, por sus valiosas aportaciones hacia mi trabajo.

A los docentes del programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería, que con sus conocimientos, experiencia y vocación me ayudaron y fortalecieron mi aprendizaje.

A mis compañeros de generación, MCE. Sandra Paloma Esparza Dávila, MCE. Daniela Amaro Hinojosa, MCE. Geu Salomé Mendoza Catalán, MAAE. Liliana Juárez Medina y MAAE. Saraí Candia, por compartir sus conocimientos y experiencias en aula, mucho éxito a todos.

A MCE. Sandra Paloma Esparza Dávila, amiga gracias por tu amistad incondicional en todo momento, sin duda fue un gran gusto haber cursado y culminado esta etapa tan importante contigo, te quiero mucho.

A MCE. Daniela Amaro Hinojosa, tu amistad fue una de las cosas más valiosas que me dejó el doctorado, espero siga creciendo, fue un placer haber cumplido esta meta juntas, te quiero mucho.

A familiares y amigos que siempre estuvieron al pendiente de mi bienestar y avance durante esta etapa, a todos, muchas gracias.

A todas las mujeres que participaron en este estudio, gracias por compartir su información.

## **Dedicatoria**

A Dios por ser mi fortaleza durante esta etapa y por permitirme llegar a la meta.

A mis padres Ma. Aurora Obregon Chávez y Maurilio Torres Hernández, quienes en todo momento confiaron en mí, apoyándome incondicionalmente, sobre todo en cada etapa difícil que se presentaba, este logro es para ustedes, los amo.

A mis hermanos Ing. Priscila Aurora Torres Obregon y Lic. Misael Torres Obregon, por apoyarme a su manera, los amo.



## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	9
Substracción teórica	12
Modelo de conducta sexual asertiva en mujeres (MCOSEAS)	17
Estudios Relacionados	26
Síntesis de Estudios Relacionados	34
Objetivo General	36
Objetivos Específicos	36
Definición de Términos	37
Capítulo II	
Metodología	39
Diseño del Estudio	39
Población, Muestra y Muestreo	39
Criterios de Inclusión	39
Criterios de Exclusión	39
Criterios de Eliminación	40
Instrumentos de Medición	40
Procedimiento de Recolección de Datos	44
Consideraciones Éticas	46
Plan de Análisis de los Datos	47
Capítulo III	
Resultados	48

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Características Generales de la Población	48
Uso de Condón por Estado Civil	48
Religión	51
Estadística Descriptiva de las Variables	511
Consistencia Interna de los Instrumentos	53
Objetivos Específicos	54
Objetivo General	76
Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Mujeres (MCOSEAS)	82
Capítulo IV	
Discusión	85
Limitaciones del Estudio	95
Conclusiones	95
Recomendaciones	96
Referencias	98
Apéndices	113
A. Cédula de Datos Personales	114
B. Consentimiento Informado	115
C. Inventario de Depresión -Rasgo (IDER)	118
D. Sub-escala de Autoestima Sexual	120
E. Sub-escala Beneficios Percibidos para el Uso del Condón	121
F. Sub-escala Barreras Percibidas para el Uso del Condón	122
G. Escala de Autoeficacia Percibida para el Uso del Condón	123
H. Escala de Provisión Social para Sexo Seguro/Pareja	125
I. Escala de Violencia e Índice de Severidad	128

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
J. Escala de Asertividad Sexual (SAS)	130
K. Permiso de Secretaría de Salud – Jurisdicción 1	133
L. Permiso de Secretaría de Salud – Jurisdicción 2	134
M. Datos Descriptivos del Inventario Depresión – Rasgo (IDER)	135
N. Datos Descriptivos de la Sub-escala Autoestima sexual	136
Ñ. Datos Descriptivos de la Sub-escala Beneficios Percibidos para el Uso del Condón	137
O. Datos Descriptivos de la Sub-escala Barreras Percibidas para el Uso del Condón	138
P. Datos Descriptivos de la Escala de Autoeficacia Percibida para el Uso del Condón	139
Q. Datos Descriptivos de la Escala de Provisión Social para Sexo Seguro/Pareja	141
R. Datos Descriptivos de la Escala de Violencia e Índice de Severidad	143
S. Datos Descriptivos de la Escala de Asertividad Sexual	145

## Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de promoción de la salud (MPS) de Nola J. Pender	11
2. Modelo de conducta sexual asertiva en mujeres (MCOSEAS)	20
3. Substracción teórica	21
4. Modelo general lineal de la conducta sexual asertiva en mujeres	81
5. Influencia de las variables del MCOSEAS sobre la conducta sexual asertiva en mujeres	83
6. Influencia entre las variables del MCOSEAS	84

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Características generales de la población	49
2. Uso del condón por estado civil	50
3. Religión de las mujeres	51
4. Estadística descriptiva y resultado de prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S)	53
5. Consistencia interna de los instrumentos	54
6. Modelo de regresión de parejas sexuales y conducta sexual asertiva	55
7. Modelo de regresión de parejas sexuales y conducta sexual asertiva, con “Bootstrap”	55
8. Matriz de correlación entre parejas sexuales y beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón	56
9. Modelo de regresión de parejas sexuales con beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón	56
10. Modelo de regresión de parejas sexuales con beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón, con “Bootstrap”	57
11. Matriz de correlación entre parejas sexuales, apoyo de pareja y violencia de pareja	57
12. Modelo de regresión de parejas sexuales con apoyo de pareja y violencia de pareja	58
13. Modelo de regresión de parejas sexuales con apoyo de pareja y violencia de pareja, con “Bootstrap”	58
14. Matriz de correlación entre edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad y conducta sexual asertiva	59
15. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil, religión con conducta sexual asertiva	60

## Lista de Tablas

Tabla	Página
16. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil, religión con conducta sexual asertiva, con “Bootstrap”	60
17. Matriz de correlación entre edad, depresión, autoestima sexual y escolaridad con beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón	61
18. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con beneficios para el uso del condón	62
19. Modelo de regresión edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con beneficios para el uso del condón, con “Bootstrap”	62
20. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con barreras para el uso del condón	63
21. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con barreras para el uso del condón, con “Bootstrap”	64
22. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con autoeficacia para el uso del condón	65
23. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con autoeficacia para el uso del condón, con “Bootstrap”	65
24. Matriz de correlación entre edad, depresión, autoestima sexual y escolaridad con apoyo de pareja y violencia de pareja	66
25. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con apoyo de pareja	67
26. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con apoyo de pareja, con “Bootstrap”	67

## Lista de Tablas

Tabla	Página
27. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con violencia de pareja	68
28. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con violencia de pareja, con “Bootstrap”	68
29. Matriz de correlación entre apoyo de pareja, violencia de pareja y beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón	69
30. Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con beneficios para el uso del condón	70
31. Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con beneficios para el uso del condón, con “Bootstrap”	70
32. Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con barreras para el uso del condón	71
33. Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con barreras para el uso del condón, con “Bootstrap”	71
34. Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con autoeficacia para el uso del condón	72
35. Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con autoeficacia para el uso del condón, con “Bootstrap”	72
36. Matriz de correlación entre beneficios, barreras, autoeficacia para el uso del condón y la conducta sexual asertiva	73
37. Modelo de regresión de beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón con conducta sexual asertiva	74
38. Modelo de regresión de beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón con conducta sexual asertiva, con “Bootstrap”	74

## Lista de Tablas

Tabla	Página
39. Matriz de correlación entre apoyo de pareja y violencia de pareja con conducta sexual asertiva	75
40. Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con conducta sexual asertiva	75
41. Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con conducta sexual asertiva, con “Bootstrap”	76
42. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, religión, barreras para el uso del condón, apoyo de pareja y violencia de pareja con conducta sexual asertiva	77
43. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, religión, barreras para el uso del condón, apoyo de pareja y violencia de pareja con conducta sexual asertiva, con “Bootstrap”	77
44. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, religión, barreras para el uso del condón y violencia de pareja con conducta sexual asertiva	79
45. Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, religión, barreras para el uso del condón y violencia de pareja con conducta sexual asertiva, con “Bootstrap”	79



## Resumen

MCE. Reyna Torres Obregon  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2017

**Título del estudio:** MODELO DE CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MUJERES

Número de páginas:146

Candidato para Obtener el Grado de  
Doctor en Ciencias de Enfermería

**LGAC:** Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

**Propósito y Método del estudio:** El propósito del estudio fue probar la relación de las variables: parejas sexuales, edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil, religión, beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón, apoyo de pareja y violencia de pareja que influyen en la conducta sexual asertiva en mujeres a partir del Modelo de Promoción de la Salud. La población fueron mujeres de 18 a 40 años de edad residentes del estado de Nuevo León. El diseño del estudio fue de comprobación de modelo, la muestra fue de 605 mujeres con una relación de pareja de más de tres meses y con vida sexual activa, con un nivel de significancia de .05, un Coeficiente de Determinación de  $R^2 = .09$  y una potencia de prueba de 90% para un Modelo de Regresión Lineal Univariado con 13 variables. El muestreo fue no probabilístico. Para la medición de las variables, se utilizó una cédula de datos personales y siete instrumentos con validez y confiabilidad aceptables. Los objetivos se analizaron por medio de Modelos de Regresión Lineal con y sin Bootstrap.

**Contribución y Conclusiones:** A través de los modelos de regresión se encontró que el número de parejas sexuales influye en la conducta sexual asertiva con una varianza explicada del 5%; por otra parte, se encontró que edad, depresión, autoestima sexual y religión influyen en la conducta sexual asertiva ( $F_{[6,598]} = 87.396, p < .001$ ) con una varianza explicada de 46%. También se encontró que beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón tienen efecto en la conducta sexual asertiva ( $R^2 = .12, F_{[3,601]} = 29.060, p < .001$ ); además se obtuvo que el apoyo de pareja y violencia de pareja influyen sobre la conducta sexual asertiva ( $F_{[2,602]} = 69.374, p < .001$ ), explicando la varianza en un 18%. Finalmente se ajustó un modelo, el cual consideró siete variables de las 13 introducidas, las cuales fueron edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, religión, barreras para el uso del condón y violencia de pareja ( $F_{[7,597]} = 97.339, p < .001$ ), explicando la varianza en un 52.8%. Los hallazgos de este estudio son de gran importancia, ya que dan una visión holística del fenómeno de la conducta sexual asertiva en mujeres, lo cual es un aporte a la evidencia científica para el desarrollo de intervenciones de enfermería enfocadas a mejorar la conducta sexual asertiva y con esto apoyar en la prevención del VIH/sida en esta población.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:** \_\_\_\_\_

## **Capítulo I**

### **Introducción**

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) siguen siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos y medios. Se estima que a nivel mundial 36.9 millones de personas viven con el VIH, concentrándose principalmente en grupos vulnerables, entre ellos se encuentran las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Se estima que 1.4 millones de personas viven con VIH en América Latina y que estos casos se concentran en población clave de mayor riesgo de exposición al VIH, como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), población transgénero, usuarios de drogas inyectables y trabajadores sexuales. Sin embargo, según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2014) cerca de 6,000 mujeres se infectan diariamente, y de ellas, 41% tiene entre 15 y 39 años. México es el tercer país más afectado en la región. Datos del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA, 2015) estiman que hay 220,000 personas con VIH, por lo que constituye uno de los principales desafíos para la salud pública en México.

En México, la prevalencia del VIH en mujeres ha ido en ascenso. A finales del 2014 existían 170 mil adultos que viven con el VIH, de los cuales 37,000 (21%) eran mujeres. Esto significa que, por cada cinco hombres, hay una mujer con el VIH. Dicha proporción creció de manera sostenida en los últimos años, ya que en 1990 solo el 13 % de las infecciones era en mujeres. En el año 2014, dos mil mujeres adquirieron el VIH en México, lo que representa el 22% de las nuevas infecciones a nivel nacional. Es por ello que el número de mujeres que viven con el VIH aumento más de seis veces, al ascender de seis mil a 37 mil mujeres durante el período de 1990 a 2014 (CENSIDA, 2015).

La incidencia del VIH es mayor en el grupo de mujeres de 18 a 40 años de edad en México, siendo las relaciones heterosexuales el modo de transmisión predominante en las nuevas infecciones con un 90.6%, es por ello que siete de cada diez mujeres que viven con el VIH lo adquieren de su pareja. En Nuevo León, se ha reportado que por cuatro hombres que viven con el VIH hay una mujer con el virus [4:1] (CENSIDA, 2014).

Según diversas organizaciones como el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2014) y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2013) el VIH es la principal causa de mortalidad y de enfermedad entre las mujeres en edad fértil, y aunque algunas fuentes consideran que la epidemia se ha estabilizado, ésta continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Durante más de una década, investigaciones de todo el mundo, han documentado que el riesgo al que están expuestas las mujeres se debe a la vulnerabilidad biológica, social y cultural (Dude, 2007; Dunkle et al., 2004; Minero, Ferrer, Cianelli, Bernales, & Cabieses, 2011; Mittal, Senn, & Carey, 2011; Lucea, Hindin, Kub, & Campbell, 2012; Weir, Bard, O'Brien, Casciato, & Stark, 2008).

Las mujeres son biológicamente más vulnerables a contraer infecciones de transmisión sexual incluido el VIH, debido a posibles lesiones genitales que pueden derivarse de las relaciones sexuales forzadas, las cuales pueden facilitar la transmisión de microorganismos ya que la mujer tiene una mayor superficie de mucosa expuesta a las secreciones sexuales de su pareja (Phillips, 2014; Seth, Raiford, Robinson, Wingood, & Diclemente, 2010). Además, los altos niveles de estrés y depresión debido a las relaciones sexuales forzadas y no deseadas, pueden causar la descompensación del sistema inmune permitiendo que las mujeres sean más susceptibles al VIH (Campbell, Baty, Ghandour, & Stockman, 2008; Spiwak, Afifi, Halli, Garcia-Moreno, & Sareen, 2013).

Por otro lado, la vulnerabilidad social y cultural son resultado de la cultura y de las diferencias de roles de género y de poder que existen en las relaciones hombre-mujer que en la actualidad se presentan en la población mexicana y latina (Instituto Mexicano de Sexología [IMS], 2014). Las vulnerabilidades antes mencionadas afectan en gran medida la salud de las mujeres y su capacidad para acercarse a los servicios de salud, negociar y practicar conductas sexuales seguras con su pareja, afectando de forma significativa la salud sexual de esta población (Swan & O'Connell, 2012; Weir et al., 2008).

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social relacionado con la sexualidad, el cual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (OMS, 2016). Influye especialmente en cinco aspectos: sexo seguro, sexo agradable e informado, sexo basado en la autoestima, perspectiva positiva de la sexualidad humana y respeto mutuo en las relaciones sexuales (Lottes, 2000). Dentro del ámbito de la salud sexual toman especial relevancia las conductas sexuales asertivas.

Una conducta sexual asertiva puede resumirse como un comportamiento mediante el cual una persona defiende sus derechos sexuales tomando decisiones acerca de su propia sexualidad sin agredir ni ser agredido, expresar lo que se desea hacer y lo que no, logrando su autoprotección ante una actividad sexual no deseada o insegura. La asertividad sexual (AS) se refiere a la capacidad de una persona para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, negociar las conductas sexuales deseadas, uso de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables (Morokoff et al., 1997).

Es preciso considerar que la AS es una parte importante dentro de la sexualidad de las personas, cuyas consecuencias repercuten más en mujeres que en hombres (Caruthers, 2005; Crowell, 2004; Stoner et al., 2008; Walker, 2006). Esto se debe, a que

las mujeres que no consiguen comunicar abiertamente a su pareja como desean cuidarse, lo que desean hacer y no en el encuentro sexual, se encuentran más expuestas a contraer infecciones de transmisión sexual entre ellas el VIH (Sierra, Santos, Gutiérrez-Quintanilla, Gómez, & Maeso, 2008). Según Rickert, Neal, Wiemann y Berenson (2006) una de cada cuatro mujeres sexualmente activas, informan baja AS.

A pesar de que el tema de la AS se ha abordado desde los años setenta y de que se reconoce su importancia en la sexualidad humana para evitar problemas de salud sexual como las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH, falta de autoprotección ante conductas sexuales de riesgo o relaciones sexuales no deseadas, falta de capacidad para negociar el uso del condón y funcionamiento sexual, se desconoce porque la mayoría de las mujeres reportan AS baja. Existen diversos factores que pueden estar influyendo sobre la AS de las mujeres, sin embargo, el tema es complejo y amplio por lo que se necesita profundizar en su abordaje.

Mediante la revisión de la literatura se encontró que existen diversos factores que afectan la conducta sexual asertiva, entre los que se encuentran, el número de parejas sexuales, edad, depresión, autoestima sexual, la educación, estado civil, religión, percepciones hacia el uso del condón, apoyo de la pareja para practicar sexo seguro y presencia de violencia en la relación de pareja (Apt & Hulbert, 1993; Auslander, Perfect, Succop, & Rosenthal, 2007; Corbin, Bernat, Calhoun, McNair, & Seals, 2001; Dolcini & Catania, 2000; Greene & Faulkner, 2005; Jacobs & Thmlison, 2009; Jenkins, 2008; King, Vidourek & Singh, 2014; Rickert, Sanghvi, & Wiemann, 2002; Rickert et al., 2006; Schooler & Ward, 2006; Weaver & Byers, 2006), sin embargo, no se ha encontrado un modelo que involucre todos estos factores para explicar la conducta sexual asertiva en mujeres. Existen algunos modelos que solo explican la parte social o relacionado a factores de funcionamiento sexual (Morokoff et al., 2009; Santos-Iglesias, Sierra, & Vallejo-Medina, 2013), pero no todo en conjunto lo que pudiera dar una idea más clara del fenómeno.

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender (2006), se considera apropiado para abordarse en el estudio debido a que se enfoca en la promoción de la salud de las personas, la cual es el proceso de permitir incrementar el control sobre su salud y mejorarla. La OMS (2014) recomienda que se deben de promover estilos de vida saludables especialmente en poblaciones en desventajas sociales, para prevenir muertes prematuras o bien enfermedades prevenibles. Este modelo considera diversos componentes desde la experiencia previa, factores personales biológicos, psicológicos, sociales y socioculturales, cogniciones e influencias interpersonales, que en conjunto pueden dar una idea holística de la conducta sexual asertiva en mujeres.

La literatura indagada muestra que el número de parejas sexuales que tienen las mujeres influye en su AS. Se ha reportado que las mujeres con baja AS tienen mayor número de parejas sexuales (Auslander et al., 2007), suelen tener más parejas con riesgo para el contagio por VIH, evitan pensamientos acerca de las ITS y tienen percepciones negativas hacia el uso del condón (Dolcini & Catania, 2000), sin embargo, otros autores mencionan que las mujeres con mayor número de parejas sexuales son más propensas a ser sexualmente asertivas (Jenkins, 2008; Rickert et al., 2006), careciendo de evidencia determinante.

Se encontró que la edad es un factor determinante ya sea positiva o negativamente dentro de la salud sexual de las mujeres. Rickert et al. (2002) encontraron que las mujeres mayores de 18 años tenían mayor probabilidad de presentar baja AS, repercutiendo en su salud sexual de forma significativa. Dentro de los factores psicológicos, la depresión es un factor importante que afecta principalmente la AS de las mujeres. Según Rickert et al. (2006), las mujeres con síntomas depresivos tienen más probabilidades de presentar baja AS que las mujeres sin síntomas depresivos. Por otro lado, Snell, Fisher y Walters (1993) señalan a la autoestima sexual como un factor psicológico que influye en la sexualidad de las mujeres, además de presentar una correlación positiva con la alta AS en las mujeres (Weaver & Byers, 2006).

En relación a los factores socioculturales, un bajo nivel de escolaridad puede dificultar la adquisición de estrategias de comunicación y negociación en las mujeres dentro del ámbito sexual, además los problemas económicos dificultan la autonomía necesaria para adoptar decisiones relacionadas con la salud sexual principalmente en relaciones de pareja (Greene & Faulkner, 2005; Hurlbert, 1991; Rickert et al., 2002). Otro factor que influye en la salud sexual de las mujeres es la religión, Schooler y Ward (2006) reportan que el compromiso a los valores, creencias y principios de la religión en las mujeres tiene una influencia negativa hacia la AS (Caruthers, 2005).

En la revisión de la literatura se indagó que, las mujeres poseen percepciones positivas o negativas para usar el condón en sus relaciones sexuales. Algunos beneficios percibidos para el uso del condón por las mujeres, es que lo consideran efectivo para la prevención del VIH y eficaz para la prevención de embarazos (King et al., 2014). Según Treffke, Tiggemnn y Ross (2010), las mujeres con alta AS tienen más percepciones positivas hacia el uso del condón. Mientras Rickert et al. (2002), reportaron percepciones negativas para el uso del condón en las mujeres. Estas barreras son, creencias negativas (señalaron que si lo solicitaran a su pareja harían que pensara que tuvieron relaciones con otra persona), desconocimiento de su utilidad, miedo a la pareja, vergüenza, menor sensibilidad, falta de confianza en su eficacia, incómodo y muestra de poca confianza con la pareja. También se encontró, que las mujeres con uso inconsistente de métodos de control de embarazo (uso del condón) y percepciones negativas hacia el mismo, reportan baja AS (Artz, Demand, Pulley, Posner, & Macaluso, 2002).

Otro elemento cognitivo es la autoeficacia para el uso del condón, según la evidencia empírica, las mujeres que no tienen capacidad para hacer uso del condón en sus relaciones sexuales, insisten menos sobre su uso, y presentan baja AS (Caruthers, 2005; Crowell, 2004; Stoner et al., 2008). En cuanto a las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas

promotoras de salud, cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos (Aristizabal, 2011).

Una influencia muy importante para la AS en las mujeres es su propia pareja. Aún en pleno siglo XXI, existen las creencias de que las relaciones sexuales deben ser influenciadas por el varón, creando en las mujeres una supresión de pensamientos y/o decisiones en cuanto a su vida sexual, que las lleva a aceptar prácticas sexuales no deseadas y de riesgo (Jacobs & Thmlison, 2009). En México aún existen familias que siguen con un marcado estereotipo tradicional, donde el hombre tiene influencia sobre la sexualidad de las mujeres y derecho a ejercer violencia sobre ellas (IMS, 2014). Se encontró que la violencia de pareja sobre la mujer es un factor importante que afecta a la salud sexual de esta población (Jewkes, 2013; Lucea et al., 2012). Una mujer que sufre algún tipo de violencia se ve limitada de forma importante para acercarse a los servicios de salud y a los programas de prevención incluido el de VIH (Swan & O'Connell, 2012; Weir et al., 2008). Sin embargo, la identificación de esta problemática depende de la percepción de la mujer, ya que en muchos casos las mujeres víctimas de algún tipo de violencia consideran ser merecedoras de las agresiones recibidas y esto se podría deber a la baja AS en ellas (Apt & Hulbert, 1993; Corbin et al., 2001).

En síntesis, estudios realizados en torno a la temática de interés muestran hallazgos interesantes sobre factores que influyen en la AS, cabe señalar, que la mayor parte de la literatura es de autores de países extranjeros que han abordado la problemática en contextos diferentes a México (Auslander et al., 2007; Caruthers, 2005; Dolci & Catania, 2000; Granados, Vallejo-Medina & Sierra, 2011; Jacobs & Thomlison, 2009; Jenkins, 2008; Rickert et al., 2002; Scholer & Ward, 2006; Weinstein, Walsh & Ward, 2008; Wingood, 2010; Zerubavel & Messman-Moore, 2013). En el caso de México, se han elaborado pocas investigaciones, algunas de ellas se han realizado sólo en adolescentes y de forma descriptiva, dejando de lado a otro tipo de población vulnerable (Honold, Alvarez-Gayou & Millán, 2009). Cabe señalar, que el fenómeno de



la AS es un tema que ha sido abordado por disciplinas como psicología, sexología y sociología. De tal manera, es relevante que el profesional de enfermería genere conocimientos mediante investigación científica, que expliquen la interacción de variables involucradas y que permitan predecir la conducta sexual asertiva en el colectivo de mujeres.

Para esto, es necesario dar abordaje al problema en forma integral, a través de un marco teórico idóneo que considere los factores antes descritos, en este sentido, el MPS proponen un marco flexible adaptándose para explorar fenómenos inherentes a la disciplina, considerando simultáneamente variables biológicas, psicológicas, socioculturales, cognitivas e interpersonales, por lo tanto, este modelo puede ser utilizado en el presente estudio para dar una idea más clara del fenómeno de interés. Hasta donde se investigó el MPS no ha sido utilizado para explicar la conducta sexual asertiva en las mujeres. Los resultados podrán ser útiles en la ciencia de enfermería para rediseñar estrategias integrales de prevención en torno a conductas sexuales asertivas en mujeres y con esto apoyar en la reducción del VIH en esta población, atendiendo a la necesidad de incluir la AS de forma específica (más que la asertividad general), en los programas educativos e intervenciones con población clave de mayor riesgo de exposición al VIH (Santos-Iglesias & Sierra, 2010).

De acuerdo con lo anterior, el propósito del presente estudio fue probar la relación de las variables, experiencia previa (parejas sexuales), factores personales biológicos (edad), psicológicos (depresión, autoestima sexual), socioculturales (escolaridad, estado civil y religión), cogniciones y afectos específicos de la conducta (beneficios y barreras percibidas para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, apoyo de pareja y violencia de pareja) que influyen sobre la conducta sexual asertiva.

## Marco Teórico

El MPS (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011), ofreció una guía para explorar los complejos procesos biopsicosociales que motivan al individuo a comprometerse con la adopción de conductas saludables. Proviene de diferentes teorías y modelos, como la del modelo de creencias en salud (Becker & Maiman, 1975) y la teoría cognitiva social de Albert Bandura (1977). Cabe resaltar que este modelo se ha utilizado en diversos fenómenos de estudio tales como la actividad física, la alimentación, el uso de protección auditiva, pacientes con cáncer, pacientes con enfermedades crónicas, entre otras (Pender et al., 2011).

El MPS está formado por nueve conceptos que se ubican dentro de las siguientes tres categorías, las cuales se relacionan hasta tener un resultado, es decir la conducta promotora de salud, 1) Características y experiencias individuales: conducta previa relacionada y factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales; 2) Cogniciones específicas de la conducta y afecto: beneficios percibidos de la acción, barreras percibidas de la acción, autoeficacia percibida, actividades relacionadas al afecto, influencias interpersonales e influencia situacional y 3) Resultado conductual: conducta de promoción de la salud (figura 1).

El modelo cuenta con catorce proposiciones teóricas:

1. La experiencia previa, lo heredado y las características adquiridas influyen las creencias, el afecto y la promulgación de la conducta promotora de salud.
2. Las personas comprometidas, adoptan conductas de las cuales ellos deriven personalmente beneficios anticipadamente.
3. La percepción de barreras pueden restringir el compromiso a la acción, actúa como mediador de la conducta.
4. Competencia percibida o autoeficacia a ejecutar una conducta dada incrementa la probabilidad de compromiso a la acción y a mejores resultados de la conducta actual.

5. Mayor autoeficacia percibida resulta en menores barreras percibidas a una conducta específica de salud.

6. Afecto positivo hacia una conducta resulta en una mayor autoeficacia percibida, el cual incrementa el afecto positivo.

7. Cuando las emociones positivas o afecto son asociados con una conducta la probabilidad de compromiso y acción se incrementan.

8. Las personas tienen más probabilidad de compromiso y adoptar conductas promotoras de salud, cuando otros modelos de conductas significantes suponen que la conducta ocurra y que la asistencia y el apoyo permitan la conducta.

9. Familias, pares, y personal de salud son importantes fuentes de influencia interpersonal y pueden incrementar o disminuir el compromiso y adaptación de conductas promotoras de salud.

10. Influencias situacionales y el ambiente externo pueden incrementar o disminuir el compromiso a la participación en conductas promotoras de salud.

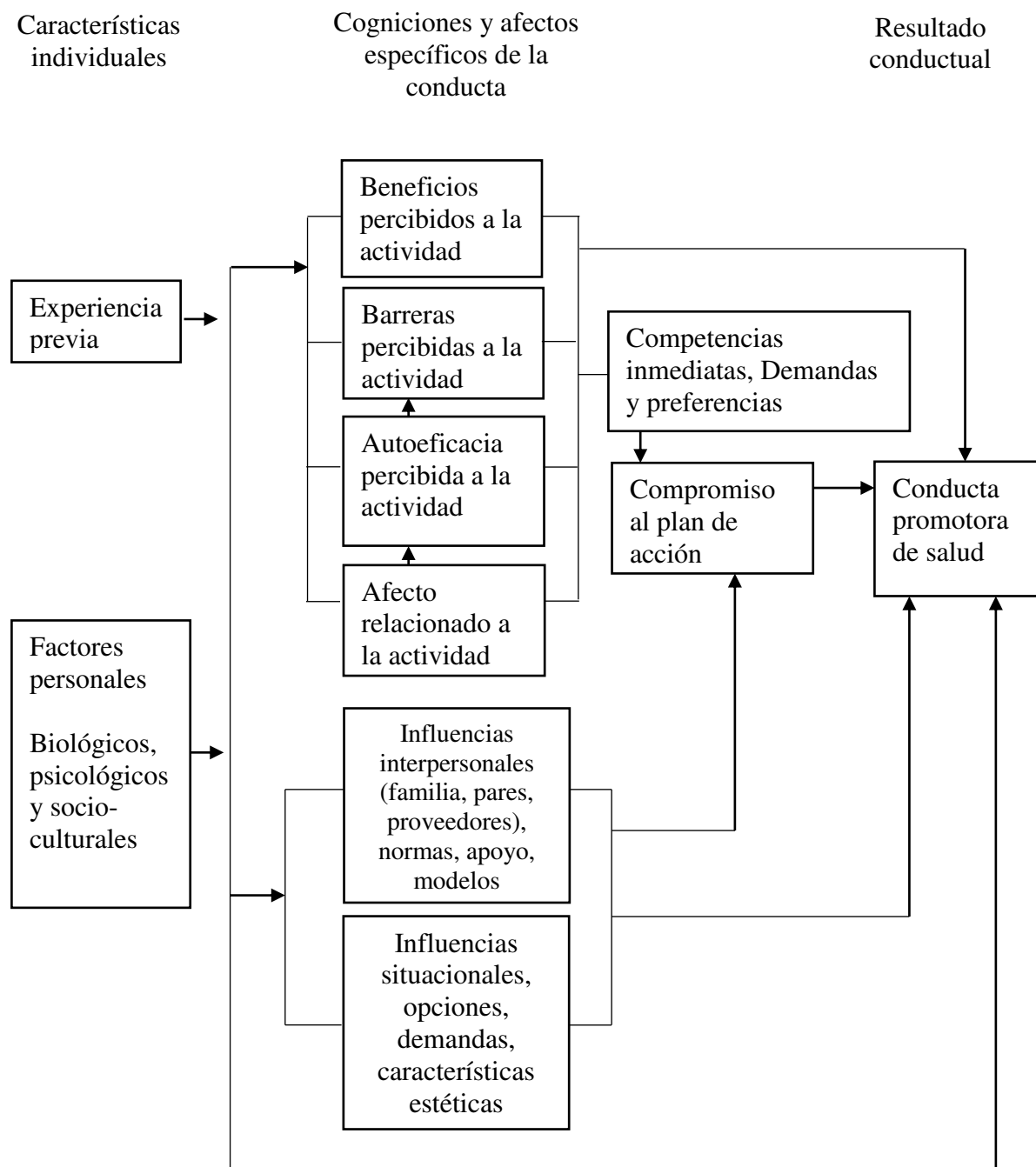
11. Un gran compromiso a un plan específico de acción incrementa la probabilidad que las conductas promotoras de salud sean duraderas.

12. Compromiso a un plan de acción tiene menos efecto en la conducta deseada cuando las demandas compiten sobre las cuales las personas tienen poco control y requieren atención inmediata.

13. Compromiso a un plan de acción tiene menos efecto en la conducta deseada, cuando otras acciones son más atractivas y preferidas que la conducta.

14. Las personas pueden modificar cogniciones, afecto y los ambientes físico e interpersonal y crear incentivos para la acción de salud.

**Figura 1.** Modelo de promoción de la salud (MPS) de Nola J. Pender



*Figura 1.* Relaciones entre variables propuestas por Pender, Murdaugh y Parsons 2011, a través del MPS, las cuales exploran factores bio-psico-sociales, cogniciones y afectos específicos de la conducta, que motivan al individuo a comprometerse con la adopción de conductas promotoras de salud.

### **Substracción teórica.**

Considerando el soporte teórico del presente estudio, se llevó a cabo la técnica de substracción a partir de la teoría de rango medio (MPS), para la cual se utilizaron los cuatro pasos propuestos por Dulock y Holzemer (1993). El primer paso, consistió en identificar y aislar los principales conceptos, en el segundo paso, se especificaron las relaciones entre estos, en el tercero paso, se ordenaron jerárquicamente los conceptos de acuerdo a su nivel de abstracción y en el cuarto paso, se ilustraron las relaciones actuales entre las variables.

En la figura 3, se muestra el modelo de substracción, el cual parte del sistema teórico, constructos del MPS y conceptos del modelo propuesto con sus correspondientes definiciones teóricas, las cuales se construyeron con apoyo de la literatura y finalmente el sistema operacional en el que se presentan los indicadores empíricos (Fawcett, 2013).

### ***Experiencia previa.***

La experiencia previa se refiere a conductas iguales o similares realizadas en el pasado, que afectan la conducta actual. Ajzen (1991), la define como acciones o reacciones en el pasado de cada persona, en respuesta a un estímulo externo. Estas acciones, en cuanto sean realizadas con mayor frecuencia, tienden a reforzar o declinar la conducta actual. Un elemento importante en la vida sexual de las mujeres son las parejas sexuales. Para fines de este estudio parejas sexuales se define como el número de parejas sexuales de la mujer a lo largo de su vida.

### ***Factores personales.***

Estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza. Pender et al. (2011) mencionan que pueden ser biológicos, psicológicos y socioculturales. Los factores biológicos, son características generales de la persona no modificables, en este modelo se incluye la edad, la cual para fines del estudio se refiere al número de años cumplidos de la mujer.

Los factores psicológicos son los procesos a nivel individual y sus interpretaciones a nivel psicológico que influyen en los estados mentales de las personas (Dumoy, 1999). Para el presente estudio se conformaron por los conceptos: depresión y autoestima sexual. La depresión, es un trastorno del estado de ánimo que trae consigo consecuencias negativas en la salud de la población, repercutiendo significativamente al funcionamiento social, afectivo, físico y conductual de quien la padece (Ritterband & Spielberger, 1996), afectando doblemente a mujeres que a hombres (Hankin, 2009). Según Agudelo (2009) para estudiar la depresión es necesario evaluar la frecuencia (rasgo) de síntomas depresivos en las personas, valorando así el componente afectivo de la depresión. Por lo anterior, para el presente estudio se consideró la depresión como la percepción de la frecuencia de síntomas depresivos de la mujer.

Otro factor personal psicológico es la autoestima sexual, la cual es la tendencia mental de una persona para autoevaluar su capacidad para relacionarse sexualmente con otras personas (Snell & Papini, 1989; Snell, Fisher, & Schuh, 2001). Esta autoevaluación se aprende de las interacciones con el contexto familiar, relaciones con los compañeros sexuales e historia sexual de las personas (Gaynor & Underwood, 1995). Varios estudios han demostrado sus implicaciones clínicas y su impacto en la salud sexual de las personas. En el caso de las mujeres, si esta evaluación es negativa, la dependencia hacia la pareja aumenta, implicando auto-rechazo, desprecio e insatisfacción en sus relaciones sexuales (Riggio, Galaz, Garcia, & Matthies, 2014). Es por ello que se consideró la autoestima sexual como la percepción de la mujer hacia su capacidad para relacionarse sexualmente con su pareja.

Los factores socioculturales los determina el entorno en el que un individuo vive; desde la familia, país y cultura, los cuales influyen directamente en la personalidad de los individuos y en los problemas de salud. Para el presente estudio se consideró la escolaridad, estado civil, religión. En relación a la escolaridad la investigación ha demostrado una asociación positiva entre la escolaridad y el bienestar en salud, es decir,

a medida que las personas tienen mayor escolaridad, tienen mejores condiciones de vida, mayor oportunidad laboral y mejores capacidades interpersonales (Wirt et al., 2004).

Para el presente estudio la escolaridad fueron los años de estudio de la mujer.

Por otro lado, el estado civil es la condición legal de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Se ha demostrado que la mayoría de las mujeres con una pareja formal, no le dan importancia a la práctica de conductas sexuales seguras con su pareja, es decir, es casi nula la posibilidad de proponer el uso del condón en sus relaciones sexuales, ya que suelen tener la seguridad de que su pareja es monógama. Para el presente estudio el estado civil fue la condición legal de la mujer en el orden social (soltera, casada, divorciada, viuda y unión libre).

La religión, es un fenómeno humano sumamente complejo que abarca y comprende toda una variedad de dimensiones y formas de vida, tanto individuales como colectivas. La religión es aprendida y compartida por los miembros de un determinado grupo, en definitiva, como parte de la cultura de cada persona (Brink, 1993). Se ha investigado su efecto positivo sobre la salud de las personas. La amplitud de la eficacia clínica de la religión se extiende desde el ámbito de la prevención, en cualquiera de sus fases a través de una más baja incidencia o gravedad respecto de algunas patologías como las enfermedades crónicas e incluso el cáncer, sin embargo en el ámbito sexual no ha tenido los mismos resultados (Valiente & García, 2010). Para el presente estudio, la religión fue medida a través de la frecuencia en que prohíbe la iglesia el uso del condón en las relaciones sexuales de las mujeres.

### ***Beneficios percibidos para la acción.***

Son las percepciones de las consecuencias positivas de llevar a cabo una conducta de salud (Pender et al., 2011). Cuando las mujeres perciben un mayor número de beneficios es más probable que realicen una conducta promotora que evite riesgos. Cuando las mujeres perciben que el uso del condón tiene beneficios, tienen más motivos

para exigir su uso. A partir de lo anterior, para el presente estudio, beneficios para el uso del condón, se define como las percepciones positivas de la mujer hacia el uso del condón en sus relaciones sexuales.

***Barreras percibidas para la acción.***

Barreras percibidas son las percepciones de los obstáculos, dificultades, y los costos personales de llevar a cabo una conducta de salud. Las personas que perciben obstáculos para realizar una conducta tienden a ejecutarla en menor probabilidad, tales barreras pueden ser reales o imaginarias (Pender et al., 2011). Las mujeres que suelen tener percepciones negativas hacia el uso del condón difícilmente intentan usarlo en sus relaciones sexuales (Artz et al., 2002). En este estudio se define a las barreras hacia el uso del condón, como las percepciones de los obstáculos y dificultades de la mujer hacia el uso del condón en sus relaciones sexuales.

***Autoeficacia percibida para la acción.***

Autoeficacia, es el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud (Pender, 2006). Bandura (1977), en su modelo de autoeficacia, la define como la confianza en la capacidad de sí mismo para llevar a cabo una tarea o lograr una meta determinada (Landy & Conte, 2005). Diversos estudios han demostrado que las personas con niveles altos de autoeficacia, tienen una mejor adaptación psicológica y social en sus situaciones particulares de vida (Díaz, 2005; Pérez-Jiménez, Santiago-Rivas, & Serrano-García, 2009). Asimismo, la autoeficacia motiva a las mujeres a realizar comportamientos saludables y este puede afectar indirectamente a las barreras percibidas. Las mujeres realizan juicios acerca de su capacidad de usar métodos anticonceptivos, sin embargo, esto gira en torno a la prevención de embarazos no deseados, dejando de lado la importancia de la protección contra infecciones de transmisión sexual. Es por ello que la autoeficacia para el uso del condón en el presente estudio, se definió como la capacidad percibida de la mujer para el uso del condón en sus relaciones sexuales.



### ***Influencias interpersonales.***

Las influencias interpersonales son cogniciones referentes a las conductas, creencias o actitudes de otros, que pueden o no corresponder con la realidad y que influyen en la conducta de la persona. Las fuentes primarias de la influencia interpersonal para una conducta promotora de salud son la familia, la pareja y profesionales de la salud. Los trabajos de Cassel (1976) y Cobb (1976), dieron origen a la idea de que la relación de apoyo de la pareja y familia juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés. Sin embargo, este apoyo en muchos momentos es escaso, frustrante e inadecuado, en temas relacionados con la sexualidad. Para el presente estudio sólo se consideró el apoyo de pareja como un elemento primordial de las relaciones de apoyo de las mujeres. Para el estudio, apoyo de pareja se definió como el apoyo percibido de la mujer por parte de su pareja para practicar el sexo seguro.

Por otro lado, las mujeres dentro de una relación de pareja en la que se vive algún tipo de violencia (psicológica, económica, física y sexual), son afectadas principalmente en su salud física y mental (Almeras, Bravo, Milosavljevic, Montaña, & Nieves, 2013). En general, una gran parte de las mujeres que viven dentro de esta situación, permanecen en esta relación sin pensar en el gran problema que les va a traer esa decisión o bien no se percatan de que están siendo víctimas de algún tipo de violencia. La violencia de pareja, es una situación interpersonal que afecta la salud sexual y se asocia con un aumento de las conductas de riesgo para el VIH/sida en las mujeres (Dude, 2007; Jewkes, 2013). Es por ello que para el presente estudio se consideró la violencia de pareja como el maltrato que recibe la mujer por parte de su pareja masculina caracterizado por empujones, golpes, amenazas y/o heridas de armas de fuego o punzocortantes, intimidación, humillaciones verbales y forzar física o emocionalmente a su pareja para tener relaciones sexuales.

### ***Conducta de salud.***

Es el bloque final del modelo que consta de la conducta promotora de salud. Esta conducta se destina hacia el logro de los resultados de salud positivos en el individuo. Sin embargo, para el presente estudio debido al tipo de fenómeno que es relacionado con la sexualidad, se consideró sólo la conducta de salud, ya que Pender et al. (2011) no consideran si la conducta será beneficiosa o perjudicial para la salud de los individuos. Dentro del ámbito de la salud sexual, se encuentran las conductas sexuales asertivas, las cuales se encuentran determinadas por diversos factores para lograr tomar decisiones favorables en las relaciones sexuales, expresando lo que se desea hacer y lo que no, logrando autoprotección ante una actividad sexual no deseada o insegura. Para fines del estudio, la conducta sexual asertiva, fue definida como la capacidad de la mujer para iniciar actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, negociar conductas sexuales deseadas y uso del condón en sus relaciones sexuales.

### **Modelo de conducta sexual asertiva en mujeres (MCOSEAS).**

Este modelo se construyó a partir del Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender et al. (2011). El MCOSEAS (figura 2) propone una serie de conceptos y sus relaciones que intentan explicar la conducta sexual asertiva, considerando aspectos de tipo personal, cogniciones e interpersonales. El modelo presentado parte de las tres categorías propuestas (Pender, 2006):

#### 1. Características individuales:

Parejas sexuales: Número de parejas sexuales de la mujer a lo largo de su vida.

Edad: Número de años cumplidos reportados por la mujer.

Depresión: Percepción de la frecuencia de síntomas depresivos de la mujer.

Autoestima sexual: Percepción de la mujer hacia su capacidad para relacionarse sexualmente con su pareja sexual.

Escolaridad: Años de estudio de la mujer.

Estado civil: Condición legal de la mujer en el orden social (casada, divorciada, soltera, viuda, unión libre).

Religión: Frecuencia en que prohíbe la iglesia el uso del condón en las relaciones sexuales de las mujeres.

## 2. Cogniciones y afectos específicos de la conducta:

Beneficios para el uso del condón: Percepciones positivas de la mujer hacia el uso del condón en sus relaciones sexuales.

Barreras para el uso del condón: Percepciones de los obstáculos y dificultades de la mujer hacia el uso del condón en sus relaciones sexuales.

Autoeficacia para el uso del condón: Capacidad percibida de la mujer para el uso del condón en sus relaciones sexuales.

Apoyo de pareja: Es el apoyo percibido de la mujer por parte de su pareja para practicar el sexo seguro.

Violencia de pareja: Presencia o ausencia de maltrato que recibe la mujer por parte de su pareja masculina caracterizado por empujones, golpes, amenazas y/o heridas de armas de fuego o punzocortantes, intimidación, humillaciones verbales y forzar física o emocionalmente a su pareja para tener relaciones sexuales

## 3. Resultado conductual:

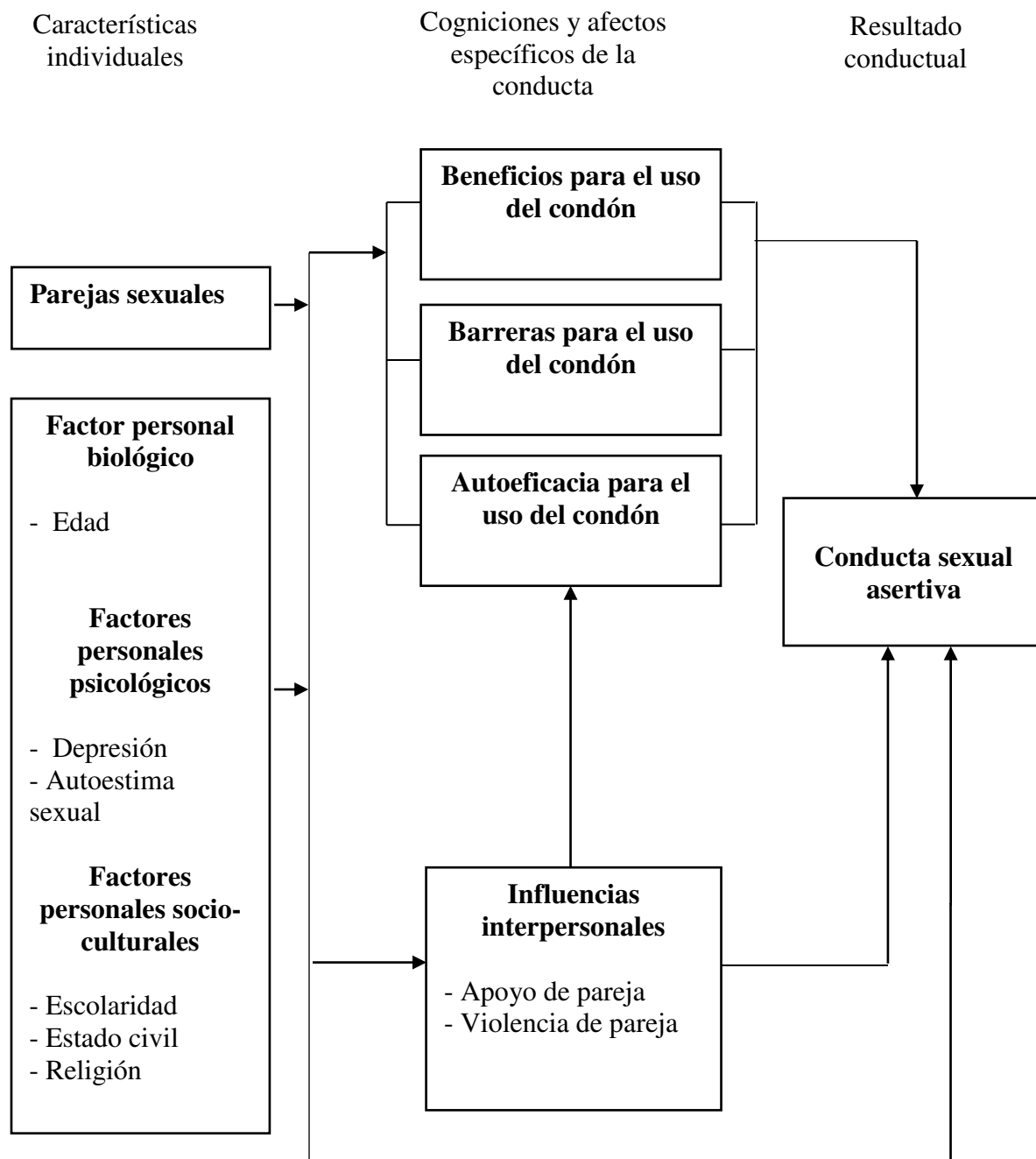
Conducta sexual asertiva: Capacidad de la mujer para iniciar actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, negociar conductas sexuales deseadas y uso del condón en sus relaciones sexuales.

El MCOSEAS parte de las siguientes proposiciones:

1. El número de parejas sexuales influye en la conducta sexual asertiva.
2. La edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión influyen en la conducta sexual asertiva.
3. La edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón.

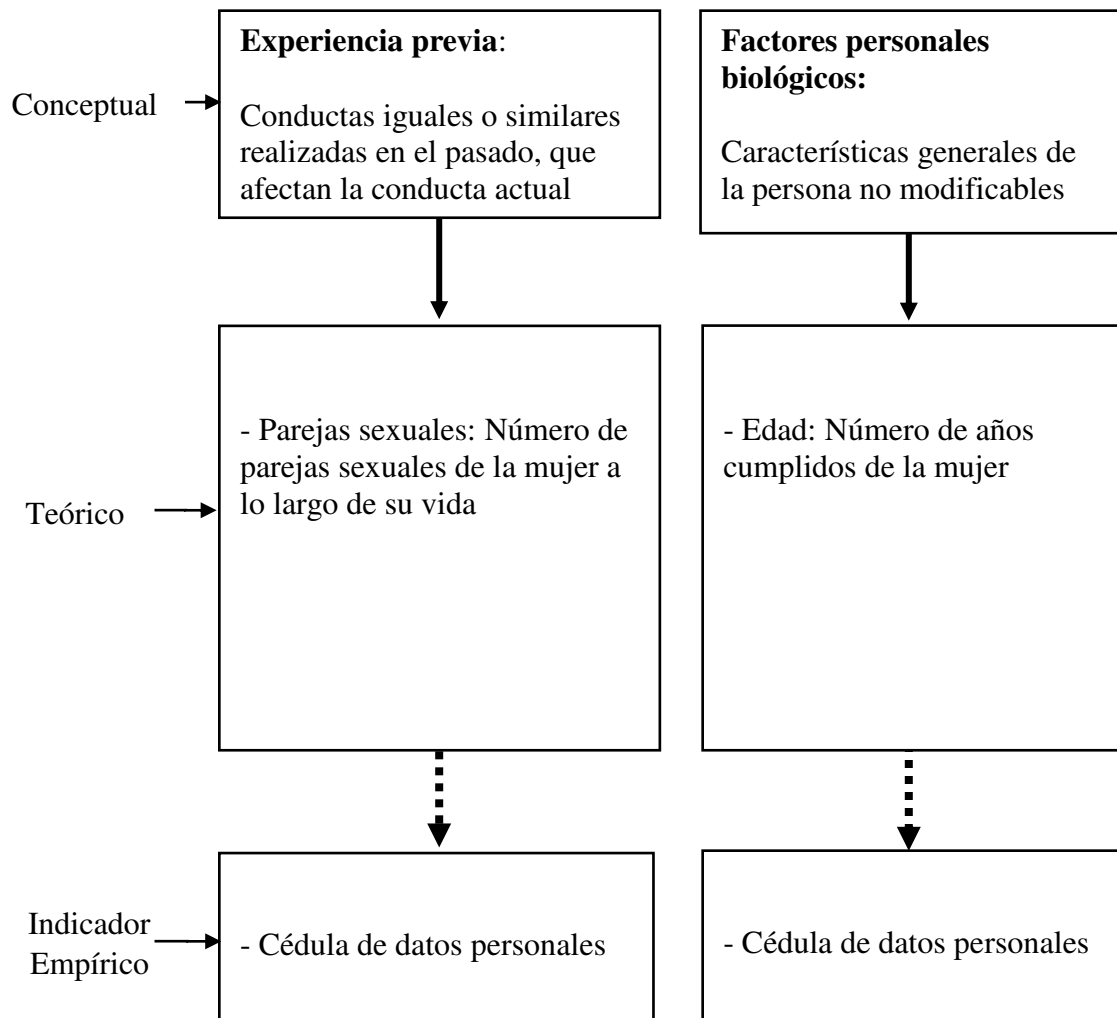
4. La edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión influyen sobre el apoyo de pareja y violencia de pareja.
5. El apoyo de pareja y violencia de pareja influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón.
6. Los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón influyen en la conducta sexual asertiva.
7. El apoyo de pareja y violencia de pareja influyen en la conducta sexual asertiva.

**Figura 2.** Modelo de conducta sexual asertiva en mujeres (MCOSEAS)



*Figura 2.* Esquema de relaciones entre las variables del Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Mujeres.

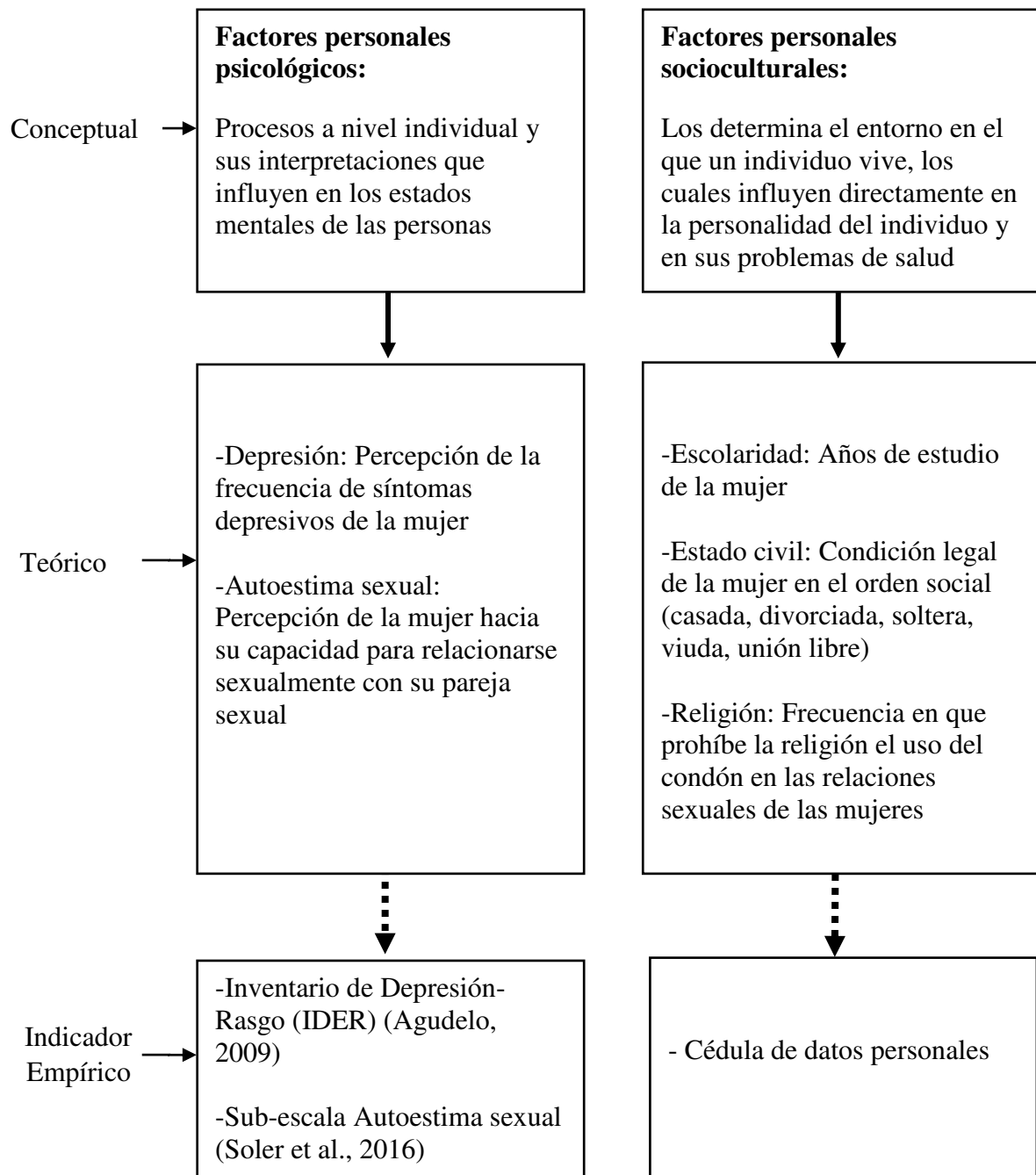
**Figura 3.** Substracción teórica



*Figura 3.* Estructura de los pasos para la substracción teórica, la cual se formó a través de los conceptos del MPS, conceptos del modelo propuesto (MCOSEAS) con sus definiciones teóricas e indicadores empíricos.

(continúa)

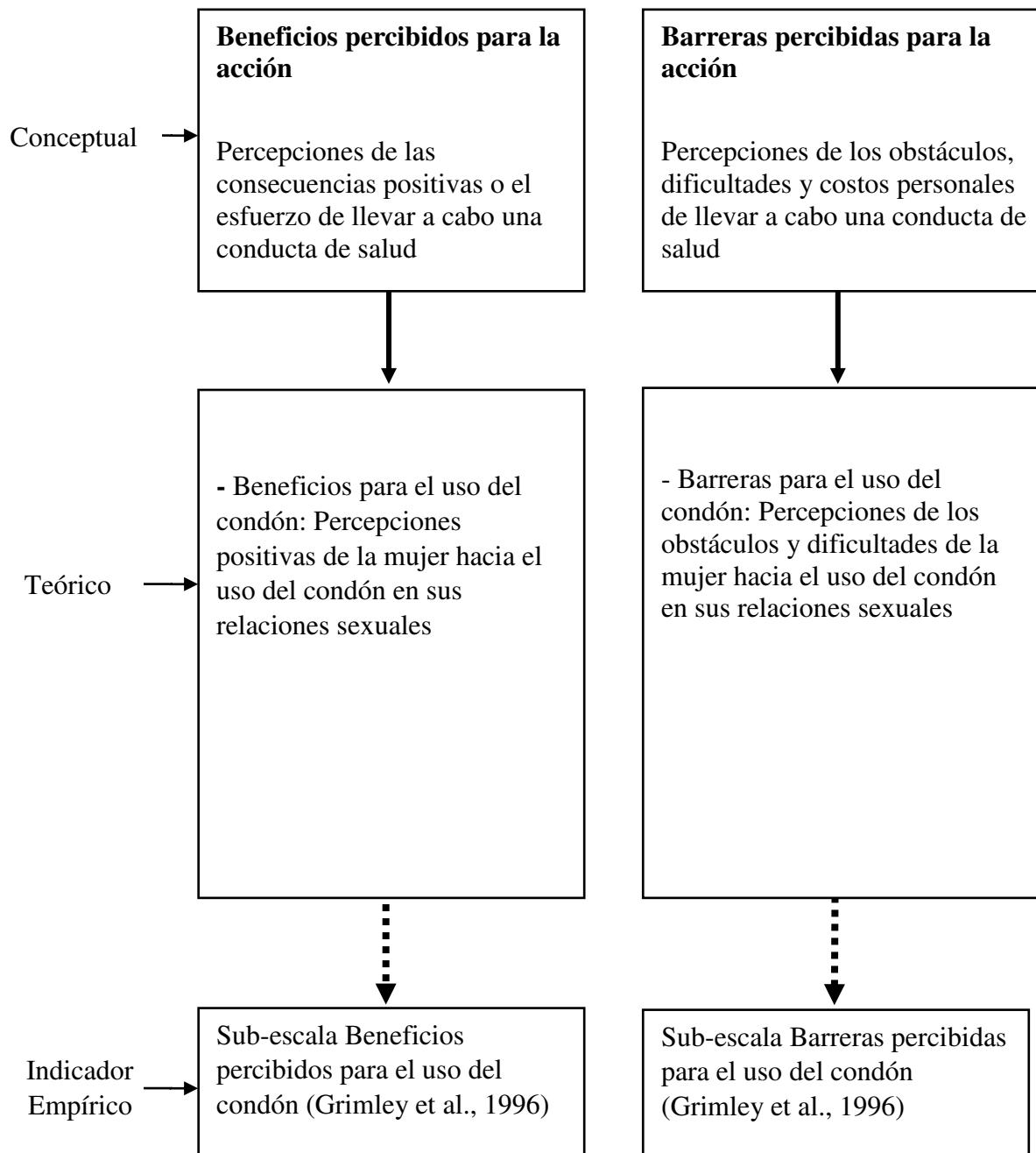
**Figura 3.** Substracción teórica (continuación)



*Figura 3.* Estructura de los pasos para la substracción teórica, la cual se formó a través de los conceptos del MPS, conceptos del modelo propuesto (MCOSEAS) con sus definiciones teóricas e indicadores empíricos.

(continúa)

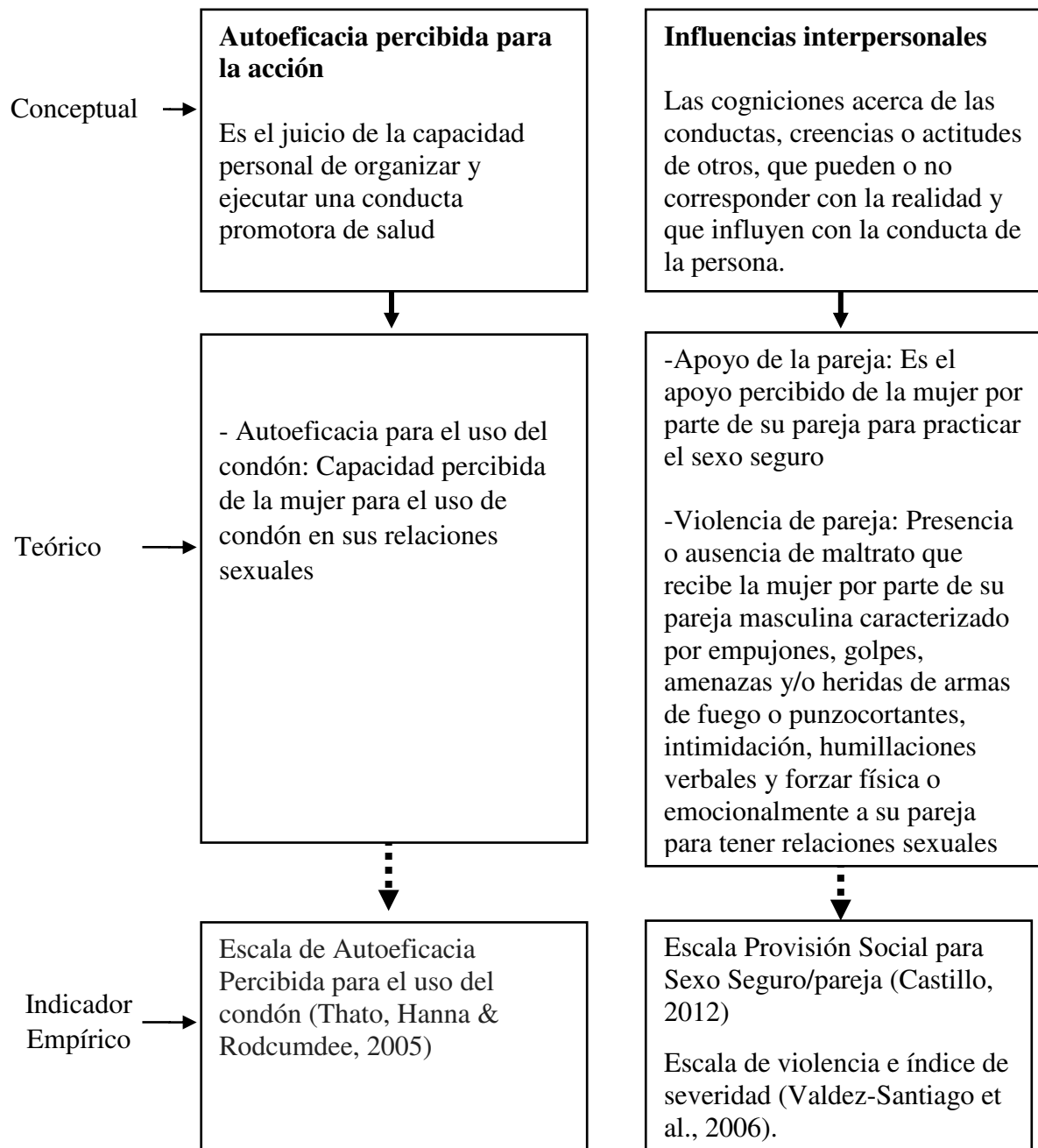
**Figura 3.** Substracción teórica (continuación)



*Figura 3.* Estructura de los pasos para la substracción teórica, la cual se formó a través de los conceptos del MPS, conceptos del modelo propuesto (MCOSEAS) con sus definiciones teóricas e indicadores empíricos.

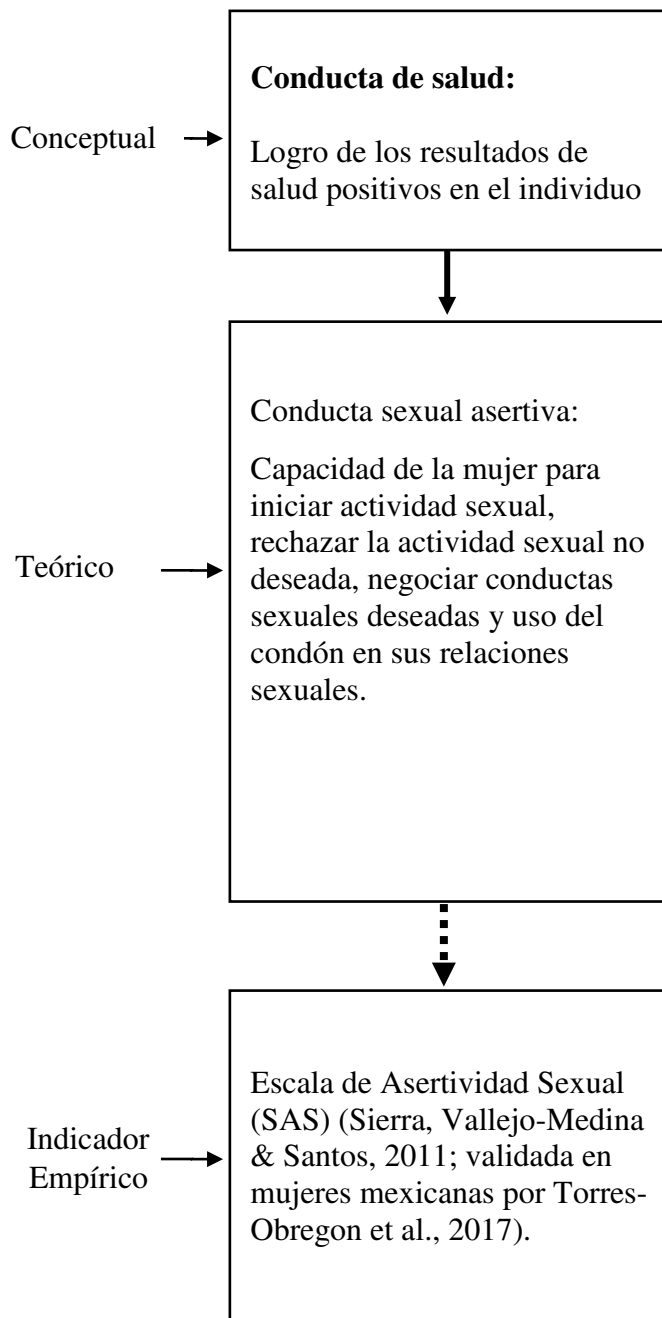
(continúa)



**Figura 3.** Substracción teórica (continuación)

*Figura 3.* Estructura de los pasos para la substracción teórica, la cual se formó a través de los conceptos del MPS, conceptos del modelo propuesto (MCOSEAS) con sus definiciones teóricas e indicadores empíricos.

(continúa)

**Figura 3.** Substracción teórica (continuación)

*Figura 3.* Estructura de los pasos para la substracción teórica, la cual se formó a través de los conceptos del MPS, conceptos del modelo propuesto (MCOSEAS) con sus definiciones teóricas e indicadores empíricos.

## Estudios Relacionados

A continuación se presentan los estudios de investigación relacionados con las variables de interés.

### **Parejas sexuales.**

Rickert et al. (2002) tuvieron el objetivo de examinar cómo la asertividad sexual varía en función de las características demográficas de las mujeres, los comportamientos de salud sexual e historia de violencia. La muestra estuvo constituida por 904 mujeres sexualmente activas. De los factores relacionados con la historia sexual y reproductiva de la mujer, el número de parejas sexuales emergió como el predictor más consistente de asertividad sexual, las mujeres que habían tenido sólo una o dos parejas, tenían menos probabilidad de presentar AS alta, comparada con las que habían tenido seis o más ( $OR = 1.73$ ,  $IC\ 95\% [0.91, 2.10]$ ,  $p < .001$ ).

Auslander et al. (2007) se plantearon el objetivo de describir la percepción de la asertividad sexual en adolescentes y examinar la relación de las percepciones con las variables de desarrollo e interpersonales. La muestra fue de 106 adolescentes mujeres de las universidades locales. Reportaron que el número de parejas sexuales se relaciona negativa y significativamente con la asertividad sexual ( $r = -.36$ ,  $p < .001$ ).

Rickert et al. (2006) examinaron la prevalencia y los predictores de baja AS entre las mujeres sexualmente activas a través de tres grupos de edad (14-17 años, 18-21 años, y 22 a 26 años), el estudio fue hecho en 904 mujeres blancas, negras y mexicana-estadounidenses que acuden a clínicas de planificación familiar. En el grupo de 18 a 21 años edad, la baja AS estuvo relacionada con tener menor o igual a tres parejas sexuales ( $OR = 1.81$ ,  $IC\ 95\% [0.80, 2.21]$ ,  $p < .05$ ).

Jenkins (2008) en su estudio examinó las características de AS de las mujeres adultas que asisten a la universidad, el estudio lo realizó en 111 mujeres, encontró que las mujeres que no han tenido pareja manifiestan menos AS de rechazo que las que han tenido pareja ( $F_{[1,109]} = 2.80$ ,  $p < .05$ ).

**Edad.**

Rickert et al. (2006) examinaron la prevalencia y los predictores de baja asertividad sexual (AS) entre las mujeres sexualmente activas a través de tres grupos de edad (14-17, 18-21 y 22 a 26 años), el estudio fue hecho en 904 mujeres blancas, negras y mexicano-estadounidenses que acuden a clínicas de planificación familiar. Encontraron que el grupo de edad que presentó niveles más bajos de AS fue el grupo de edad de 22 a 26 años y que las mujeres de 18 a 21 años de edad tenían mayores probabilidades que las mujeres mayores de presentar niveles más altos de AS ( $OR = 1.79$ ,  $IC\ 95\% [0.62, 2.01]$ ,  $p < .001$ ).

Caruthers (2005) en su estudio realizado en mujeres de 18 a 35 años, estableció analizar los contextos de desarrollo normativo sexual. La muestra fue de 520 mujeres de la comunidad. Encontró una correlación positiva y significativa entre la AS y la edad de las participantes ( $r = .174$ ,  $p < .05$ ).

Jacobs y Thomlison (2009) en su estudio que tuvo como objetivo explorar la contribución de los factores psicosociales en los comportamientos sexuales en mujeres de mediana edad y mujeres mayores ( $n = 572$ ) que acudían a un centro de salud. Dentro de sus variables, incluyeron la AS, la cual no presentó correlación con la edad ( $r = -.041$ ,  $p = .84$ ) en esta población.

Rickert et al. (2002) con el objetivo de examinar cómo la asertividad sexual varía en función de las características demográficas, los comportamientos de salud sexual e historia de violencia de mujeres entre 14 y 26 años de edad que acudían a clínicas de planificación familiar, la muestra estuvo constituida por 904 mujeres sexualmente activas. Encontraron que las mujeres en un rango de 18 a 26 años de edad tenían mayores probabilidades que las mujeres mayores de presentar puntuaciones bajas de AS ( $OR = 1.66$ ,  $IC\ 95\% [1.02, 2.71]$ ,  $p < .05$ ).

### **Depresión.**

Rickert et al. (2006) examinaron la prevalencia y los predictores de baja asertividad sexual (AS) entre las mujeres sexualmente activas a través de tres grupos de edad (14-17, 18-21 y 22-26 años), el estudio fue hecho en 904 mujeres blancas, negras y mexicano-estadounidenses que acuden a clínicas de planificación familiar. Encontraron que las mujeres con síntomas depresivos (moderados o graves) tienen más probabilidad de presentar baja AS ( $OR = 3.0$ ,  $IC\ 95\% [1.45, 4.12]$ ,  $p < .05$ ).

Granados et al. (2011) examinaron la relación de la ansiedad y la depresión con la asertividad sexual expresada como inicio y rechazo de la actividad sexual y prevención del embarazo e ITS, en 264 mujeres de entre 18 y 51 años de edad. Reportaron que en las mujeres existe una asociación negativa y significativa entre la depresión y la AS inicio ( $r = -.33$ ,  $p < .001$ ), rechazo ( $r = -.19$ ,  $p < .001$ ) y prevención de embarazos/ ETS, ( $r = -.15$ ,  $p < .05$ ).

### **Autoestima sexual.**

Jacobs y Thomlison (2009) realizaron un estudio con el objetivo de explorar la relación de los factores psicosociales en los comportamientos sexuales en mujeres de mediana edad y mujeres mayores, con una muestra basada en la comunidad ( $n = 572$ ). Obtuvieron que la autoestima sexual se relaciona positiva y significativamente con la AS en las mujeres de mediana edad ( $r = .322$ ,  $p < .001$ ).

Scholer y Ward (2006), exploraron las actitudes hacia el cuerpo de las mujeres y su relación con medios de comunicación y la sexualidad en hombres y mujeres, con 184 participantes que acuden a un centro de salud. Encontraron que el confort con el propio cuerpo en el contexto sexual (autoestima sexual) es un predictor significativo de la AS ( $\beta = 0.16$ ,  $p < .05$ ).

Yamamiya, Cash y Thompson (2006) en su estudio con 384 mujeres universitarias examinaron si la imagen corporal contextual influye en la relación entre la insatisfacción corporal y la asertividad sexual. Reportaron que las mujeres con mayor

preocupación por la imagen corporal ( $r = - 0.20, p < .001$ ) y por la apariencia corporal en situaciones sexuales ( $r = - 0.37, p < .001$ ) muestran menor AS.

### **Escolaridad.**

Rickert et al. (2006) examinaron la prevalencia y los predictores de baja AS entre las mujeres sexualmente activas a través de tres grupos de edad (14-17, 18-21 y 22-26 años), el estudio fue hecho en 904 mujeres blancas, negras y mexicano-estadounidenses que acuden a clínicas de planificación familiar. En el grupo de 22 a 26 años edad, las participantes que revelaron no haber concluido estudios de secundaria tenían más probabilidad de tener baja AS en comparación con las mujeres que reportaron mayor nivel de escolaridad ( $OR = 2.14, IC\ 95\% [0.89, 2.94], p < .001$ ).

Rickert et al. (2002) con el objetivo de examinar cómo la asertividad sexual varía en función de las características demográficas de las mujeres, los comportamientos de salud sexual e historia de violencia. La muestra estuvo constituida por 904 mujeres sexualmente activas. Encontraron que las mujeres con mayor grado de estudios tenían más probabilidad de indicar que pueden dejar de practicar un juego sexual que no desean o negar relaciones sexuales a una pareja y además perciben mayores beneficios hacia conductas sexuales seguras (uso del condón), en comparación con las mujeres de menor grado de escolaridad ( $OR = 1.8, IC\ 95\% [0.75, 2.53], p < .05$ ).

### **Estado civil.**

Caruthers (2005) en su estudio estableció el objetivo de analizar los contextos de desarrollo normativo sexual de las mujeres ( $n = 520$ ), realizado en la comunidad. Encontró que las mujeres en relaciones de pareja ocasional muestran bajos niveles de AS respecto a las de relaciones estables ( $U = 3992, p < .05$ ).

Rickert et al. (2006) examinaron la prevalencia y los predictores de baja AS entre las mujeres sexualmente activas a través de tres grupos de edad (14-17 años, 18-21 años, y 22 a 26 años), el estudio fue hecho en 904 mujeres blancas, negras y mexicana-estadounidenses que acuden a clínicas de planificación familiar. En el grupo de 18 a 21

años de edad, la baja AS estuvo relacionada con la creencia de que su pareja es monógama ( $OR = 2.6$ ,  $IC\ 95\%$  [1.12, 3.15],  $p < .05$ ), estar casada o viviendo con una pareja masculina ( $OR = 2.1$ ,  $IC\ 95\%$  [1.08, 2.65],  $p < .001$ ).

Parks, Hsieh, Collins, King, & Levonyan-Radloff (2009) realizaron su estudio con el objetivo de evaluar los índices de comportamiento sexual de riesgo en las mujeres que asisten a un bar, así como la diferencia en los factores predictivos de comportamientos sexual de riesgo, en función con el tipo de relación. Obtuvieron que las mujeres con pareja formal reportaron mayores relaciones sexuales de riesgo (disminución del uso del condón), en comparación con las mujeres con parejas casuales ( $t = 19.16$ ,  $gl = 240$ ,  $p < .001$ ). Asimismo, la asertividad sexual baja en la sub-escala de prevención de las ITS/embarazo fue un predictor significativo de la conducta sexual de riesgo con una pareja estable.

### **Religión.**

Scholer y Ward (2006) se plantearon el objetivo de explorar las actitudes hacia el cuerpo y su relación con los medios de comunicación, organismos de bienes y la sexualidad en hombres y mujeres que acuden a un centro de salud. La muestra estuvo constituida por 184 participantes. Encontraron que la religiosidad de las participantes (mujeres) se relacionó negativa y significativamente con la AS ( $r = - .24$ ,  $p < .001$ ).

Caruthers (2005) se propuso el objetivo de analizar los contextos de desarrollo normativo sexual de las mujeres, con una muestra de 520 mujeres de la comunidad. Encontró una correlación negativa y significativa entre la religiosidad con AS de las participantes ( $r = - .20$ ,  $p < .05$ ).

### **Beneficios para el uso del condón.**

Treffke et al. (2010) estudiaron las relaciones entre las actitudes, la asertividad sexual y el uso real de los preservativos como medio de prevención de las infecciones de transmisión sexual. La muestra fue de 83 hombres y 128 mujeres de la comunidad.

Encontraron que las actitudes positivas hacia el uso del condón correlacionan de forma positiva con la asertividad sexual en las mujeres ( $r = .39, p < .001$ ).

Weinstein et al. (2008) se plantearon el objetivo de explorar la relación entre el conocimiento de la salud sexual, cobertura de educación sexual y comunicación sexual. Su muestra fue de 347 varones y mujeres universitarias. Obtuvieron que mayor conocimiento sobre contracepción, beneficios al uso del condón y el conocimiento sobre ITS y VIH/sida, se relacionan de forma positiva con mayor confianza en los condones ( $r = .23, p < .001$ ) y con asertividad sexual ( $r = .31, p < .001$ ) sólo en la población femenina del estudio.

### **Barreras para el uso del condón.**

Artz et al. (2002) realizaron un estudio cuasi-experimental con 1159 mujeres de una clínica. El objetivo fue identificar predictores del uso del condón, utilizando un modelo anatómico de pene. Durante la intervención, se les pedía a las mujeres que realizaran la práctica de colocar el condón en el modelo de pene. Las mujeres en este estudio que se negaron a la práctica de colocar el condón en el modelo de pene, tenían mayor antipatía (creencias negativas, desconocimiento de su utilidad, falta de confianza en su eficacia, miedo a la pareja, incomodo, vergüenza) al uso del condón en su relación sexual ( $OR = 1.7, IC\ 95\% [0.58, 2.25], p < .05$ ), así como también tenían más probabilidad de tener menores niveles de AS ( $OR = 2.3, IC\ 95\% [0.61, 2.96], p < .001$ ), en comparación con las mujeres que no tuvieron dificultades en colocar el condón en el modelo de pene.

Rickert et al. (2006) se propusieron describir los predictores de baja AS entre las mujeres sexualmente activas, el estudio fue hecho en 904 mujeres que acudían a clínicas de planificación familiar. Se encontró que las mujeres con baja AS ( $n = 416$ ) informaron del uso inconsistente de mecanismos de control de embarazo (uso del condón)



(35%) y actitudes negativas hacia el mismo (45%), cabe señalar que esas actitudes negativas fueron: miedo a la pareja, vergüenza al comprarlos y muestra de desconfianza a su pareja.

### **Autoeficacia para el uso del condón.**

Wingood (2010) examinó las correlaciones entre el género y los predictores del uso consistente del condón entre las mujeres afroamericanas, y en prospectiva evaluó la estabilidad de estas variables para predecir el uso del mismo a los tres meses de seguimiento en una muestra de 128 mujeres de 18 a 29 años de edad. En ellas se completó una entrevista inicial y otra de seguimiento tres meses más tarde ( $n = 100$ ). Encontró que las mujeres que usaban condones consistentemente eran más propensas a reportar autoeficacia para el uso del condón ( $OR = 7.6$ ,  $IC\ 95\% [5.76, 8.27]$ ,  $p < .05$ ), perciben tener control sobre el uso del preservativo de sus parejas ( $OR = 6.6$ ,  $IC\ 95\% [5.19, 7.85]$ ,  $p < .05$ ), en comparación con las mujeres que tenían uso inconsistente del condón.

Zamboni, Crawford y Williams (2000) analizaron la asertividad en contextos generales y sexuales, se examinó la capacidad diferencial de cada constructo para predecir el uso del condón reportado en 450 mujeres universitarias. Se encontró que la capacidad de autoeficacia para el uso del condón en las relaciones sexuales es mejor predictor para la asertividad sexual ( $\beta = .14$ ,  $p < .05$ ).

### **Apoyo de pareja.**

Noar, Morokoff y Redding (2002) evaluaron la AS en hombres y mujeres heterosexuales con vida sexual activa en una muestra de 272 participantes. Se reportó que las mujeres que presentaban nivel bajo de comunicación y apoyo de su pareja, reportaron menores grados de AS ( $t = -3.418$ ,  $gl = 118$ ,  $p < .001$ ), una ideología del rol sexual más tradicional ( $t = 9.243$ ,  $gl = 118$ ,  $p < .001$ ), mayor insatisfacción sexual ( $t = 2.013$ ,  $gl = 118$ ,  $p < .05$ ) y disposición más negativa respecto al sexo

( $t = -1.923$ ,  $gl = 118$ ,  $p < .05$ ), que el de las mujeres que reportaron buena comunicación y apoyo por parte de su pareja. Además, las mujeres maltratadas dentro de una relación demostraron niveles estadísticamente inferiores en el apoyo de su pareja ( $t = -2.116$ ,  $gl = 118$ ,  $p < .05$ ), en comparación con las mujeres no maltratadas.

Dolcini y Catania (2000) examinaron los factores interpersonales como características de la relación en la pareja, regulación sexual, asertividad sexual e iniciación sexual, en una muestra de 209 mujeres. Encontraron que las mujeres con pareja de riesgo mostraron más baja AS que las mujeres con pareja sin riesgo ( $t = 7.06$  [371.40],  $p < .001$ ), además reportaron que las mujeres con parejas de riesgo tienen menos probabilidad de ser capaces de evitar avances sexuales no deseados ( $OR = 0.85$ ,  $IC\ 95\% [0.23, 1.81]$ ,  $p < .05$ ) que las mujeres con pareja sin riesgo.

Greene y Faulkner (2005) propusieron el objetivo de analizar la relación entre las actitudes hacia el género, la sexualidad y la charla sexual con la AS en las relaciones de pareja heterosexuales. La muestra fue de 698 parejas, reclutados en una Universidad pública y en comunidad. Encontraron que el apoyo de la pareja se relaciona de forma positiva con la AS ( $r = .10$ ,  $p < .001$ ).

### **Violencia de pareja.**

Rickert et al. (2006) examinaron la prevalencia y los predictores de baja AS entre las mujeres sexualmente activas a través de tres grupos de edad (14-17, 18-21 y 22-26 años), el estudio fue hecho en 904 mujeres blancas, negras y mexicano-estadounidenses que acuden a clínicas de planificación familiar. En el grupo de 18 a 21 años edad, las mujeres que reportaron contactos sexuales forzados en los últimos 12 meses ( $OR = 5.2$ ,  $IC\ 95\% [3.89, 6.76]$ ,  $p < .05$ ) tenían más probabilidad de presentar baja AS en comparación con las que no tuvieron este tipo de experiencia. Asimismo, las que reportaron antecedentes de abuso físico por parte de su pareja, tenían más probabilidad

( $OR = 2.5$ ,  $IC\ 95\%$  [1.09, 3.81],  $p < .05$ ) de tener baja AS, comparadas con las que no sufrieron abuso físico. En el grupo de 22 a 26 años, la violencia de pareja predijo la baja AS ( $OR = 2.8$ ,  $IC\ 95\%$  [0.98, 3.19],  $p < .05$ ).

Stoner et al. (2008) plantearon el objetivo de examinar las relaciones entre la victimización en la edad adulta, la asertividad sexual y la intoxicación por el alcohol por medio de un estudio experimental con 161 mujeres. Encontraron una relación negativa y significativa entre AS y la agresión sexual ( $r = -.33$ ,  $p < .05$ ) y con violencia en la pareja ( $r = -.28$ ,  $p < .05$ ).

Zerubavel y Messman-Moore (2013), examinaron la victimización sexual y dos barreras (miedo a la impotencia sexual y desregulación cognitiva emocional) a la AS de las mujeres jóvenes. La muestra fue de 499 participantes. Los resultados indicaron la presencia de diferencias significativas en la AS ( $\lambda = 0.82$ ,  $F_{[5, 419]} = 18.18$ ,  $p < .001$ ) de las mujeres que sufrieron y no sufrieron victimización sexual.

Testa, VanZile-Tamsen y Livingston (2007) plantearon el objetivo de identificar predictores de victimización sexual en la pareja, en una muestra representativa de una comunidad ( $n = 927$ ), donde se incluyó mujeres de entre 18 a 36 años de edad. Los resultados mostraron que niveles bajos de AS predicen la victimización por parte de la pareja ( $OR = 0.56$ ,  $IC\ 95\%$  [0.40, 0.77],  $p < .05$ ).

Macy, Nurius y Norris (2006) examinaron las conductas de mujeres víctimas de violencia, experiencias de relaciones positivas y la AS para aclarar cómo estos factores modulan respuestas de escape ante victimización sexual ( $n = 202$ ). Reportaron que la AS funciona como un factor protector que modula la respuesta de escape y resistencia ante una agresión sexual, pues se relaciona de forma negativa con las barreras que favorecen una agresión ( $\beta = -.19$ ,  $p < .001$ ).

### **Síntesis de Estudios Relacionados**

De acuerdo a la revisión de la literatura, se puede constatar que las mujeres con menor número de parejas sexuales tienden a presentar baja AS, en comparación con

aquellas mujeres que han tenido más de tres parejas sexuales. Sin embargo, existe divergencia en la literatura, ya que también se ha encontrado que las mujeres que tienen mayor número de parejas sexuales, se asocian con baja AS, en comparación con las que tienen una o dos parejas sexuales. Por otra parte, la edad ha resultado ser un factor importante en la AS de las mujeres, a pesar de lo dicho, se reporta información contradictoria, algunos autores reportan que las mujeres jóvenes tienen más probabilidad de presentar niveles altos de AS, y otros mencionan, que quienes lo presentan, son las mujeres adultas.

En la misma línea, la depresión, es considerada un factor de importancia con respecto a la AS, en literatura se reporta, que las mujeres con depresión o síntomas depresivos aparecen asociados a bajos niveles de AS. Por otro lado, la autoestima sexual es una variable predictora de la AS en las mujeres, la literatura señala, que a mayor autoestima sexual, mayor será la AS en esta población. Con respecto a la escolaridad, los estudios demuestran que las mujeres con nivel de escolaridad bajo, tienen más probabilidad de presentar baja AS, en comparación con las que cuentan con mayores niveles de estudio.

Otra variable que tiene relación con la AS, es el estado civil, los estudios demuestran que la baja AS de la mujer se relaciona con la creencia de que su pareja es monógama, estar casada, y/o viviendo con una pareja estable masculina. Estos resultados colocan a las mujeres en estado de vulnerabilidad, principalmente contra ITS incluido el VIH, en comparación con las mujeres que reportan tener pareja casual. Por lo que la AS resulta ser un predictor significativo de la conducta sexual de riesgo con una pareja estable. También, respecto a la variable religión, la literatura revela que las mujeres con mayor apego a su práctica religiosa, tienden a presentar baja AS y por ende son más vulnerables ante diversos problemas de salud pública como lo son las ITS.

De la misma forma que sucede con las variables antes mencionadas, los beneficios y barreras para el uso del condón, también tienen relación con los niveles de

AS de la mujer. Se ha encontrado que las mujeres con alta AS perciben más beneficios del uso del condón en sus relaciones sexuales. Por el contrario, las mujeres con baja AS perciben mayor número de barreras para el uso del condón, por ende, tienen menor intención de usarlo en sus relaciones sexuales. De la misma manera, la autoeficacia para el uso del condón, tiene asociación positiva con la AS en las mujeres, resultando ser predictor para la AS.

Por otro lado, el apoyo de la pareja es un factor importante para las mujeres en el ámbito sexual, ya que los estudios demuestran que esta variable se correlaciona positivamente con la AS, es decir, a mayor apoyo de la pareja, mayor AS en las mujeres. También se ha señalado, que la violencia de pareja tiene asociación negativa con la AS en las mujeres. La literatura revela que la AS es un factor de protección frente a experiencias de violencia de pareja, es decir, una mujer con niveles altos de AS, es menos propensa a ser violentada por parte de su pareja.

### **Objetivo General**

Probar la relación de las variables, experiencia previa (parejas sexuales), factores personales biológicos (edad), psicológicos (depresión, autoestima sexual), socioculturales (escolaridad, estado civil y religión), cogniciones y afectos específicos de la conducta (beneficios y barreras percibidas para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, apoyo de pareja y violencia de pareja) que influyen sobre la conducta sexual asertiva.

### **Objetivos Específicos**

1. Determinar si el número de parejas sexuales influye en la conducta sexual asertiva.
2. Conocer si el número de parejas sexuales tiene efecto sobre los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón.
3. Establecer si el número de parejas sexuales tiene efecto sobre apoyo de pareja y violencia de pareja.

4. Determinar la influencia de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión sobre la conducta sexual asertiva.
5. Identificar si la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón.
6. Establecer si la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión influyen en el apoyo de pareja y violencia de pareja.
7. Determinar si el apoyo de pareja y violencia de pareja influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón.
8. Conocer el efecto de los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón sobre la conducta sexual asertiva.
9. Identificar si el apoyo de pareja y violencia de pareja tienen efecto sobre la conducta sexual asertiva.

### **Definición de Términos**

Parejas sexuales: Número de parejas sexuales de la mujer a lo largo de su vida. Fue registrado en la cédula de datos personales.

Edad: Número de años cumplidos de la mujer. Fue registrado en la cédula de datos personales.

Depresión: Percepción de la frecuencia de síntomas depresivos de la mujer. La variable fue medida con el inventario de depresión - rasgo (Agudelo, 2009).

Autoestima sexual: Percepción de la mujer hacia su capacidad para relacionarse sexualmente con su pareja sexual. La variable fue medida con la sub-escala autoestima sexual de la escala de sexualidad (Soler et al., 2016).

Escolaridad: Años de estudio de la mujer. Fue registrado en la cédula de datos personales.

Estado civil: Condición legal de la mujer en el orden social (casada, divorciada, soltera, viuda, unión libre). Fue registrado en la cédula de datos personales.

Religión: Frecuencia en que prohíbe la religión el uso del condón en las relaciones sexuales de las mujeres. Fue registrado en la cédula de datos personales.

Beneficios para el uso del condón: Percepciones positivas de la mujer hacia el uso del condón en sus relaciones sexuales. La variable fue medida con la sub-escala de beneficios percibidos hacia el condón (Grimley et al., 1996).

Barreras para el uso del condón: Percepciones de los obstáculos y dificultades de la mujer hacia el uso del condón en sus relaciones sexuales. La variable fue medida con la sub-escala de barreras percibidas hacia el condón (Grimley et al., 1996).

Autoeficacia para el uso del condón: Capacidad percibida de la mujer para el uso del condón en sus relaciones sexuales. La variable fue medida con la escala de autoeficacia percibida para el uso del condón (Thato et al., 2005).

Apoyo de pareja: Es el apoyo percibido de la mujer por parte de su pareja para practicar el sexo seguro. La variable fue medida con la escala provisión social para sexo seguro/pareja (Castillo, 2012).

Violencia de pareja: Presencia o ausencia de maltrato que recibe la mujer por parte de su pareja masculina caracterizado por empujones, golpes, amenazas y/o heridas de armas de fuego o punzocortantes, intimidación, humillaciones verbales y forzar física o emocionalmente a su pareja para tener relaciones sexuales. La variable fue medida con la escala de violencia e índice de severidad (Valdez-Santiago et al., 2006).

Conducta sexual asertiva: Capacidad de la mujer para iniciar actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, negociar conductas sexuales deseadas y uso del condón en sus relaciones sexuales. La variable fue medida con la escala de asertividad sexual (Sierra et al., 2011, validada en mujeres mexicanas por Torres-Obregon, Onofre-Rodríguez, Sierra, Benavides-Torres, & Garza-Elizondo, 2017).

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En el presente capítulo se describe el diseño del estudio, la población, muestra y muestreo, criterios de inclusión, exclusión y eliminación, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y plan de análisis de los datos.

#### **Diseño del Estudio**

En el presente estudio se utilizó un diseño correlacional y de comprobación de modelo. Esto debido a que el propósito del estudio fue probar la relación de las variables que influyen en la conducta sexual asertiva en las mujeres, asimismo, fue de tipo transversal ya que la obtención de los datos fue en un momento específico (Burns & Grove, 2012).

#### **Población, Muestra y Muestreo**

La población estuvo conformada por mujeres residentes de Monterrey, Ciénega de Flores y General Zuazua del estado de Nuevo León, que acudieron a servicios de los centros de salud de los municipios antes mencionados. El tamaño de la muestra fue de 605 mujeres, con un nivel de significancia de .05, un Coeficiente de Determinación de  $R^2 = .09$  y una potencia de prueba de 90% (nQueryAdvisor) para un modelo de Regresión Lineal Univariado con 13 variables, además se contempló el total de población de mujeres de cada municipio (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, [INEGI], 2015), en conjunto con datos de las prevalencias sobre depresión, violencia de pareja y uso de condón en mujeres. Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia.

#### **Criterios de Inclusión**

Mujeres de 18 a 40 años de edad, que se encuentren en una relación de pareja de más de tres meses de relación y con vida sexual activa.

#### **Criterios de Exclusión**

Mujeres embarazadas (pregunta filtro en la cédula de datos personales).



### **Criterios de Eliminación**

Mujeres que auto reporten tener infecciones de transmisión sexual (ITS; pregunta filtro en la cédula de datos personales).

### **Instrumentos de Medición**

A continuación se presentan los instrumentos que se utilizaron para medir las variables del estudio. Debido a que uno de los instrumentos se encontraba en el idioma inglés (escala de balance decisional para el uso del condón), se sometió al método de back translation descrito por Burns y Grove (2012), el cual consistió en traducir el instrumento del idioma original (inglés) al español por un profesional del área de la salud bilingüe, cuyo idioma nativo sea el español, después se procedió a traducir de nuevo al inglés por otro profesional del área de la salud cuya lengua materna era el inglés. Por último, se realizó la revisión y comparación de las traducciones de ambas versiones para comprobar que las preguntas conservaran el mismo sentido o significado.

#### **Cédula de datos personales.**

A través de la cédula de datos personales se registraron las siguientes variables: parejas sexuales, edad, escolaridad, estado civil y religión (Apéndice A).

#### **Depresión.**

Para medir la depresión en las mujeres se utilizó el inventario de depresión- rasgo (IDER), creada por Spielberger, Agudelo y Buena-Casal (2008). Validada en el idioma español por Agudelo (2009). Evalúa la frecuencia de ocurrencia (rasgo) del componente afectivo de la depresión. La escala cuenta con 10 ítems que evalúan estado o rasgo de la depresión. Las respuestas están en escala tipo Likert, oscilan entre, 1 = Casi nunca hasta 4 = Casi siempre. Un ejemplo de reactivo es: “Estoy triste”. La mitad de los ítems se encuentran redactados de forma inversa (6, 7, 8, 9 y 10). Puntuaciones elevadas indican mayor depresión (puntaje mínimo de 10 hasta máximo de 40). La confiabilidad de la escala ha oscilado entre .71 y .86 en diferentes muestras y poblaciones, las cuales se consideran aceptables. Cabe señalar que el IDER, presenta validez de constructo en

población general colombiana ( $TLI = .972$ ;  $CFI = .980$ ,  $SRMSR = .034$ ;  $RMSEA = .033$ ) (Agudelo, Gómez, & López, 2014) (Apéndice C).

#### **Autoestima sexual.**

Para medir la autoestima sexual, se utilizó la escala de sexualidad (SS; Snell & Papini, 1989). Validada en español por Soler et al. (2016), compuesta por 15 ítems, de la cual solo se tomó la sub-escala de autoestima sexual, que consta de cinco ítems con respuestas tipo Likert que oscilan entre: 1 = En total desacuerdo hasta 5 = Totalmente de acuerdo. Un ejemplo de ítem es “Me considero una pareja sexual muy buena”. Puntuaciones altas indican mayor autoestima sexual. El estudio de Soler et al. (2016), reportan una buena confiabilidad de la sub-escala ( $\alpha = 0.87$ ), así como una adecuada validez de constructo de la escala en general en población adulta española ( $RMSEA = .030$ ;  $S-B \chi^2 = 256.67$ ,  $df = 166$ ,  $p < .001$ ;  $CFI = .986$ ) (Apéndice D).

#### **Beneficios para el uso del condón.**

Para medir los beneficios para el uso del condón, se utilizó la sub-escala beneficios percibidos para el uso del condón (Apéndice E) de la escala del balance decisional para el uso del condón (Grimley et al., 1996), la cual consta de cinco ítems, un ejemplo de ítem es: “Protege a mi pareja, así como a mí misma”, los cuales se miden a través de una escala con respuestas tipo Likert que oscilan entre 1= No importante a 5= Extremadamente importante. La puntuación oscila entre 5 a 25, en dónde a mayor puntuación, mayor percepción de los beneficios para el uso del condón. El idioma original de la escala es el inglés, ha presentado buena validez de constructo en hombres y mujeres ( $RMSEA = .032$ ;  $S-B \chi^2 = 236.43$ ,  $df = 158$ ,  $p < .001$ ;  $CFI = .991$ ) (Grimley et al., 1996), así como un Alpha de Cronbach de 0.83 para la subescala (Tung, Farmer, Ding, Tung, & Hsu, 2009).

#### **Barreras para el uso del condón.**

Las barreras para el uso del condón fueron medidos a través de la sub-escala barreras percibidas para el uso del condón (Apéndice F) de la escala del balance

decisional para el uso del condón (Grimley et al., 1996), la cual consta de cinco ítems, un ejemplo de ítem es: “Mi pareja podría pensar que no confío en él”, los cuales se miden a través de una escala de respuestas tipo Likert que oscilan entre 1= No importante a 5= Extremadamente importante. La puntuación oscila entre 5 a 25, en donde a mayor puntuación, mayor percepción de las barreras para el uso del condón. El idioma original de la escala es el inglés, ha presentado buena validez de constructo en hombres y mujeres ( $RMSEA = .032$ ;  $S-B \chi^2 = 236.43$ ,  $df = 158$ ,  $p < .001$ ;  $CFI = .991$ ) (Grimley et al., 1996), así como un Alpha de Cronbach de 0.92 para la subescala (Tung et al., 2009).

#### **Autoeficacia para el uso del condón.**

La escala de autoeficacia percibida para el uso del condón (Thato et al., 2005) se utilizó para medir la autoeficacia para el uso del condón. La escala está conformada por 14 ítems y tres sub-escalas; uso consistente, uso correcto y comunicación para usar el condón. Un ejemplo de un reactivo es: ¿Puedo decir no al sexo si mi pareja se niega a usar un condón? Las respuestas son de tipo Likert que va de 1= muy inseguro a 5= muy seguro. Su puntuación oscila entre 14 y 70, en donde puntajes altos indican mayores niveles de autoeficacia para usar el condón. El idioma original de la escala es el inglés, sin embargo, ha sido traducida a otros idiomas como el Coreano y Tailandés, en donde han mostrado una confiabilidad aceptable que oscila entre .85 a .91 (Thato et al., 2005) (Apéndice G).

#### **Apoyo de pareja.**

Se utilizó la escala provisión social para sexo seguro para medir el apoyo de la pareja para la conducta sexual segura (Darbes & Lewis, 2005) adaptada de la social provisions scale (Cutrona & Russell, 1987) y validada y adaptada en español por Castillo (2012). Esta escala mide la percepción de apoyo de la familia, pareja, amigos y proveedores de salud. Esta contiene 77 reactivos, de los cuales 19 corresponden para apoyo familiar, 22 al apoyo de la pareja y el resto mide apoyo social de proveedores de

salud. Para fines del estudio sólo se utilizaron los reactivos en relación al apoyo social de la pareja para la conducta sexual (Apéndice H). Un ejemplo de reactivo es: “No puedo contar con mi pareja para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro”. Las respuestas están en escala tipo Likert que van de 1=Totalmente en desacuerdo a 5= Totalmente de acuerdo. Con puntuación total de 22 a 110. Puntuaciones mayores indican mayor percepción de apoyo de la pareja para realizar prácticas sexuales seguras. La escala ha reportado una confiabilidad aceptable Alpha de Cronbach .94 y un Test-retest a los seis meses ( $r = .81, p < .001$ ) (Darbes & Lewis, 2005).

### **Violencia de pareja.**

Para medir la violencia de pareja e identificar si la mujer se encuentra dentro de esta situación, se utilizó la escala de violencia e índice de severidad (Apéndice I). Validada en el idioma español con mujeres mexicanas (Valdez-Santiago et al., 2006). La escala original era de 27 reactivos sin embargo al someterla a la validación por jueces se decidió eliminar ocho por lo que la escala se conformó por 19 ítems, un ejemplo es: ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales? Las respuestas están en escala tipo Likert, de 1= Nunca a 4= Muchas veces. Sus puntuaciones oscilan entre 19 y 76, en donde sólo una puntuación de 19 indica que la mujer no ha sido víctima de ningún tipo de violencia y mayor de 20 indica que la mujer ha sufrido algún tipo de violencia durante su relación. La escala reportó un Alpha de Cronbach de .90 y buena validez de contenido a través de evaluación por jueces expertos y un análisis de constructo a través de un análisis factorial exploratorio con rotación Varimax obteniéndose cuatro factores, los cuales explicaron el 62.2% de la varianza en población femenina (Valdez-Santiago et al., 2006).

### **Conducta sexual asertiva.**

Para medir la conducta sexual asertiva se utilizó la escala de asertividad sexual (SAS), creada por Morokoff et al. (1997). Validada en el idioma español por Sierra et al. (2011). La escala cuenta con 18 ítems que evalúa tres dimensiones: inicio (ítem 1 al 6),

que mide la frecuencia con la que una persona comienza una relación sexual de forma deseada; rechazo (ítem 7 al 12), evalúa la frecuencia en que, una persona es capaz de evitar, tanto una relación sexual, cómo una práctica sexual no deseada y prevención embarazo - ITS (ítem 13 al 18), que evalúa la frecuencia con la que una persona insiste en el uso de métodos anticonceptivos (condón). Las opciones de respuesta tipo Likert oscilan entre 0 = Nunca, hasta 4 = Siempre; la mitad de los ítems están redactados de forma inversa (3, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 14 y 16). Un ejemplo de reactivo es: “Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste”. Puntuaciones mayores indican mayor asertividad sexual (puntaje mínimo de 0 hasta máximo de 72). La confiabilidad de cada sub-escala se obtuvo mediante el Omega, un indicador para escalas de respuesta categórica, en forma global se obtuvo  $\omega = .80$  y por sub-escalas: *inicio*  $\omega = .80$ , *rechazo*  $\omega = .76$  e *E-ITS*  $\omega = .85$ . Validada en mujeres mexicanas por Torres-Obregon et al. (2017), quienes reportaron buenos índices de ajuste ( $CFI = .953$ ;  $TLI = .927$ ) (Apéndice K).

### **Procedimiento de Recolección de Datos**

Para la realización del presente estudio se solicitó autorización al Comité de Ética en Investigación y del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de las Jurisdicciones 1 (Apéndice K) y 2 de Secretaría de Salud (Apéndice L), las cuales rigen a los centros de salud de Monterrey, Ciénega de Flores y Zuazua en el estado de Nuevo León. Posterior a la autorización de los departamentos de enseñanza, se obtuvo la aprobación y asignación de cubículos y/o consultorios por parte del jefe de la micro red en conjunto con el jefe inmediato de cada centro de salud, para brindar a las participantes privacidad.

Para reclutar a las participantes se acudió a los centros de salud en donde la investigadora o una auxiliar de investigación previamente capacitada, invitaban a las mujeres que ingresaban al centro de salud a cualquier servicio, a participar en el estudio. Se abordó a las mujeres explicándoles el objetivo del estudio y en que consistía su

participación; se le enfatizaba que el estudio era completamente anónimo y que los datos recabados serían utilizados únicamente por la investigadora de manera confidencial para fines de investigación. Si aceptaba, se le invitaba a pasar a un consultorio en donde se le explicó que a través de unas preguntas se verificaría si cumplía los criterios de inclusión requeridos en la investigación, en caso de no cumplirlos se le informaba el por qué no podía formar parte del estudio y se le agradecía por brindar su tiempo y colaboración.

En caso de cumplir con los criterios de inclusión y si deseaba seguir participando, se le otorgaba el consentimiento informado (Apéndice B), dándole cinco minutos para que lo leyera y lo firmara, en caso de que después de leerlo se negara a participar, se le agradecía por su tiempo y colaboración. Las participantes que aceptaban, se les pedía que firmaran el consentimiento informado, posteriormente se les entregaba la batería de instrumentos de medición en el siguiente orden: Inventario de depresión-rasgo, sub-escala autoestima sexual, sub-escala beneficios percibidos para el uso del condón, sub-escala de barreras percibidas para el uso del condón, autoeficacia percibida para el uso del condón, provisión social para sexo seguro/pareja, violencia de pareja y asertividad sexual, además de notificarle que el llenado de los instrumentos oscilaría entre 20 y 40 minutos. Se le informaba a la participante que, para cuidar su privacidad y comodidad, estaría completamente sola en el consultorio con el objetivo de brindarle seguridad al momento de contestar, aclarándole que la investigadora o la auxiliar de investigación estarían fuera del consultorio por si presentaban alguna duda en cualquiera de las preguntas, enfatizando que en el momento que ella lo deseara podría cancelar su participación en el estudio. Finalmente, se le pedía que cuando terminará el llenado de los instrumentos, saliera del consultorio.

Posteriormente, se le pedía que verificara que estuvieran todas las preguntas contestadas y que colocara la batería de instrumentos en su sobre. Para finalizar se le agradecía por su tiempo y participación quedando con apertura para cualquier duda que tuvieran las participantes. Cabe señalar que en cada centro de salud que se trabajó, se

asignaron dos cubículos para la investigación, por lo que se colocaba una participante por cubículo, de esta manera había dos participantes contestando simultáneamente.

### **Consideraciones Éticas**

El presente estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1987), que establece los lineamientos y principios generales que toda investigación científica con seres humanos debe apegarse. En él se establecen los lineamientos éticos para el desarrollo de la investigación en el área de la salud, para garantizar la dignidad humana, los derechos y el bienestar de la persona (Artículo 13). Para la realización del estudio, se contó con la autorización del Comité de Ética en Investigación y del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Artículo 14, Fracciones I, IV, VI, VII, VIII), así como la autorización de los centros de salud (Artículo 29).

Se brindó a la participante la libertad de elegir si deseaba o no participar en el estudio. Se mantuvo la privacidad de los datos que nos proporcionaron las participantes, se explicó de forma sencilla y clara los objetivos de la investigación, así como el procedimiento para dar respuesta a la recolección de los datos, mediante la entrega del consentimiento informado (Apéndice K) por escrito a cada participante, el cual cada participante firmó para formalizar su participación (Artículo 14, Fracción V). A la participante se le enfatizó que tendría la libertad de terminar su participación en el estudio en el momento que lo creyera conveniente. Así mismo, se aclararon dudas en los casos que se presentaron, con el objetivo de que tuvieran la suficiente información y que esto les permitiera aceptar o rechazar su participación (Artículo 20, Artículo 21, Fracción I, II, III, VI y VII, Artículo 22, Fracción I, II, III).

Para cuidar la privacidad de los datos que identifican a la participante, el nombre fue sustituido por un número de identificación para esta investigación, además los cuestionarios fueron aplicados en un consultorio de los centros de salud de manera

individual para maximizar la confidencialidad de los datos (Artículo 16, Artículo 21, Fracción I, V, VII y VIII). La investigación se consideró de riesgo mínimo, ya que se abordaron aspectos sobre sexualidad, sentimientos personales y situacionales, los cuales pudieron llegar a ser incómodos para la participante. Además, se les dejó en claro que los datos que se obtengan no serán utilizados en perjuicio de ellas mismas, sino exclusivamente para fines de investigación y difusión de los resultados (Artículo 17, Fracción II, Artículo 58, Fracción II).

### **Plan de Análisis de los Datos**

Los datos del presente estudio se analizaron con el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 21.

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Para conocer las características de las participantes del estudio, se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach, se calcularon sumatorias para todos los instrumentos. Posteriormente se evaluó si los datos presentaron normalidad utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar y justificar el uso de estadística no paramétrica.

Para dar respuesta a los objetivos específicos, se realizaron correlaciones de Spearman y análisis de regresión lineal simple. Finalmente para dar respuesta al objetivo general, se utilizó un modelo de regresión lineal univariado con método backward.

Debido a que se utilizó estadística no paramétrica y para cumplir con el supuesto del modelo de regresión lineal, se aplicó el contraste Bootstrap a cada uno de los modelos analizados.



## Capítulo III

### Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio. En primer lugar, se muestran los resultados que incluyen las características sociodemográficas de la población y la estadística descriptiva donde se obtuvieron las frecuencias y porcentajes, así como las medidas de tendencia central y dispersión de las variables de estudio y la prueba de normalidad (Kolmogorov- Smirnov con corrección de Lilliefors) para las mismas. Posteriormente se presenta la prueba de consistencia interna (Alpha de Cronbach) para cada una de las escalas y sub escalas utilizadas. Después se exponen las pruebas estadísticas (correlaciones de Spearman y Modelos de Regresión Lineal Univariado con y sin contraste Bootstrap) utilizadas para dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos y por último el objetivo general.

#### Características Generales de la Población

Se reclutaron 605 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión. La edad media de las participantes fue de 27.68 ( $DE= 6.52$ ). En relación al número de parejas sexuales durante su vida, se encontró una media de 1.93 ( $DE= 1.22$ , mín.= 1; máx.= 11). El estado civil que predominó fue el de casada con 44.5%, seguido de unión libre con un 35.5%. El nivel de escolaridad que predominó fue el de secundaria con 52%, seguido de preparatoria con un 32%. Referente al uso del condón, el 41% de las participantes reportó que rara vez lo usan (tabla 1).

#### Uso de Condón por Estado Civil

En la tabla 2, se observa que la mayoría de las mujeres reportó uso inconsistente del condón, independientemente de su estado civil.

Tabla 1

*Características generales de la población*

Características	Frecuencia	Porcentaje (%)
Estado civil		
Soltera	107	17.7
Casada	269	44.5
Unión libre	215	35.5
Divorciada	12	2.0
Viuda	2	0.3
Escolaridad		
Primaria	42	6.9
Secundaria	315	52.1
Preparatoria	197	32.6
Carrera técnica	38	6.3
Licenciatura	13	2.1
Uso del condón		
Nunca	147	24.3
Rara vez	253	41.8
Varias veces	179	29.6
Siempre	26	4.3

*Nota:* n= 605

Tabla 2

*Uso del condón por estado civil*

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pareja formal		
Casada		
Nunca	68	25.3
Rara vez	116	43.1
Varias veces	77	28.6
Siempre	8	3.0
Unión libre		
Nunca	65	30.2
Rara vez	78	36.3
Varias veces	62	28.8
Siempre	10	4.7
Pareja casual		
Soltera		
Nunca	13	12.1
Rara vez	51	47.7
Varias veces	35	32.7
Siempre	8	7.5
Divorciada		
Rara vez	7	58.3
Varias veces	5	41.7
Viuda		
Nunca	1	50.0
Rara vez	1	50.0

*Nota: n= 605*

## Religión

Respecto a si la religión le prohíbe usar el condón en sus relaciones sexuales, el 45.1% de las mujeres respondió que su religión nunca le ha prohibido usar el condón en sus relaciones sexuales, mientras que el 47.6% reportó que su religión prohíbe el uso del condón (tabla 3).

Tabla 3

### *Religión de las mujeres*

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Religión		
Nunca	273	45.1
Rara vez	44	7.3
Varias veces	122	20.2
Siempre	166	27.4

*Nota: n= 605*

## Estadística Descriptiva de las Variables

A continuación se presenta la estadística descriptiva y el resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors para las variables: parejas sexuales, edad, depresión, autoestima sexual, beneficios para el uso del condón, barreras para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, apoyo de pareja, violencia de pareja y conducta sexual asertiva. Los resultados muestran que las variables no presentaron distribución normal.

La variable parejas sexuales tuvo una media de 1.93 ( $Mdn = 2$ ;  $DE = 1.22$ ), lo que indica que la mayoría de las mujeres reportó tener dos parejas sexuales a lo largo de su vida. La media de edad de las participantes fue de 27 ( $Mdn = 27$ ;  $DE = 6.52$ ) años. La variable depresión obtuvo una media por encima del punto intermedio, lo que indica que

la mitad de las participantes reportó tener frecuencia de síntomas depresivos. Autoestima sexual obtuvo una media por encima del punto medio, lo que significa que las mujeres tienen confianza en si mismas como pareja sexual, se consideran una buena pareja sexual y que tienen habilidades sexuales. Con respecto a los años de escolaridad, la media fue de 9.78 ( $Mdn= 9$ ;  $DE= 1.83$ ), esto indica que la mayoría de las participantes cuentan con un nivel de escolaridad hasta secundaria. En cuanto a beneficios se reportó una media por arriba del punto intermedio, lo cual quiere decir que las mujeres perciben mayores beneficios para el uso del condón.

Mientras que la variable barreras para el uso del condón, obtuvo una media por debajo del punto intermedio, lo cual indican que las mujeres perciben pocas barreras para el uso del condón, las barreras más mencionadas fueron, que el uso del condón hace que el sexo se sienta poco natural y que para utilizarlo tendrían que contar con la cooperación de su pareja, además de que su pareja podría pensar que no confían en él. En cuanto a la autoeficacia para el uso del condón, se reportó una media por arriba del punto intermedio, lo que indica que las mujeres pueden decirle a su pareja que no quiere tener relaciones sexuales si se niega a utilizar condón.

El apoyo de pareja presentó una media por arriba del punto medio, lo que sugiere que la mitad de las mujeres perciben poder hablar con su pareja de sexo seguro si fuera necesario. La violencia de pareja tuvo una media de 22.63 ( $Mdn = 21$ ;  $DE = 5.29$ ), siendo una media por debajo del punto medio, sin embargo, es importante señalar que esta media indica, que las participantes reportaron que al menos una vez han recibido algún tipo de violencia (física, psicológica o sexual) de parte de su pareja. La conducta sexual asertiva presentó una media por debajo del punto medio, lo cual sugiere que las mujeres tienen menor conducta sexual asertiva (tabla 4).

En el apartado de apéndices se puede observar la estadística descriptiva de cada uno de los ítems de las variables: depresión (Apéndice N), autoestima sexual (Apéndice N), beneficios para el uso del condón (Apéndice Ñ), barreras para el uso del condón

(Apéndice O), autoeficacia para el uso del condón (Apéndice P), apoyo de pareja (Apéndice Q), violencia de pareja (Apéndice R) y conducta sexual asertiva (Apéndice S).

Tabla 4

*Estadística descriptiva y resultado de prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S)*

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D<sup>a</sup></i>	<i>p</i>
Parejas sexuales	1.93	2	1.22	1	11	.237	.001
Edad	27.68	27	6.52	18	40	.860	.001
Depresión	23.55	23	4.38	10	36	.109	.001
Autoestima Sexual	18.66	20	4.57	5	25	.128	.001
Escolaridad	9.78	9	1.83	6	17	.265	.001
Beneficios para el uso del condón	22.22	23	2.74	5	25	.179	.001
Barreras para el uso del condón	12.39	11	5.06	5	25	.136	.001
Autoeficacia para el uso del condón	56.30	58	7.71	20	70	.093	.001
Apoyo de pareja	86.57	88	10.86	43	110	.089	.001
Violencia de pareja	22.63	21	5.29	19	64	.246	.001
Conducta sexual asertiva	27.43	27	6.02	9	64	.138	.001

*Nota: M = Media; Mdn = Mediana; DE = Desviación estándar; Min = Mínimo; Max = Máximo; D<sup>a</sup> = Prueba de normalidad con corrección Lilliefors; n = 605*

### **Consistencia Interna de los Instrumentos**

Se analizó la consistencia interna de los instrumentos a través del coeficiente Alpha de Cronbach, en la tabla 5 se muestra que los instrumentos de medición presentaron valores aceptables.

Tabla 5

*Consistencia interna de los instrumentos*

Instrumentos	Reactivos	Alpha de Cronbach
Inventario de Depresión- Rasgo	10	.77
Sub-escala de Autoestima Sexual	5	.82
Sub-escala de Beneficios percibidos para el uso del condón	5	.80
Sub-escala de Barreras percibidas para el uso del condón	5	.83
Escala de Autoeficacia percibida para el uso del condón	14	.86
Escala Provisión social para sexo seguro/Pareja	22	.87
Escala de violencia e índice de severidad	19	.92
Escala de Asertividad Sexual	18	.88

*Nota: n=605*

**Objetivos Específicos**

Para dar respuesta a los objetivos se realizaron pruebas de correlaciones, posteriormente se ajustaron modelos de regresión lineal simple de acuerdo al planteamiento de cada uno de los objetivos. Considerando que las variables no presentaron distribución normal, se empleó la técnica de Bootstrap para confirmar el resultado de las regresiones.

El objetivo uno plantea determinar si el número de parejas sexuales influye en la conducta sexual asertiva. Se realizó una prueba de correlación entre las variables, donde se encontró que la variable parejas sexuales se correlacionó negativa y significativamente con conducta sexual asertiva ( $r_s = -.19, p < .05$ ).

Se realizó una regresión lineal simple considerando como variable independiente parejas sexuales y como variable dependiente la conducta sexual asertiva, la cual no fue significativa ( $R^2 = .05$ ,  $F_{[1,603]} = 2.923$ ,  $p = .08$ ). Sin embargo, al analizar el modelo de regresión con contraste Bootstrap, los resultados muestran que el número de parejas sexuales influye sobre la conducta sexual asertiva de las mujeres ( $B = -1.28$ ;  $IC\ 95\% [-2.54, -0.052]$ ,  $p < .05$ ), por lo que se puede concluir que, a menor número de parejas sexuales, mayor conducta sexual asertiva (tablas 6 y 7).

Tabla 6

*Modelo de regresión de parejas sexuales y conducta sexual asertiva*

Conducta sexual asertiva	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	55.64	1.72	-	.001
Parejas sexuales	-1.28	.75	-.06	.088

*Nota:* Variable dependiente= conducta sexual asertiva; *B= b*; *SE=* Error estándar; *Beta=* valor de beta; *n=605*

Tabla 7

*Modelo de regresión de parejas sexuales y conducta sexual asertiva, con "Bootstrap"*

Conducta sexual asertiva	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	55.64	1.63	.001	52.43	58.80
Parejas sexuales	-1.28	.64	.037	-2.54	-0.05

*Nota:* Variable dependiente= conducta sexual asertiva; *B= b*; *SE=* Error estándar; *n=605*

El objetivo dos planteó conocer si el número de parejas sexuales tiene efecto sobre los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón. En el análisis de correlación se encontró que el número de parejas sexuales no se correlaciona con los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón (tabla 8).



Tabla 8

*Matriz de correlación entre parejas sexuales y beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón*

Variabes	Parejas sexuales
Beneficios para el uso del condón	.038
Barreras para el uso del condón	-.001
Autoeficacia para el uso del condón	.022

*Nota: n =605*

Se ajustaron tres modelos de regresión lineal simple. En el primer modelo se contempló parejas sexuales como variable independiente y los beneficios para el uso del condón como variable dependiente, en el segundo modelo la variable independiente fue parejas sexuales y las barreras para el uso del condón como variable dependiente y por último, el modelo tres tuvo como variable independiente parejas sexuales y la autoeficacia para el uso del condón como variable dependiente.

Los resultados muestran que el número de parejas sexuales no tiene efecto sobre los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón en las mujeres, dichos resultados se confirmaron a través del contraste Bootstrap (tabla 9 y 10).

Tabla 9

*Modelo de regresión de parejas sexuales con beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón*

Modelos	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Modelo 1. Beneficios para el uso del condón	.351	.455	.031	.441
Modelo 2. Barreras para el uso del condón	-.366	.841	-.018	.663
Modelo 3. Autoeficacia para el uso del condón	.648	.457	.058	.156

*Nota: Modelo 1 variable dependiente= beneficios para el uso del condón; Modelo 2 variable dependiente= barreras para el uso del condón; Modelo 3 variable dependiente= autoeficacia para el uso del condón; B= b; SE= Error estándar; Beta= valor de beta; n=605*

Tabla 10

*Modelo de regresión de parejas sexuales con beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón, con “Bootstrap”*

Modelos	Bootstrap				
	B	SE	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Modelo 1. Beneficios para el uso del condón	.351	.474	.463	-.548	1.294
Modelo 2. Barreras para el uso del condón	-.366	.729	.610	-1.751	1.094
Modelo 3. Autoeficacia para el uso del condón	.648	.439	.135	-.236	1.446

*Nota:* Modelo 1 variable dependiente= beneficios para el uso del condón; Modelo 2 variable dependiente= barreras para el uso del condón; Modelo 3 variable dependiente= autoeficacia para el uso del condón; B= b; SE= Error estándar; n=605

El objetivo tres establece si el número de parejas sexuales tiene efecto sobre apoyo de pareja y violencia de pareja. En la tabla 11 se puede apreciar que el número de parejas sexuales se correlaciona negativa y significativamente con el apoyo de pareja ( $r_s = -.101, p < .05$ ).

Tabla 11

*Matriz de correlación entre parejas sexuales, apoyo de pareja y violencia de pareja*

VARIABLES	PAREJAS SEXUALES
Apoyo de pareja	-.101*
Violencia de pareja	.063

*Nota:* \* $p < .05$

Se ajustaron dos modelos de regresión lineal simple, donde se tomó como variable independiente parejas sexuales y como variables dependientes en cada modelo el apoyo de pareja y violencia de pareja. Los resultados muestran que el número de parejas sexuales tiene efecto negativo sobre el apoyo de pareja ( $R^2 = .02$ ,  $F_{[1,603]} = 12.834$ ,  $p < .001$ ) (tabla 12). Este hallazgo se confirma a través del contraste Bootstrap (tabla 13), lo que indica que, a menor número de parejas sexuales, mayor es el apoyo de pareja que percibe la mujer.

Tabla 12

*Modelo de regresión de parejas sexuales con apoyo de pareja y violencia de pareja*

Modelos	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Modelo 1. Apoyo de pareja	-1.454	.406	-1.144	.001
Modelo 2. Violencia de pareja	.372	.308	.049	.228

*Nota:* Modelo 1 variable dependiente= apoyo de pareja; Modelo 2 variable dependiente= violencia de pareja; *B*= b; *SE*= Error estándar; *Beta*= valor de beta;  $n=605$

Tabla 13

*Modelo de regresión de parejas sexuales con apoyo de pareja y violencia de pareja, con "Bootstrap"*

Modelos	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Bootstrap</i>	
				<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Modelo 1. Apoyo de pareja	-1.454	.405	.001	-2.234	-.686
Modelo 2. Violencia de pareja	.372	.309	.228	-.216	.997

*Nota:* Modelo 1 variable dependiente= apoyo de pareja; Modelo 2 variable dependiente= violencia de pareja; *B*= b; *SE*= Error estándar;  $n=605$

El objetivo cuatro propone determinar la influencia de la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión sobre la conducta sexual asertiva. En la tabla 14, se observa que la autoestima sexual se correlacionó positiva y significativamente con conducta sexual asertiva ( $r_s = .508, p < .001$ ) y depresión correlacionó negativa y significativamente con conducta sexual asertiva ( $r_s = -.518, p < .001$ ).

Tabla 14

*Matriz de correlación entre edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad y conducta sexual asertiva*

Variables	Conducta sexual asertiva
Edad	.047
Depresión	-.518**
Autoestima sexual	.508**
Escolaridad	.058

*Nota: \*\* $p < .001$*

Se ajustó un modelo el cual consideró como variables independientes la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión y como variable dependiente la conducta sexual asertiva. Los resultados muestran que la edad, depresión, autoestima sexual y religión influyen en la conducta sexual asertiva de las mujeres (tabla 15). Las variables explicaron la varianza en un 46% de la conducta sexual asertiva ( $F_{[6,598]} = 87.396, p < .001$ ). Dichos resultados fueron confirmados a través de un modelo con contraste Bootstrap (tabla 16), es decir, a mayor edad, mayor conducta sexual asertiva; a menor depresión, mayor conducta sexual asertiva; a mayor autoestima sexual mayor conducta sexual asertiva y a menor prácticas religiosas, mayor conducta sexual asertiva.

Tabla 15

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil, religión con conducta sexual asertiva*

Modelo	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	7.101	5.505	-	.198
Edad	.266	.105	.077	.012
Depresión	-.198	.052	-.141	.001
Autoestima sexual	.380	.036	.368	.001
Escolaridad	.658	.371	.053	.076
Estado civil	-1.410	3.150	-.031	.654
Religión	-2.790	3.190	.456	.001

*Nota:* Variable dependiente = conducta sexual asertiva; *B*= b; *SE*= Error estándar; *Beta*= valor de beta; *n*=605

Tabla 16

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil, religión con conducta sexual asertiva, con "Bootstrap"*

Conducta sexual asertiva	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	7.101	5.577	.201	-4.433	17.853
Edad	.266	.117	.023	-.496	-.030
Depresión	-.198	.050	.001	.096	.293
Autoestima sexual	.380	.037	.001	.307	.451
Escolaridad	.658	.420	.118	-.178	1.480
Estado civil	-1.410	3.420	.681	-8.18	5.410
Religión	-2.790	3.540	.001	3.84	7.560

*Nota:* Variable dependiente = conducta sexual asertiva; *B*= b; *SE*= Error estándar; *n*=605

En el objetivo cinco se propuso identificar si la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón. La depresión se correlacionó negativa y significativamente con beneficios ( $r_s = -.292, p < .001$ ), barreras ( $r_s = -.246, p < .001$ ) y autoeficacia ( $r_s = -.191, p < .001$ ); la autoestima sexual se correlacionó positiva y significativamente con beneficios ( $r_s = .323, p < .001$ ) y autoeficacia ( $r_s = .272, p < .001$ ) y la escolaridad correlacionó positiva y significativamente con beneficios ( $r_s = .108, p < .001$ ) (tabla 17).

Tabla 17

*Matriz de correlación entre edad, depresión, autoestima sexual y escolaridad con beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón*

Variables	Edad	Depresión	Autoestima sexual	Escolaridad
Beneficios para el uso del condón	.079	-.292**	.323**	.108**
Barreras para el uso del condón	.037	-.246**	-.333**	-.016
Autoeficacia para el uso del condón	-.007	-.191**	.272**	.040

*Nota: \*\* $p < .001$*

Se ajustaron tres modelos de regresión lineal simple. En el primer modelo las variables independientes fueron la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión y como variable dependiente los beneficios para el uso del condón. En tabla 18, se puede apreciar que la autoestima sexual y escolaridad influyen sobre los beneficios para el uso del condón, explicando la varianza en un 12.9% ( $F_{[6,598]} = 15.896, p < .001$ ). Estos hallazgos se confirmaron con contraste Bootstrap (tabla 19), lo que indica que, a mayor autoestima sexual, mayor percepción de beneficios para el uso del condón y a mayor años de escolaridad, mayor percepción de beneficios para el uso del condón en las mujeres.

Tabla 18

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con beneficios para el uso del condón*

Beneficios para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	64.333	4.233	-	.001
Edad	-.145	.081	-.069	.073
Depresión	.061	.040	.072	.133
Autoestima sexual	.161	.028	.258	.001
Escolaridad	.996	.285	.133	.001
Estado civil	-.451	2.427	-.016	.853
Religión	-3.779	2.456	-.137	.124

*Nota:* Variable dependiente = beneficios para el uso del condón; *B= b*; *SE=* Error estándar; *Beta=* valor de beta; *n=605*

Tabla 19

*Modelo de regresión edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con beneficios para el uso del condón, con “Bootstrap”*

Beneficios para el uso del condón	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	64.333	4.985	.001	54.401	73.948
Edad	-.145	.079	.068	-.303	.010
Depresión	.061	.034	.072	-.006	.126
Autoestima sexual	.161	.030	.001	.100	.216
Escolaridad	.996	.318	.003	.414	1.650
Estado civil	-.451	3.158	.886	-7.490	5.273
Religión	-3.779	3.209	.230	-1.934	10.882

*Nota:* Variable dependiente= beneficios para el uso del condón; *B= b*; *SE=* Error estándar; *n=605*

En el segundo modelo ajustado se consideraron como variables independientes la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión y como variable dependiente las barreras para el uso del condón. En la tabla 20, los coeficientes muestran que la autoestima sexual influye sobre las barreras para el uso del condón ( $R^2 = .06$ ,  $F_{[6,598]} = 7.005$ ,  $p < .001$ ), dichos resultados se confirman con contraste Bootstrap, por lo que se concluye que la autoestima sexual, disminuye .22 puntos las barreras para el uso del condón en las mujeres (tabla 21).

Tabla 20

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con barreras para el uso del condón*

Barreras para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	50.754	8.131	-	.001
Edad	.251	.155	.065	.107
Depresión	-.023	.078	-.015	.768
Autoestima sexual	-.224	.053	-.195	.001
Escolaridad	-.066	.548	-.005	.904
Estado civil	.432	4.662	.008	.926
Religión	.803	4.717	.134	.150

*Nota:* Variable dependiente= barreras para el uso del condón; *B*= b; *SE*= Error estándar; *Beta*= valor de beta; *n*=605



Tabla 21

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con barreras para el uso del condón, con “Bootstrap”*

Barreras para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Bootstrap</i>	
				<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	50.754	7.866	.001	35.483	65.971
Edad	.251	.161	.115	-.070	.559
Depresión	-.023	.083	.778	-.184	.142
Autoestima sexual	-.224	.054	.001	-.334	-.117
Escolaridad	-.066	.523	.897	-1.111	.980
Estado civil	.432	4.513	.914	-8.446	9.553
Religión	.803	4.640	.137	-16.035	2.155

*Nota:* Variable dependiente= barreras para el uso del condón; *B*= b; *SE*= Error estándar; *n*=605

El tercer modelo que se ajustó tomó como variables independientes la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión y como variable dependiente la autoeficacia para el uso del condón. En la tabla 22, se puede apreciar que la autoestima sexual influye sobre la autoeficacia para el uso del condón ( $F_{[6,598]} = 8.354, p < .001$ ), con una varianza explicada del 7.7%. Resultados confirmados a través del contraste Bootstrap, por lo que se puede decir que la autoestima sexual aumenta .16 puntos la autoeficacia para el uso del condón en las mujeres (tabla 23).

Tabla 22

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con autoeficacia para el uso del condón*

Autoeficacia para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	65.543	4.396	-	.001
Edad	.052	.084	.024	.539
Depresión	-.017	.042	-.020	.693
Autoestima sexual	.169	.029	.270	.001
Escolaridad	.031	.296	.004	.917
Estado civil	1.932	2.520	.069	.444
Religión	-.495	2.550	-.018	.846

*Nota:* Variable dependiente= autoeficacia para el uso del condón; *B*= b; *SE*= Error estándar; *Beta*= valor de beta; *n*=605

Tabla 23

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con autoeficacia para el uso del condón, con “Bootstrap”*

Autoeficacia para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Bootstrap</i>	
				<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	65.543	4.689	.001	56.198	74.780
Edad	-.052	.090	.556	-.226	.128
Depresión	-.017	.041	.699	-.100	.060
Autoestima sexual	.169	.034	.001	.104	.238
Escolaridad	.031	.350	.932	-.688	.687
Estado civil	1.932	3.101	.524	-4.428	7.762
Religión	-.495	3.057	.859	-5.520	6.459

*Nota:* Variable dependiente= autoeficacia para el uso del condón; *B*= b; *SE*= Error estándar; *n*=605

El objetivo seis establece si la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión influyen en el apoyo de pareja y violencia de pareja. Se encontró que la depresión se correlaciona negativa y significativamente con apoyo de pareja ( $r_s = -.457, p < .001$ ) y autoestima sexual positiva y significativamente con apoyo de pareja ( $r_s = .417, p < .001$ ) (tabla 24).

Tabla 24

*Matriz de correlación entre edad, depresión, autoestima sexual y escolaridad con apoyo de pareja y violencia de pareja*

Variables	Edad	Depresión	Autoestima sexual	Escolaridad
Apoyo de pareja	.057	-.457**	.417**	-.039
Violencia de pareja	-.027	.046	.035	-.051

*Nota: \*\* $p < .001$*

Se ajustaron dos modelos de regresión lineal simple. En el primer modelo ajustado se consideró la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión como variables independientes y el apoyo de pareja como la variable dependiente. Se encontró que, la depresión, autoestima sexual y religión influyen sobre el apoyo de pareja ( $R^2 = .23, F_{[6,598]} = 29.733, p < .001$ ) (tabla 25). Dichos resultados fueron verificados a través del contraste Bootstrap, por lo que se concluye que, a mayor depresión, menor apoyo de pareja; a mayor autoestima sexual, mayor apoyo de pareja y a mayor práctica religiosa, mayor apoyo de pareja (tabla 26).

Tabla 25

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con apoyo de pareja*

Apoyo de pareja	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	52.684	3.601	-	.001
Edad	.076	.069	.040	.268
Depresión	-.155	.034	.204	.001
Autoestima sexual	.136	.023	.242	.001
Escolaridad	-.151	.243	-.022	.535
Estado civil	-.355	2.065	-.014	.864
Religión	.188	1.089	.209	.013

*Nota:* Variable dependiente= apoyo de pareja; *B*= b; *SE*= Error estándar; *Beta*= valor de beta; *n*=605

Tabla 26

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con apoyo de pareja, con "Bootstrap"*

Apoyo de pareja	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	52.684	3.697	.001	45.580	60.277
Edad	.076	.064	.233	-.050	.205
Depresión	-.155	.040	.001	.079	.234
Autoestima sexual	.136	.028	.001	.079	.188
Escolaridad	-.151	.244	.535	-.622	.337
Estado civil	-.355	2.364	.880	-5.094	4.249
Religión	.188	1.378	.033	.518	10.061

*Nota:* Variable dependiente= apoyo de pareja; *B*= b; *SE*= Error estándar; *n*=605

En las tablas 27 y 28, se observa el segundo modelo analizado, que tiene como variables independientes la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión y como variable dependiente violencia de pareja. Los resultados muestran que ninguna de las variables influye sobre la violencia de pareja en mujeres.

Tabla 27

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con violencia de pareja*

Violencia de pareja	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	11.025	3.002	-	.001
Edad	.028	.057	.020	.625
Depresión	.046	.029	-.081	.107
Autoestima sexual	-.037	.020	-.088	.058
Escolaridad	-.284	.202	-.056	.161
Estado civil	4.083	1.721	.216	.018
Religión	-.280	1.742	-.015	.872

*Nota:* Variable dependiente= violencia de pareja; *B*= b; *SE*= Error estándar; *Beta*= valor de beta; *n*=605

Tabla 28

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con violencia de pareja, con "Bootstrap"*

Violencia de pareja				<i>Bootstrap</i>	
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	11.025	3.257	.002	4.519	17.506
Edad	.028	.057	.627	-.085	.141

*Nota:* Variable dependiente= violencia de pareja; *B*= b; *SE*= Error estándar; *n*=605

(continúa)

Tabla 28

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión con violencia de pareja, con “Bootstrap” (continuación)*

Violencia de pareja	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Depresión	.046	.025	.074	-.097	.005
Autoestima sexual	-.037	.023	.103	-.084	.004
Escolaridad	-.284	.218	.198	-.732	.149
Estado civil	4.083	2.921	.156	-1.000	10.160
Religión	-.280	3.029	.938	-6.446	5.049

*Nota:* Variable dependiente= violencia de pareja; *B*= b; *SE*= Error estándar; *n*=605

El objetivo siete determinó si el apoyo de pareja y violencia de pareja influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón. Se encontró una correlación significativa entre los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón con el apoyo de pareja. Además, se encontró una correlación negativa y significativa entre violencia de pareja y autoeficacia para el uso del condón (tabla 29).

Tabla 29

*Matriz de correlación entre apoyo de pareja, violencia de pareja y beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón*

Variables	Apoyo de pareja	Violencia de pareja
Beneficios para uso del condón	.315**	.018
Barreras para uso del condón	-.083*	.035
Autoeficacia para uso del condón	.439**	-.081*

*Nota:* \**p*< .05, \*\**p*< .001

Se ajustaron tres modelos, el primer modelo consideró como variables independientes el apoyo de pareja y violencia de pareja y los beneficios para el uso del condón como variable dependiente. Los resultados muestran que solo el apoyo de pareja influye sobre los beneficios para el uso del condón ( $R^2 = .09$ ,  $F_{[2,602]} = 31.990$ ,  $p < .001$ ) (tabla 30). Los resultados anteriores fueron confirmados con contraste Bootstrap, por lo que se puede concluir que, a mayor apoyo de pareja, mayores beneficios para el uso del condón en las mujeres (tabla 31).

Tabla 30

*Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con beneficios para el uso del condón*

Beneficios para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	61.027	3.315	-	.001
Apoyo de pareja	.343	.044	.308	.001
Violencia de pareja	-.013	.058	-.009	.818

*Nota:* Variable dependiente= beneficios para el uso del condón; *B= b*; *SE=* Error estándar; *Beta=* valor de beta;  $n=605$

Tabla 31

*Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con beneficios para el uso del condón, con "Bootstrap"*

Beneficios para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Bootstrap</i>	
				<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	61.027	5.107	.001	50.698	71.046
Apoyo de pareja	.343	.066	.001	.215	.475
Violencia de pareja	-.013	.054	.810	-.121	.091

*Nota:* Variable dependiente= beneficios para el uso del condón; *B= b*; *SE=* Error estándar;  $n=605$

En las tablas 32 y 33 se muestran los coeficientes que se obtuvieron en el segundo modelo ajustado, se tomó como variables independientes apoyo de pareja y violencia de pareja y las barreras para el uso del condón como variable dependiente. Los resultados muestran que ninguna de las variables influye en las barreras para el uso del condón en las mujeres.

Tabla 32

*Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con barreras para el uso del condón*

Barreras para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	34.107	6.430	-	.001
Apoyo de pareja	.031	.084	.015	.711
Violencia de pareja	.084	.112	.031	.454

*Nota:* Variable dependiente= barreras para el uso del condón; *B= b*; *SE=* Error estándar; *Beta=* valor de beta; *n=605*

Tabla 33

*Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con barreras para el uso del condón, con "Bootstrap"*

Barreras para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Bootstrap</i>	
				<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	34.107	6.313	.001	21.355	46.740
Apoyo de pareja	.031	.088	.714	-.146	.205
Violencia de pareja	.084	.092	.344	-.094	.271

*Nota:* Variable dependiente= barreras para el uso del condón; *B= b*; *SE=* Error estándar; *n=605*



Por último, en el tercer modelo se consideró el apoyo de pareja y violencia de pareja como variables independientes y como variable dependiente la autoeficacia para el uso del condón. El modelo muestra que el apoyo de pareja y violencia de pareja influyen sobre la autoeficacia para el uso del condón ( $F_{[2,602]} = 100.076, p < .001$ ), explicando la varianza en un 24% (tabla 34). Para confirmar los resultados se utilizó contraste Bootstrap, por lo que se concluye que, a mayor apoyo de pareja, mayor autoeficacia para el uso del condón y a menor violencia de pareja, mayor autoeficacia para el uso del condón (tabla 35).

Tabla 34

*Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con autoeficacia para el uso del condón*

Autoeficacia para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	38.273	3.032	-	.001
Apoyo de pareja	.534	.040	.479	.001
Violencia de pareja	-.129	.053	-.087	.015

*Nota:* Variable dependiente= autoeficacia para el uso del condón; *B= b*; *SE=* Error estándar; *Beta=* valor de beta; *n=605*

Tabla 35

*Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con autoeficacia para el uso del condón, con "Bootstrap"*

Autoeficacia para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Bootstrap</i>	
				<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	38.273	3.569	.001	31.284	45.163
Apoyo de pareja	.534	.046	.001	.447	.621
Violencia de pareja	-.129	.069	.050	-.272	-.006

*Nota:* Variable dependiente= autoeficacia para el uso del condón; *B= b*; *SE=* Error estándar; *n=605*

El objetivo ocho analizó el efecto de los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón sobre la conducta sexual asertiva. Se encontró que existe correlación positiva y significativa entre los beneficios ( $r_s = .266, p < .001$ ) y autoeficacia para el uso del condón ( $r_s = .194, p < .001$ ) con conducta sexual asertiva y una correlación negativa y significativa entre barreras para el uso del condón ( $r_s = -.288, p < .001$ ) con conducta sexual asertiva (tabla 36).

Tabla 36

*Matriz de correlación entre beneficios, barreras, autoeficacia para el uso del condón y la conducta sexual asertiva*

Variables	Conducta sexual asertiva
Beneficios para el uso del condón	.266**
Barreras para el uso del condón	-.288**
Autoeficacia para el uso del condón	.194**

*Nota: \*\* $p < .001$*

Se calculó un modelo a través de una regresión lineal simple, considerando como variables independientes los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón y como variable dependiente la conducta sexual asertiva, el cual fue estadísticamente significativo ( $R^2 = .12, F_{[3,601]} = 29.060, p < .001$ ) (tabla 37). A través del modelo con contraste Bootstrap, se confirmó que, a mayores beneficios para el uso del condón, mayor conducta sexual asertiva; a menor barreras para el uso del condón, mayor conducta sexual asertiva y a mayor autoeficacia para el uso del condón, mayor conducta sexual asertiva (tabla 38).

Tabla 37

*Modelo de regresión de beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón con conducta sexual asertiva*

Conducta sexual asertiva	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	15.571	6.484	-	.017
Beneficios para el uso del condón	.392	.067	.237	.001
Barreras para el uso del condón	-.203	.034	-.226	.001
Autoeficacia para el uso del condón	.148	.066	.090	.026

*Nota:* Variable dependiente= conducta sexual asertiva; *B*= b; *SE*= Error estándar; *Beta*= valor de beta; *n*=605

Tabla 38

*Modelo de regresión de beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón con conducta sexual asertiva, con “Bootstrap”*

Conducta sexual asertiva	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Bootstrap</i>	
				<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	15.571	6.769	.017	2.764	28.451
Beneficios para el uso del condón	.392	.085	.001	.230	.554
Barreras para el uso del condón	-.203	.037	.001	-.279	-.135
Autoeficacia para el uso del condón	.148	.070	.033	.013	.288

*Nota:* Variable dependiente= conducta sexual asertiva; *B*= b; *SE*= Error estándar; *n*=605

Por último, el objetivo nueve propuso identificar si apoyo de pareja y violencia de pareja tienen efecto sobre la conducta sexual asertiva. En la tabla 39, se observa que el apoyo de pareja se relacionó positiva y significativamente con conducta sexual

asertiva ( $r_s = .377, p < .001$ ) y la violencia de pareja se relacionó negativa y significativamente con conducta sexual asertiva ( $r_s = -.306, p < .001$ ).

Tabla 39

*Matriz de correlación entre apoyo de pareja y violencia de pareja con conducta sexual asertiva*

VARIABLES	Conducta sexual asertiva
Apoyo de pareja	.377**
Violencia de pareja	-.306**

*Nota: \*\* $p < .001$*

Se ajustó un modelo de regresión lineal donde se consideró como variables independientes el apoyo de la pareja y violencia de pareja y como variable dependiente la conducta sexual asertiva. Los resultados muestran que el apoyo de pareja y violencia de pareja tienen efecto sobre la conducta sexual asertiva (tabla 40), explicando un 18% de la varianza ( $F_{[2,602]} = 69.374, p < .001$ ), los resultados se confirmaron a través de contraste Bootstrap, por lo que se concluye que, a mayor apoyo de pareja, mayor conducta sexual asertiva y a menor violencia de pareja, mayor conducta sexual asertiva (tabla 41).

Tabla 40

*Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con conducta sexual asertiva*

Conducta sexual asertiva	B	SE	Beta	p
Constante	.025	5.200	-	.996
Apoyo de pareja	.660	.068	.359	.001
Violencia de pareja	-.739	.091	.302	.001

*Nota: Variable dependiente= conducta sexual asertiva; B= b; SE= Error estándar;*

*Beta= valor de beta; n=605*

Tabla 41

*Modelo de regresión de apoyo de pareja y violencia de pareja con conducta sexual asertiva, con “Bootstrap”*

Conducta sexual asertiva	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	.025	5.447	.996	-10.966	10.317
Apoyo de pareja	.660	.073	.001	.518	.805
Violencia de pareja	-.739	.101	.001	.570	.965

*Nota:* Variable dependiente= conducta sexual asertiva; *B= b*; *SE=* Error estándar; *n=605*

### **Objetivo General**

El objetivo general probar la relación de las variables, experiencia previa (parejas sexuales), factores personales biológicos (edad), psicológicos (depresión, autoestima sexual), socioculturales (escolaridad, estado civil y religión), cogniciones y afectos específicos de la conducta (beneficios y barreras percibidas para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, apoyo de pareja y violencia de pareja) que influyen sobre la conducta sexual asertiva. Para dar respuesta, se ajustó un modelo de regresión lineal univariado con método backward, el cual elimina una a una las variables independientes según su capacidad explicativa sobre la variable dependiente (conducta sexual asertiva).

Los resultados muestran que el modelo consideró ocho variables de las 13 introducidas al análisis, excluyendo cuatro variables: parejas sexuales, estado civil, beneficios para el uso del condón y autoeficacia para el uso del condón, siendo el modelo significativo ( $F_{[8,596]} = 85.968, p < .001$ ), explicando la varianza en un 53% (tabla 42). El modelo fue analizado con contraste Bootstrap, en el cual se confirma que el apoyo de pareja no influye sobre la conducta sexual asertiva ( $\beta = .112, p < .082$ ) (tabla 42).

Tabla 42

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, religión, barreras para el uso del condón, apoyo de pareja y violencia de pareja con conducta sexual asertiva*

Conducta sexual asertiva	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	3.404	6.177	-	.001
Edad	.264	.098	.076	.007
Depresión	-.210	.050	-.150	.001
Autoestima sexual	.376	.035	.364	.001
Escolaridad	.828	.347	.067	.017
Religión	-1.383	1.478	-.360	.001
Barreras para el uso del condón	-.065	.026	-.072	.014
Apoyo de pareja	.112	.060	.061	.062
Violencia de pareja	-.649	.071	-.266	.001

*Nota:* Variable dependiente= conducta sexual asertiva; *B*= b; *SE*= Error estándar; *Beta*= valor de beta; *n*=605

Tabla 43

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, religión, barreras para el uso del condón, apoyo de pareja y violencia de pareja con conducta sexual asertiva, con "Bootstrap"*

Conducta sexual asertiva	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Bootstrap</i>	
				IC 95%	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	3.404	5.831	.001	-15.318	7.879
Edad	.264	.102	.005	.168	.472

*Nota:* Variable dependiente= conducta sexual asertiva; *B*= b; *SE*= Error estándar; *n*=605

(continúa)

Tabla 43

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, religión, barreras para el uso del condón, apoyo de pareja y violencia de pareja con conducta sexual asertiva, con “Bootstrap” (continuación)*

Conducta sexual asertiva	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Depresión	-.210	.049	.001	-.113	.304
Autoestima sexual	.376	.038	.001	.303	.456
Escolaridad	.828	.390	.036	.036	1.586
Religión	-1.383	1.448	.001	-1.254	9.286
Barreras para el uso del condón	-.065	.026	.015	-.117	-.017
Apoyo de pareja	.112	.065	.082	-.011	.242
Violencia de pareja	-.649	.084	.001	-.500	.831

*Nota:* Variable dependiente= conducta sexual asertiva; *B*= *b*; *SE*= Error estándar; *n*=605

Con base en los resultados obtenidos se consideró examinar otro modelo para analizar los coeficientes excluyendo la variable apoyo de pareja y considerar de nuevo el ajuste. El modelo se ajustó considerando la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, religión, barreras para el uso del condón y violencia de pareja como variables independientes y conducta sexual asertiva como variable dependiente, los coeficientes muestran que el modelo se ajusta significativamente ( $F_{[7,597]} = 97.339, p < .001$ ), explicando la varianza en un 52.8% de la conducta sexual asertiva, por lo que finalmente se quedaron siete variables de las 13 introducidas inicialmente al modelo (tablas 44 y 45).

Tabla 44

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, religión, barreras para el uso del condón y violencia de pareja con conducta sexual asertiva*

Conducta sexual asertiva	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	2.394	5.357	-	.655
Edad	.257	.098	.074	.009
Depresión	-.226	.049	-.162	.001
Autoestima sexual	.393	.034	.380	.001
Escolaridad	.806	.348	.065	.021
Religión	-1.052	1.437	-.374	.001
Barreras para el uso del condón	-.058	.026	-.064	.027
Violencia de pareja	-.627	.070	-.256	.001

*Nota:* Variable dependiente= conducta sexual asertiva; *B= b*; *SE=* Error estándar;

*Beta=* valor de beta; *n=605*

Tabla 45

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, religión, barreras para el uso del condón y violencia de pareja con conducta sexual asertiva, con "Bootstrap"*

Conducta sexual asertiva	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	2.394	5.648	.678	-8.174	13.635
Edad	.257	.101	.013	.167	.362
Depresión	-.226	.048	.001	-.131	.317

*Nota:* Variable dependiente= conducta sexual asertiva; *B= b*; *SE=* Error estándar; *n=605*

(continúa)



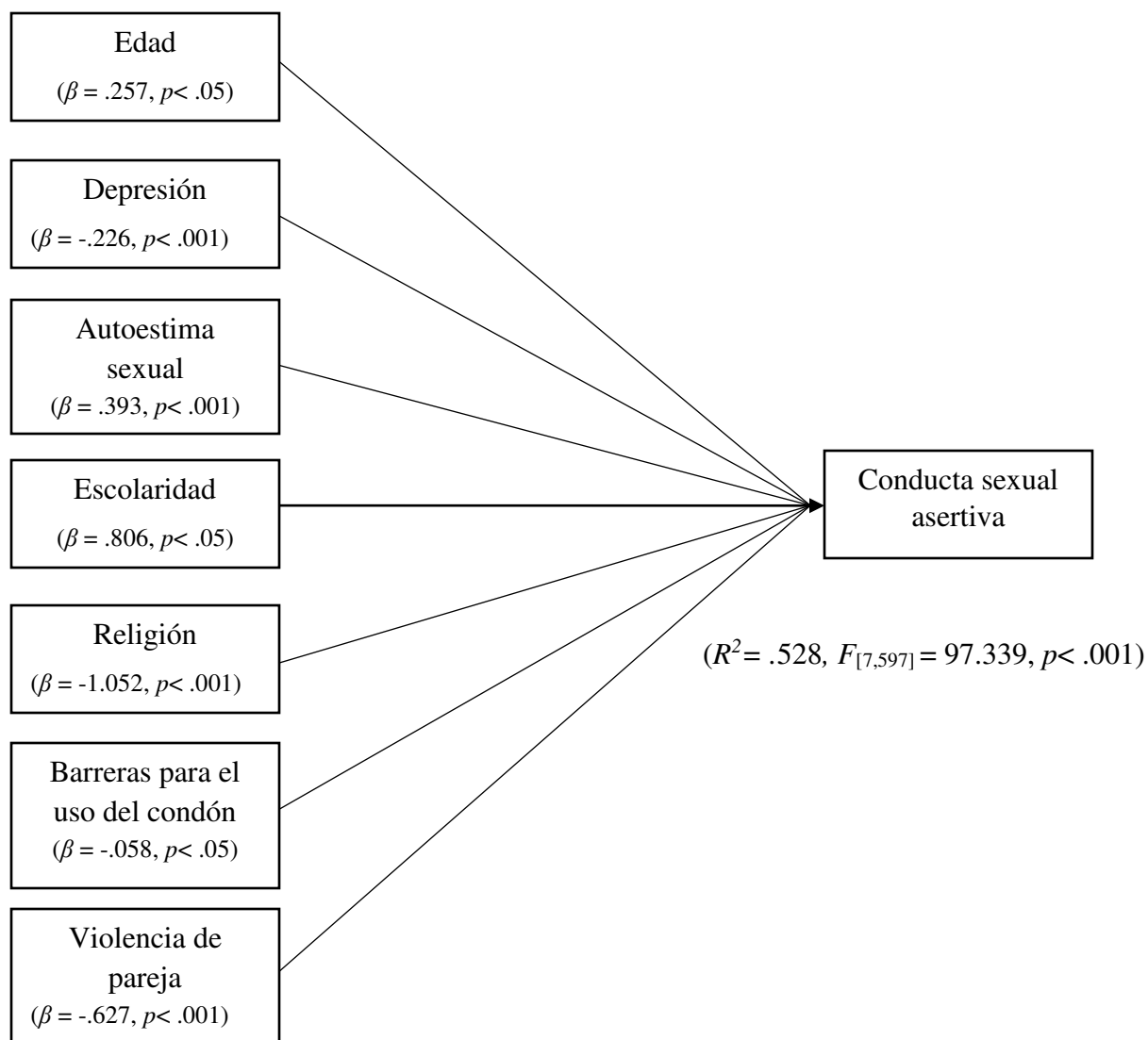
Tabla 45

*Modelo de regresión de edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, religión, barreras para el uso del condón y violencia de pareja con conducta sexual asertiva, con “Bootstrap” (continuación)*

Conducta sexual asertiva	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Bootstrap</i>	
				<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Autoestima sexual	.393	.035	.001	.325	.464
Escolaridad	.806	.395	.045	.021	1.594
Religión	-1.052	1.459	.001	-1.183	9.828
Barreras para el uso del condón	-.058	.026	.034	-.113	-.007
Violencia de pareja	-.627	.085	.001	-.477	.814

*Nota:* Variable dependiente= conducta sexual asertiva; *B*= b; *SE*= Error estándar; *n*=605

Debido a que la diferencia entre las varianzas del modelo inicial y el modelo final analizados no fue significativa, se decidió dejar como modelo final al que no contempla el apoyo de pareja como variable predictora para la conducta sexual asertiva (figura 4).

**Figura 4.** Modelo general lineal de la conducta sexual asertiva en mujeres

*Figura 4.* Modelo que muestra el efecto directo de las variables (edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, religión, barreras para el uso del condón y violencia de pareja) sobre la conducta sexual asertiva, que en conjunto explican el 52.8% de la varianza.

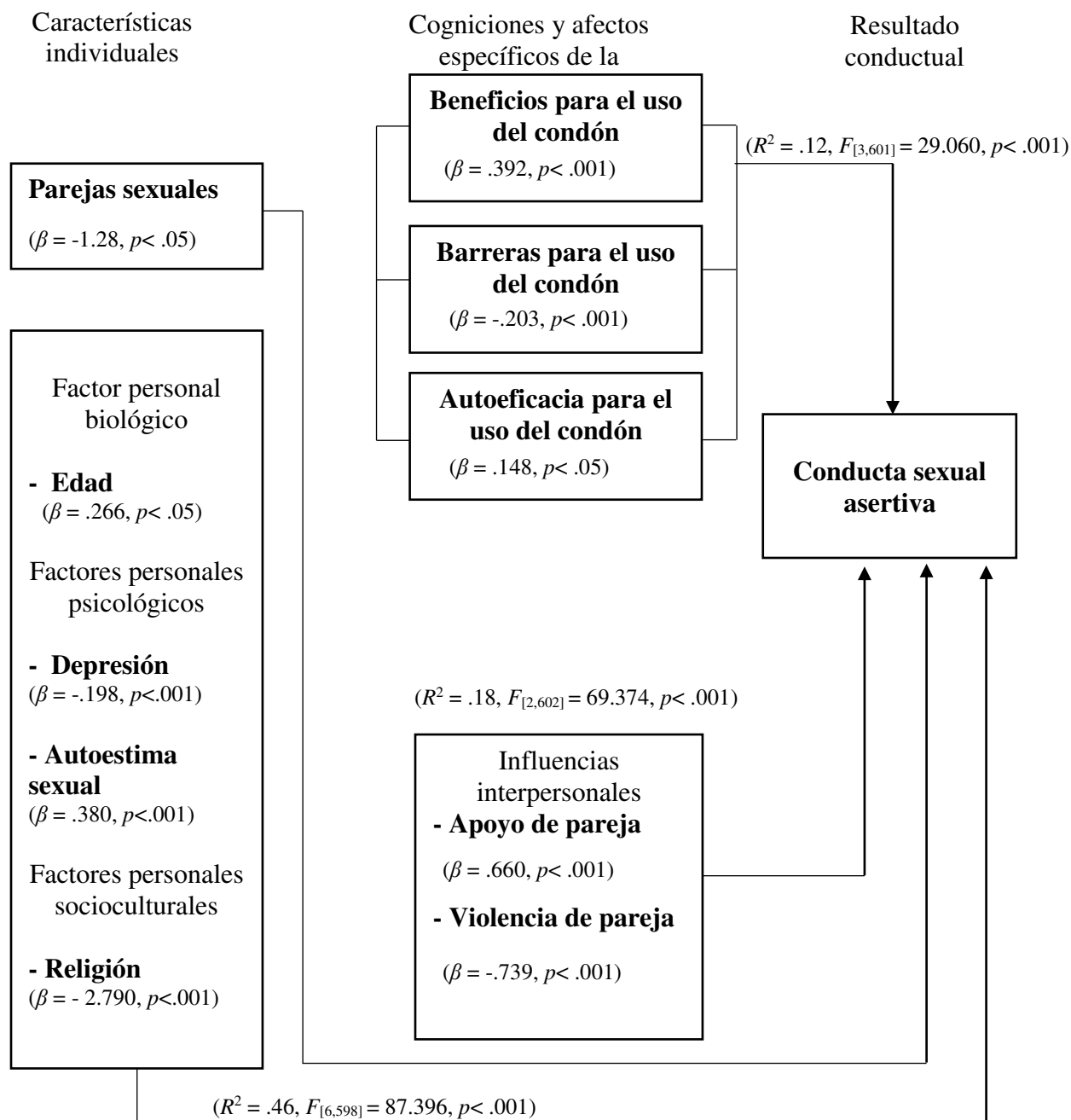
### **Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Mujeres (MCOSEAS)**

Este modelo se construyó a partir de lo propuesto por el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (2006), el cual propone una serie de conceptos y sus relaciones que intentan explicar la conducta sexual asertiva en las mujeres. El modelo se compone de los siguientes conceptos: 1) Parejas sexuales, 2) Edad, 3) Depresión, 4) Autoestima sexual, 5) Escolaridad, 6) Estado civil, 7) Religión, 8) Beneficios para el uso del condón, 9) Barreras para el uso del condón, 10) Autoeficacia para el uso del condón, 11) Apoyo de pareja, 12) Violencia de pareja y 13) Conducta sexual asertiva.

En la figura 5 se presenta el modelo que permitió identificar las variables que influyen sobre la conducta sexual asertiva en mujeres, y en la figura 6, la interacción entre las variables que forman al MCOSEAS. A continuación, se presentan las proposiciones teóricas que se confirmaron con los resultados del estudio:

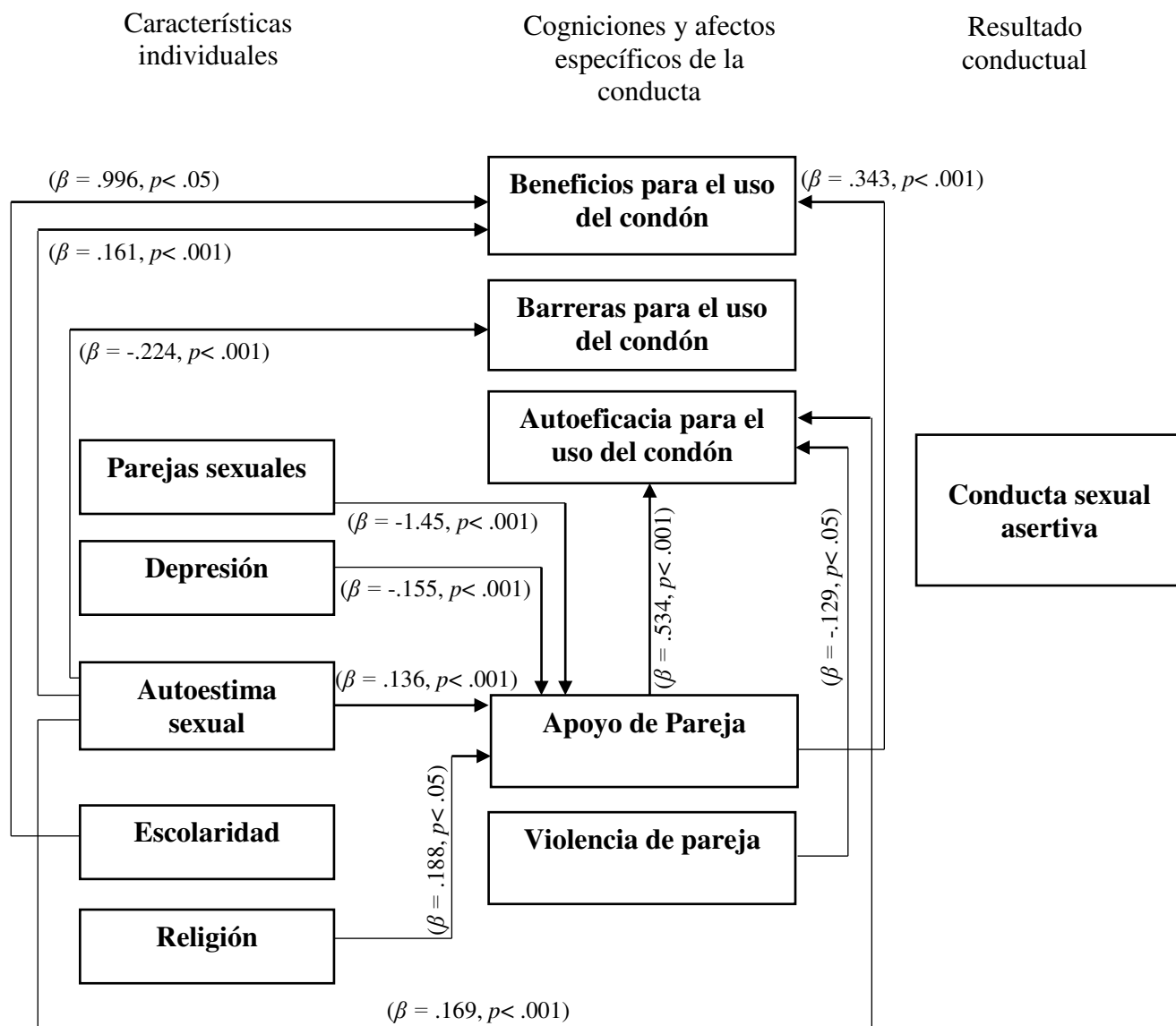
1. El número de parejas sexuales influye en la conducta sexual asertiva.
2. El número de parejas sexuales influye sobre el apoyo de pareja.
3. La edad, depresión, autoestima sexual y religión influyen en la conducta sexual asertiva.
4. La autoestima sexual y escolaridad influyen en los beneficios para el uso del condón.
5. La autoestima sexual influye sobre las barreras y autoeficacia para el uso del condón.
6. La depresión, autoestima sexual y religión influyen sobre el apoyo de pareja.
7. El apoyo de pareja influye sobre los beneficios para el uso del condón.
8. El apoyo de pareja y violencia de pareja influyen en la autoeficacia para el uso del condón.
9. Los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón influyen en la conducta sexual asertiva.
10. El apoyo de pareja y violencia de pareja influyen en la conducta sexual asertiva.

**Figura 5.** Influencia de las variables del MCOSEAS sobre la conducta sexual asertiva en mujeres



*Figura 5.* Modelo que muestra la influencia de la experiencia previa, factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales), cogniciones y afectos específicos de la conducta sobre la conducta sexual asertiva.

**Figura 6.** Influencia entre las variables del MCOSEAS



*Figura 6.* Modelo que muestra las relaciones entre la experiencia previa, factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales) y cogniciones y afectos específicos de la conducta para la conducta sexual asertiva en mujeres.

## Capítulo IV

### Discusión

El propósito del estudio fue probar la relación de las variables, experiencia previa (parejas sexuales), factores personales biológicos (edad), psicológicos (depresión, autoestima sexual), socioculturales (escolaridad, estado civil y religión), cogniciones y afectos específicos de la conducta (beneficios y barreras percibidas para el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, apoyo de pareja y violencia de pareja) que influyen sobre la conducta sexual asertiva. A continuación, se discuten aspectos sociodemográficos de la muestra estudiada y los resultados obtenidos de cada uno de los objetivos planteados. Posteriormente se presentan las limitaciones del estudio, conclusiones, y recomendaciones.

Respecto al uso del condón, cerca del total de la muestra, reportó uso inconsistente en sus relaciones sexuales. Dicho dato concuerda con lo reportado por el CENSIDA (2015), y con estudios realizados en otros contextos culturales (Maharaj & Cleland, 2005; Mckernon, 1996; Saul et al., 2000; Sherman & Latkin, 2001). Lo anterior pudiera atribuirse, a que más de la mitad de la muestra reportó tener una pareja formal, lo cual, es indicativo de que la presencia de compromiso y/o confianza que suele establecerse en una pareja estable, trae consigo dificultades para tomar decisiones sobre sexo seguro, poniendo en riesgo la salud sexual de la población (Cusick & Rhodes, 2000; Khan, Townsend, & D'Costa, 2002).

En relación a si el número de parejas sexuales influye en la conducta sexual asertiva, se encontró que, a menor número de parejas sexuales, mayor conducta sexual asertiva tienen las mujeres. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Auslander et al. (2007) y Jenkins (2008). Sin embargo, estos resultados son contradictorios a lo descrito por Rickert et al. (2002) y Rickert et al. (2006), quienes reportaron que las mujeres que tienen un menor número de parejas sexuales, tienden a presentar menor conducta sexual asertiva, esto pudiera atribuirse a que predominaron las mujeres con

pareja estable y que han tenido en promedio dos parejas sexuales a lo largo de su vida. De acuerdo a Hirsch, Higgins, Bentley y Nathanson (2002), cuando las mujeres tienen una relación de pareja formal, poseen estabilidad y confianza, lo que las puede llevar a desarrollar asertividad sexual.

En función a los hallazgos encontrados respecto así el número de parejas sexuales tiene efecto sobre los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón, los resultados de este estudio muestran, que independiente del número de parejas sexuales que tenga la mujer, no se relaciona con beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón. Cabe resaltar que, se esperaba una relación entre las variables antes mencionadas, dado que, la teoría de la que se deriva el presente estudio enfatiza la importancia de la experiencia previa sobre las cogniciones de la conducta (beneficios, barreras y autoeficacia percibida), ya que están basados en resultados personales de su experiencia previa (Pender, 2006).

Aún y cuando la teoría establece esa relación, los resultados obtenidos pudieran deberse a diferentes circunstancias. Una de ellas sería que la evidencia empírica encontrada fue realizada en países con culturas diferentes a la de México (Auslander et al., 2007; Rickert et al., 2006; Weinstein et al., 2008). Otra circunstancia sería que la mayoría de las participantes del presente estudio ha tenido en promedio dos parejas sexuales, lo cual resulta contradictorio con lo encontrado por Ong, Smith, Wong, McNamee y Fairley (2012), quienes mencionan que al tener mayor número de parejas sexuales, se adquieren diferentes experiencias, ya sea positivas o negativas hacia el uso del condón.

Respecto ha, si el número de parejas sexuales tiene efecto sobre el apoyo de pareja y violencia de pareja, se encontró que, a menor número de parejas sexuales, mayor es el apoyo de pareja que percibe la mujer. Estos datos discrepan con lo reportado por Marston y King (2006) y Widman, Welsh, McNulty y Little (2006), quienes encontraron que las mujeres con más número de parejas sexuales reportan mayor apoyo

por parte de su pareja, sobre todo al momento de decidir el uso del condón, esto puede ser atribuible a la comunicación asertiva que suelen desarrollar a través de las experiencias previas. Estos resultados pueden deberse, a que en México, se sigue presentando una ideología tradicional de la masculinidad dentro de la sexualidad, sobre todo tratándose de la historia sexual de la mujer, donde se sigue aceptando que el hombre guíe y dé la última decisión en la vida sexual de la pareja, afectando de forma importante la comunicación entre ellos, colocando a la mujer en una situación de riesgo (Díaz-Rodríguez, Rosas-Rodríguez, & González, 2010).

En cuanto a la influencia de la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión, sobre la conducta sexual asertiva, los resultados del estudio muestran que la edad, depresión, autoestima sexual y religión, influyen en la conducta sexual asertiva; no así la escolaridad y el estado civil. Es decir, a mayor edad, mayor conducta sexual asertiva. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Caruthers (2005), Rickert et al. (2006) y Rickert et al. (2002), quienes mencionan que la edad es un fuerte predictor de la conducta sexual asertiva. Lo anterior pudiera deberse a que entre más edad tiene una persona, suele ser más consciente sobre las consecuencias que le puede traer el tener una conducta sexual de riesgo, lo que la hace capaz de hacer valer sus derechos, al expresar lo que le gusta y no, así como tomar la decisión de como cuidarse en sus relaciones sexuales, en comparación a una mujer adolescente (Uribe, Covarrubias, & Andrade, 2008). Sin embargo, en base a los resultados encontrados en este estudio, el tener más edad, no garantiza que las mujeres lleven a cabo una conducta sexual asertiva.

En relación a la depresión, se obtuvo que a menores síntomas depresivos mayor conducta sexual asertiva. Estos resultados coinciden con lo reportado Granados et al. (2011) y Rickert et al. (2006), quienes encontraron que la depresión se asocia negativamente con la conducta sexual asertiva, esto puede deberse a que la depresión afecta significativamente al funcionamiento social, afectivo, físico y conductual de las



mujeres que la padecen (Ritterband & Spielberger, 1996), en este sentido, es razonable pensar que mujeres bajo esta afección presenten baja conducta sexual asertiva ya que esta, está dada por interacciones con la pareja, en donde es necesario expresar lo que desean hacer y lo que no en el ámbito sexual a comparación de mujeres sin depresión.

En lo que corresponde a la autoestima sexual, se encontró que a mayor autoestima sexual, mayor conducta sexual asertiva. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Jacobs y Thomlison (2009), Ménard y Offman (2009), Scholer y Ward (2006); Yamamiya et al. (2006) y quienes reportan que las mujeres con mayor autoestima sexual, tienen mayor capacidad para relacionarse sexualmente con sus parejas, debido a las actitudes positivas hacia su sexualidad y su capacidad para tomar decisiones en las relaciones sexuales, lo cual, las lleva a tener conducta sexual asertiva (Cava, Arango, & Musitu, 2001).

De acuerdo a la literatura, se ha identificado que algunas religiones prohíben el uso de métodos anticonceptivos incluyendo el condón. La justificación que emplean es que se debe recibir a todos los hijos que Dios mande, considerando pecado utilizar el condón o cualquier método anticonceptivo que no sea natural, ya que esto estaría en contra de la vida humana y por consiguiente en contra de la ley de Dios (Doctor et al., 2009). En este sentido, autores como Caruthers (2005) y Scholer y Ward (2006), encontraron en sus estudios, que la religión influye de forma negativa sobre la conducta sexual asertiva, lo cual coincide con los hallazgos encontrados en este estudio, en donde se encontró, que cerca de la mitad de las mujeres señaló que su religión alguna vez les ha prohibido el uso del condón en las relaciones sexuales.

Respecto a la escolaridad, en este estudio, no se relaciona con la conducta sexual asertiva en mujeres. Este hallazgo difiere con los resultados encontrados en los estudios de Rickert et al. (2006) y Rickert et al. (2002), quienes encontraron que, entre más años de escolaridad, la mujer tiene mayor conducta sexual asertiva. Esta falta de asociación puede adjudicarse a que más de la mitad de las participantes reportó alcanzar un nivel de

estudios de secundaria, por lo que haber alcanzado este grado, podría dificultar la adquisición de estrategias de comunicación y negociación en las mujeres dentro del ámbito sexual, ya que una mayor educación, empodera a las personas para la toma de decisiones en todos los aspectos de su vida (Sánchez, 2002).

En este estudio, el estado civil (pareja formal o casual) no se correlacionó con la conducta sexual asertiva. Dichos resultados difieren con los datos analizados por Parks et al. (2009) y Rickert et al. (2006), quienes mencionan que el estado civil (parejas casual o formal) se relaciona con la asertividad sexual de las mujeres, indicando que la mujer que tienen parejas casuales tiene mayor AS. En el presente estudio más de la mitad de las mujeres tienen una pareja formal, lo cual pudiera ser una explicación a la falta de asociación con la conducta sexual asertiva. Lo anterior puede deberse, a que en la actualidad, las relaciones sexuales son influenciadas y dirigidas por el varón, siendo ellos quienes dan la última decisión o aprobación sobre el uso de métodos anticonceptivo, creando en la mujer supresión de pensamientos y/o decisiones en cuanto a su vida sexual, lo cual las lleva a aceptar prácticas sexuales no deseadas y de riesgo (Jacobs & Thmlison, 2009).

En cuanto a si la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón. Se encontró que a mayor autoestima sexual mayor percepción de beneficios para el uso del condón, dichos resultados concuerdan con lo descrito por Dove y Wiederman (2000) y James (2011), esto se pudiera atribuir a las actitudes positivas hacia la sexualidad que tienen las mujeres con mayor autoestima sexual, la cual las lleva a percibir más beneficios para el uso del condón (Cava et al., 2001). Sin embargo, es importante resaltar que el percibir beneficios hacia el condón, no garantiza su uso, ya que en el presente estudio la mayoría de las mujeres reportaron uso inconsistente del mismo.

Así mismo en este estudio, las mujeres con mayor escolaridad, perciben mayores beneficios para el uso del condón. Dichos resultados concuerdan por lo reportado por

Rickert et al. (2002), quienes encontraron una relación positiva entre la escolaridad y los beneficios para el uso del condón. Lo anterior pudiera deberse, a que las personas que tienen educación básica adquieren información acerca de educación sexual incluyendo los beneficios sobre métodos anticonceptivos (condón) (Sánchez, 2002).

Respecto a la autoestima sexual, en el presente estudio se obtuvo que, a mayor autoestima sexual, menores barreras para el uso del condón, y a mayor autoestima sexual mayor autoeficacia para el uso del condón. Lo anterior se relaciona con lo encontrado por Cava et al. (2001), quienes mencionan la autoestima sexual se relaciona con la capacidad de tomar decisiones para relaciones sexuales seguras, forjándose a través de la interacción con otras personas e historia sexual (Gaynor & Underwood, 1995). Considerando que en este estudio, la media de autoestima sexual estuvo muy por encima del punto intermedio, es decir las mujeres de este estudio tienen confianza en si mismas como pareja sexual, se consideran una buena pareja sexual, y tienen habilidades sexuales. Posiblemente a esto se deba la baja percepción a cerca de las barreras para el uso del condón y una alta autoeficacia para el uso del condón.

En cuanto a la influencia de la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión sobre el apoyo de pareja y violencia de pareja. Los datos indican que a mayor depresión menor apoyo de pareja, esto pudiera ser debido a que una mujer con esta afección psicológica se encuentra más vulnerable a ser guiada o convencida por su pareja sexual para realizar conductas sexuales no deseadas o inseguras afectando de este modo el apoyo de pareja. También se encontró que a mayor autoestima sexual, mayor apoyo de pareja, esto pudiera ser debido a que una persona con autoestima sexual muestra confianza en sus habilidades para contralar su entorno y negociar actividades sexuales seguras y deseadas, lo cual las lleva a tener mayor probabilidad de que una conducta de menor riesgo o deseada se lleve a cabo (Sterk, Klein, & Elifson, 2003), en este sentido, según Oattes y Offman (2007) la autoestima sexual es un importante predictor de la comunicación sexual en las parejas.

Por otro lado, en el presente estudio se encontró que la edad, depresión, autoestima sexual, escolaridad, estado civil y religión, no influyen sobre la violencia de pareja, datos similares fueron reportados por Macy et al. (2006) y Stoner et al. (2008). Esto se pudiera adjudicar a que la violencia de pareja de cualquier tipo, es un variable multifactorial que tiene que ver con factores del agresor y de la víctima (Peek-Asa, García, McArthur, & Castro, 2002). Sin embargo, en el presente estudio, solo se analizaron los factores de la víctima, por lo que esto pudiera explicar los resultados encontrados.

Respecto a la influencia del apoyo de pareja y violencia de pareja sobre los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón, los resultados indican que, a mayor apoyo de pareja, mayores beneficios para el uso del condón en las mujeres. Lo anterior concuerda con lo reportado por Greene y Faulkner (2005) y Noar et al. (2002), quienes señalaron que las mujeres que reportaron tener apoyo de pareja, perciben mayores beneficios para el uso del condón. Esto puede ser debido, a que si ambos comparten las mismas creencias y beneficios acerca del uso del condón, se crean destrezas de comunicación entre la pareja, teniendo como resultado un uso consistente del mismo (Crosby, DiClemente, Wingood, Cobb, & Harrington, 2002).

También se encontró que el apoyo de pareja y violencia de pareja, no influyen en las barreras para el uso del condón, datos que concuerdan con lo reportado por Monahan, Miller y Rothspan (2001) y Rangel (2016). Lo anterior puede deberse a que en una pareja que existe apoyo para conductas sexuales seguras, da indicios de que existe comunicación asertiva, la cual se encuentra relacionada con el uso consistente del condón, por lo cual hace que no se consideren ni perciban obstáculos para su uso (Crosby et al., 2002). Mientras que las mujeres con algún tipo de violencia difícilmente podrán expresar percepciones hacia el uso de condón debido a la situación que viven, ya que este es un factor que afecta de forma importante la capacidad de la mujer para expresar sus opiniones dentro en el ámbito sexual (Rangel, 2016).

Por otro lado, el apoyo de pareja y violencia de pareja influyeron sobre la autoeficacia para el uso del condón. Wingood (2010) en su estudio reporta que las mujeres que contaban con el apoyo de su pareja, usaban el condón consistentemente y eran más propensas a reportar autoeficacia para el uso del condón. Estos resultados pudieran ser, a que una mujer que percibe apoyo por parte de su pareja tiene la confianza y habilidad para expresar y decidir el uso del condón en sus relaciones sexuales (Murphy, Stein, Maibach, & Schlenger, 2001). Por el contrario, una mujer víctima de violencia, difícilmente tendrá la capacidad y libertad para usar y negociar el uso del condón con su pareja sexual (Bowen, Williams, McCoy, & McCoy, 2001; Semple, Patterson, & Grant, 2002).

Respecto al efecto de los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón sobre la conducta sexual asertiva, en este estudio se obtuvo que a mayores beneficios para el uso del condón, mayor conducta sexual asertiva; a menores barreras para el uso del condón, mayor conducta sexual asertiva; y a mayor autoeficacia para el uso del condón, mayor conducta sexual asertiva, dichos resultados coinciden con lo reportado por Treffke et al. (2010) y Weinstein et al. (2008), quienes reportaron que las mujeres que perciben más beneficios para el uso del condón, tienen mayor conducta sexual asertiva. Esto puede deberse a que las mujeres que perciben mayor número de beneficios hacia el uso del condón, tienen mayor posibilidad de que realicen una conducta promotora que evite riesgos para su salud, en este caso la conducta sexual asertiva (Pender, 2006).

En este sentido, es importante resaltar que en el presente estudio, los beneficios que más percibieron las mujeres fueron, que si lo usan estarían a salvo de enfermedades y que protegerían a su pareja así como a ellas mismas. Sin embargo, el percibir beneficios para el uso del condón, no garantiza su uso, ya que la mayoría de las mujeres reportan un uso inconsistente del mismo. En relación a las barreras para el uso del condón, se encontró que esta variable influye negativamente en la conducta sexual

asertiva, es decir las mujeres que perciben mayor número de obstáculos o percepciones negativas hacia el uso del condón, presentan menor conducta sexual asertiva.

Datos similares fueron encontrados por Artz et al. (2002) y Rickert et al. (2002), quienes reportan que mujeres con mayor percepción de barreras, presentan menor conducta sexual asertiva. Esto pudiera deberse a que las mujeres del presente estudio reportaron como principales barreras, que el uso del condón hace que el sexo se sienta poco natural y que para utilizarlo tendrían que contar con la cooperación de su pareja. Además, de que su pareja podría pensar que no confían en él, siendo estas barreras más fuertes que los beneficios que perciben hacia el uso del condón, lo cual las lleva al uso inconsistente del mismo, siendo un impedimento para la conducta sexual asertiva.

Con respecto a la autoeficacia para el uso del condón y conducta sexual asertiva, se obtuvo que, a mayor autoeficacia para el uso del condón, mayor conducta sexual asertiva. Estos datos concuerdan con lo reportado por autores como Wingood (2010); Zamboni et al. (2000), quienes reportan que la autoeficacia para el uso del condón se asocia con mayor conducta sexual asertiva en mujeres. Esto es debido a la capacidad que presentan las mujeres para negociar el uso del condón, la cual les brinda confianza en sí mismas para llevar a cabo comportamientos saludables y establecer comunicación asertiva con su pareja, para desarrollar una conducta sexual asertiva (Pérez-Jiménez et al., 2009). Sin embargo, a pesar de que las mujeres se sienten auto-eficaces para usar y negociar el uso del condón con sus parejas, esto no garantiza que tengan uso consistente del mismo, tal y como se obtuvo en el presente estudio.

En cuanto a la influencia del apoyo de pareja y violencia de pareja sobre la conducta sexual asertiva. Se encontró que las mujeres que perciben mayor apoyo por parte de su pareja tienen mayor conducta sexual asertiva, esto es similar a lo reportado por Dolcini y Catania (2000), Greene y Faulkner (2005) y Noar et al. (2002), quienes encontraron que el apoyo de pareja es un factor muy importante para el desarrollo de la asertividad sexual de las mujeres. Esto pudiera deberse a que cuando un hombre tiene las

mismas ideas que su pareja y le brinda confianza y apoyo para la negociación de prácticas sexuales seguras, hace que las mujeres sientan más seguridad y confianza creando una mejor comunicación entre la pareja mejorando así la conducta sexual asertiva (Sterk et al., 2003).

En relación a la violencia de pareja y conducta sexual asertiva, los hallazgos muestran que a menor violencia de pareja mayor conducta sexual asertiva. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Macy et al. (2006), Rickert et al. (2006), Stoner et al. (2008), Testa et al. (2007) y Zerubavel y Messman (2013), quienes encontraron una relación negativa entre violencia de pareja y asertividad sexual en mujeres. Esto pudiera adjudicarse a que la capacidad de una mujer que es víctima de cualquier tipo de violencia por parte de su pareja se ve limitada de forma importante a expresar sus pensamientos y/o decisiones en cuanto a su vida sexual (Swan & O'Connell, 2012; Weir et al., 2008).

Sin embargo, la identificación de esta problemática depende de la percepción de la mujer, ya que en muchos casos las mujeres consideran ser merecedoras de las agresiones recibidas o bien no se percatan de que están siendo violentadas, considerando ciertas conductas violentas como normales, como suele presentarse en la violencia psicológica (Apt & Hulbert, 1993; Corbin et al., 2001). Cabe resaltar, que en el presente estudio, el tipo de agresiones violentas que más reportaron tener las mujeres fue la psicológica, la cual es la más difícil de detectar, siendo la que posiblemente esté afectando de forma importante la conducta sexual asertiva de las mujeres y por ende la salud sexual de esta población.

El modelo teórico de Pender et al. (2011), permitió abordar la temática desde una perspectiva de promoción de la salud, incluyendo variables personales biológicas, psicológicas, socioculturales, cogniciones de la conducta e influencias interpersonales, las cuales permitieron una visión holística del fenómeno de interés. Cabe resaltar que el seguimiento para el análisis de las relaciones que establece el modelo resultó favorable,

aumentando en cada paso la varianza explicada de la variable resultado (conducta sexual asertiva), por lo que el modelo MPS sirvió para entender y analizar estadísticamente la conducta sexual asertiva en mujeres.

### **Limitaciones del Estudio**

Los datos fueron recolectados en centros de salud de colonias a las orillas de Monterrey, en Zuazua y Ciénega de Flores, por lo que la generalización de los datos debe realizarse en poblaciones con características similares. Con respecto a los instrumentos utilizados, una de las limitaciones es que el tiempo de llenado era prolongado. Como el estudio abordaba temas muy sensibles y delicados para las mujeres, el sesgo de deseabilidad social pudo haber generado una subestimación en los resultados, por tal motivo se cuidó y recordó en todo momento la privacidad y anonimato de los datos para poder minimizar esta probabilidad.

El estudio fue de tipo transversal, lo que limita una evaluación de manera precisa impidiendo conocer la causalidad. Debido a la escasa literatura científica en relación a la variable asertividad sexual, se dificultó localizar literatura suficiente. Por último, respecto a los resultados, en la variable escolaridad un poco más de la mitad tuvo nivel de secundaria y en el estado civil tres cuartas partes de la población reportó tener pareja formal, por lo que no fue posible observar con claridad el comportamiento de estas dos variables.

### **Conclusiones**

La mayoría de las mujeres que participaron en este estudio reportó un grado de escolaridad de secundaria. El estado civil que más predominó fue el de casada seguido de unión libre, es decir, más de la mitad de las participantes tenía una pareja formal. Con respecto al uso del condón, la mayoría de las mujeres reportó uso inconsistente, independientemente de su estado civil. La mayoría de las mujeres reportó haber tenido dos parejas sexuales a lo largo de su vida. En cuanto a las parejas sexuales, la mayoría de las participantes ha tenido a lo largo de su vida dos parejas sexuales.



A menor número de parejas sexuales, mayor conducta sexual asertiva. Asimismo, se encontró que el número de parejas sexuales que tiene una mujer, no tienen efecto sobre sus beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón. También se encontró que, a menor número de parejas sexuales, mayor es el apoyo de pareja que percibe la mujer. La edad influye positivamente sobre la conducta sexual asertiva, es decir a mayor edad, mayor conducta sexual asertiva. A menor síntomas depresivos mayor conducta sexual asertiva. A mayor autoestima sexual, mayor conducta sexual asertiva en mujeres y la religión tiene influencia negativa sobre la conducta sexual asertiva.

Se encontró que las mujeres con mayor autoestima sexual y mayor escolaridad, perciben mayores beneficios para el uso del condón. Asimismo, las mujeres con nivel alto de autoestima sexual, perciben menos barreras para el uso del condón. Las mujeres con nivel alto de autoestima sexual tienen mayor autoeficacia para el uso del condón. Por otra parte, se concluye que, a mayores síntomas depresivos, menor es el apoyo de pareja que percibe la mujer; a mayor autoestima sexual, mayor apoyo de pareja e influencia positiva de la religión sobre el apoyo de pareja. Las mujeres que perciben mayor apoyo de pareja perciben mayores beneficios para el uso del condón y tienen mayor autoeficacia para el uso del condón; a menor violencia de pareja mayor autoeficacia para el uso del condón.

Se obtuvo que, a mayores beneficios para el uso del condón, mayor conducta sexual asertiva, a menores barreras para el uso del condón, mayor conducta sexual asertiva y a mayor autoeficacia para el uso del condón, mayor conducta sexual asertiva. Por último, mujeres que perciben mayor apoyo por parte de su pareja mayor es su conducta sexual asertiva y a menor violencia de pareja mayor conducta sexual asertiva.

### **Recomendaciones**

Se sugiere seguir realizando estudios en relación a la variable asertividad sexual y sus implicaciones en la salud sexual de las mujeres mexicanas. Realizar estudios

mixtos, ya que la incorporación de datos cualitativos y cuantitativos ayudaría a comprender y dar una idea más completa de la conducta sexual asertiva en las mujeres. Además, se sugiere agregar factores sexuales como lo son: el funcionamiento sexual, nivel de hormonas, deseo sexual, depresión sexual, ya que esto podría dar una idea más clara de la conducta sexual asertiva en esta población. En relación al modelo MPS, se sugiere seguir con su uso ya que en el presente estudio ayudó de forma teórica y estadística, a entender el fenómeno de la conducta sexual asertiva en mujeres.

Sería importante seguir estudiando las variables en diferentes poblaciones como hombres, adolescentes, HSH, mujeres con pareja casual, entre otras. Con los resultados se podría desarrollar, implementar y evaluar intervenciones de enfermería enfocadas en mejorar la conducta sexual asertiva en mujeres, con especial atención en las variables que demostraron tener mayor influencia sobre ésta, y con esto apoyar a la reducción de VIH/sida en poblaciones vulnerables. La metodología utilizada fue la apropiada para el tipo de estudio y variables que se midieron, permitiendo alcanzar a la población estimada y lograr los objetivos. Asimismo, la aplicación de los instrumentos por medio de papel y lápiz permitió evaluar de forma adecuada las variables de interés, sin embargo, algunos de los instrumentos son muy largos, por lo que se propone analizar o bien utilizar versiones cortas para evitar perder la atención de las participantes.

## Referencias

- Agudelo, D. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 5, 139-159.
- Agudelo, D. M., Gómez, Y., & López, P. (2014). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) con una muestra de población general colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32, 71-84.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Almeras, D., Bravo, R., Milosavljevic, V., Montaña, S., & Nieves, M. (2013). Violencia contra la mujer en la relación de pareja: América Latina y el Caribe: Una propuesta para medir su magnitud y evolución. Santiago de Chile: CEPAL-ECLAC.
- Apt, C., & Hurlbert, D.F. (1993). The sexuality of women in physically abusive marriages: A comparative study. *Journal of Family Violence*, 8, 57-69.
- Aristizabal, G. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*. ENEO-UNAM.
- Artz, L., Demand, M., Pulley, L., Posner, S. F., & Macaluso, M. (2002). Predictors of difficulty inserting the female condom. *Contraception*, 65, 151-157.
- Auslander, B.A., Perfect, M.M., Succop, P.A., & Rosenthal, S. L. (2007). Perceptions of sexual assertiveness among adolescent girls: Initiation, refusal, and use of protective behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20, 157-162.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Becker, M. H., & Maiman, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.

- Bowen, A., Williams, M., McCoy, H., & McCoy, C. (2001). Crack smokers' intention to use condoms with loved partners: Intervention development using the theory of reasoned action, condoms beliefs and processes of change. *AIDS Care, 13*(5), 579–595.
- Brink, T. (1993). Religiosity: measurement in Survey of Social Science: Psychology, Frank N. Magill, Ed., (pp. 2096–2102) Pasadena, CA: Salem Press.
- Burns, N., & Grove, S. (2012). *Investigación en enfermería (3ª ed.)*. Madrid, España: Elsevier.
- Campbell, J., Baty, M., Ghandour, J., & Stockman, J. (2008). The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: A review. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion, 15*, 221-31.
- Caruthers, A.S. (2005). «Hookups» and «Friends with benefits»: No relational sexual encounters as contexts of women's normative sexual development. Tesis doctoral. *University of Michigan, Michigan*.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology, 104*(2), 107-123.
- Castillo, L., C. (2012). Intervención por internet basada en la resiliencia del adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA. Tesis doctoral. *Universidad Autónoma de Nuevo León*.
- Cava, M., Arango, C., & Musitu, G. (2001). Autoestima, percepción de estrés y ánimo depresivo en grupos de riesgo. *Cuadernos de Trabajo Social, 14*, 17-28.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], (2014). El VIH/SIDA en México, Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de Junio del 2014.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA]. (2015). Conferencia Internacional de Sida (AIDS 2014). Recuperado el 23 de Marzo 2015 de

[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/Reporte\\_AIDS\\_0708141.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/Reporte_AIDS_0708141.pdf).

- Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades [CDC]. (2013). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings, 55.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38,300-14.
- Corbin, W., Bernat, A., Calhoun, S., McNair, D., & Seals, L. (2001). The role of alcohol expectancies and alcohol consumption among sexually victimized and nonvictimized college women. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 297-311.
- Crosby, R. A., DiClemente, R.J., Wingood, G., M., Cobb, B., K., & Harrington, K. (2002). Condom use and correlates of African American adolescent females' infrequent communication with sex partners about preventing sexually transmitted diseases and pregnancy. *Health Education & Behavior*, 29(2), 219–231.
- Crowell, L. (2004). Seropositive individuals willingness to communicate, self-efficacy, and assertiveness prior to HIV infection. *Journal of Health Communication*, 9, 395-424.
- Cusick, L., & Rhodes, T. (2000). Sustaining sexual safety in relationships: HIV positive people and their sexual partners. *Culture, Health & Sexuality*, 2(4), 473–487.
- Cutrona E., & Russell W. (1987). The provisions of social relationships and adaptations to stress. In: Jones WH, Perlman D, Editors. *Advances in personal relationships*. (pp. 37–67), Greenwich (CT): JAI Press.
- Darbes, A., & Lewis, A. (2005). HIV-specific social support predicts less sexual risk behavior in gay male couples. *Health Psychology*, 24(6), 617–22.
- Díaz, (2005). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer. Publicaciones de Psicología Aplicada.

- Díaz-Rodríguez, C., Rosas-Rodríguez, M., & González, M. T. (2010). Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexismo-12): diseño y análisis de propiedades psicométricas. *Summa Psicológica*, 7(2), 35-44.
- Doctor, H., Phillips, J., & Sakeah, E. (2009). The Influence of Changes in Women's Religious Affiliation on Contraceptive Use and Fertility Among the Kassena-Nankana of Northern Ghana. *Family Planning*, 40(2), 113–122.
- Dolcini, M., & Catania, A. (2000). Psychosocial profiles of women with risky sexual partners: The National AIDS Behavioral Surveys (NABS). *AIDS and Behavior*, 4, 297- 308.
- Dove, N., & Wiederman, M. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 67-78.
- Dude, A. (2007). Intimate partner violence and increased lifetime risk of sexually transmitted infection among women in Ukraine. *Stud Fam Plann*, 38(2), 89-100.
- Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1993). Substruction: Improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83-87.
- Dumoy, J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso Salud-enfermedad. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15(4), 453-60.
- Dunkle, K., Jewkes, R., Brown, H., Gray, G., McIntyre, J., & Harlow, S. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*, 363, 1415- 21.
- Fawcett, J. (2013) Contemporary nursing knowledge. *Analysis and evaluation of contemporary nursing. knowledge: Nursing models and theory*. Third ed. Philadelphia: F.A. Davis Company: 3-25, pp. 311-319.
- Gaynor, P., & Underwood, J. (1995). Conceptualizing and measuring sexual self-esteem. In P Shrouf & S Fiske (Ed.3ra) *Personality Research, Methods and Theory: A Festschrift Honoring Donald W. Ed*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. pp. 333-350.

- Granados, R., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. C. (2011). Relación de la ansiedad y depresión con la asertividad sexual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37, 155-156.
- Greene, K., & Faulkner, S. (2005). Gender, belief in the sexual double standard, and sexual talk in heterosexual dating relationships. *Sex Roles*, 53, 239-251.
- Grimley, D.M., Prochaska, G.E., Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1996). Cross-Validation of measures assessing decisional balance and self-Efficacy for condom use. *American Journal of Health Behavior*, 20(6), 406–417.
- Hankin, B. L. (2009). Development of sex differences in depressive and co-occurring anxious symptoms during adolescence: Descriptive trajectories and potential explanations in a multi-wave prospective study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(4), 460–472.
- Hirsch, J., Higgins, J., Bentley, M., & Nathanson, C. (2002). The social constructions of sexuality: Marital infidelity and sexually transmitted disease-HIV risk in a Mexican migrant community. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1227–1237.
- Honold, E., Alvarez-Gayou, J., & Millán, A. (2009). Diseño de una escala autoaplicada para la evaluación de la asertividad sexual. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 15(1) 23-30.
- Hurlbert, D.F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17, 183-190.
- Instituto Mexicano de Sexología [IMS]. (2014). *Sexualidad en la Pareja*. Recuperado de: <http://imesex.edu.mx/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2015). Número de habitantes por municipio. Recuperado de <http://inegi.org.mx/monografias/informacion/nl/poblacion/>.

- Jacobs, R.J., & Thomlison, B. (2009). Self-silencing and age as risk factors for sexually acquired HIV in midlife and older women. *Journal of Aging and Health, 21*, 102-128.
- James, R. (2011). Correlates of sexual self-esteem in a sample of substance-abusing women. *Journal of Psychoactive Drugs, 43*(1), 220-228.
- Jenkins, C.C. (2008). Are young adult colleges attending African American women protecting themselves from HIV/AIDS? A study of sexual assertiveness characteristics. Tesis doctoral. *Capella University*.
- Jewkes, R. (2013). Intimate partner violence: the end of routine screening. *Lancet, 382*(9888), 190-199.
- Khan, M., Townsend, J., & D'Costa, S. (2002). Behind closed doors: A qualitative study of sexual behaviour of married women in Bangladesh. *Culture, Health & Sexuality, 4*(2), 237-256.
- King, K.A., Vidourek, R.A., & Singh, A. (2014). Condoms, sex, and sexually transmitted diseases: Exploring controversial issues among Asian-Indian college students. *Sexuality & Culture, 18*(3), 649-663.
- Landy, F., & Conte, J. (2005). *Psicología Industrial: Introducción a la psicología industrial y organizacional*, Nueva York, McGraw-Hill.
- Lottes, I. (2000). New perspectives in sexual health. *New views on sexual health. The case of Finland*. Helsinki: The Population Research Institut. 3er Eds, pp. 7-28.
- Lucea, M. B., Hindin, M. J., Kub, J., & Campbell, J. C. (2012). HIV risk, partner violence, and relationship power among Filipino young women: testing a structural model. *Health Care for Women International, 33*(4), 302-320.
- Macy, R.J., Nurius, P.S., & Norris, J. (2006). Responding in their best interests: Contextualizing women's coping with acquaintance sexual aggression. *Violence Against Women, 12*, 478-500.



- Maharaj, P., & Cleland, J. (2005). Women on top: The relative influence of wives and husbands on contraceptive use in KwaZulu-Natal. *Women & Health, 41*(2), 31–41.
- Marston, C., & King, E. (2006). Factors that shape Young people's sexual behavior: a systematic review. *Lancet, 4*, 368.
- Mckernon, S. (1996). Managing condom use and non-use: A study of condom uses among clients of a sexual health clinic. *Venereology: Official Publication of the Nacional Venereology Council of Australia, 9*(4), 233–241.
- Ménard, A.D., & Offman, A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 18*, 35-45.
- Mínero, S., Ferrer, L., Cianelli, R., Bernales, M., & Cabieses, B. (2011). Intimate partner violence and HIV risk behaviors among socially disadvantaged Chilean women. *Violence Against Women, 17*(4), 517-531.
- Mittal, M., Senn, T. E., & Carey, M. P. (2011). Mediators of the relation between partner violence and sexual risk behavior among women attending a sexually transmitted disease clinic. *Journal of Sexually Transmitted Diseases, 38*(6), 510-515.
- Monahan, J., Miller, C., & Rothspan, S. (2001). Power and intimacy: On the dynamics of risky sex. *Health Communication, 9*(4), 303–321.
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., & Gibson, P. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 790-804.
- Morokoff, P.J., Redding, C.A., Harlow, L.L., Cho, S., Rossi, J.S., & Meier, K. (2009). Associations of sexual victimization, depression, and sexual assertiveness with unprotected sex: A test of multifaceted model of HIV risk across gender. *Journal of Applied Biobehavioral Research, 14*, 30-54.

- Murphy, D., Stein, J., Maibach, E., & Schlenger, W. (2001). Conceptualizing the multidimensional nature of self-efficacy: Assessment of situational context and level of behavioral challenge to maintain safer sex. *Health Psychology, 20*, 281–290.
- Noar, M., Morokoff, J., & Harlow, L. (2002). Condom negotiation in heterosexually active men and women: Development and validation of a condom influence strategy questionnaire. *Psychology and Health, 17*, 711-735.
- Noar, M., Morokoff, J., & Redding, A. (2002). Sexual assertiveness in heterosexually active men and women: A test of three samples. *AIDS Education and Prevention, 14*, 330-342.
- Oattes, K., & Offman, A. (2007). Global self-esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in intimate relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 16*, 89-100.
- Ong, J., Smith, M., Wong, W., McNamee, K., & Fairley, C. (2012). Contraception matters: indicators of poor usage of contraception in sexually active women attending family planning clinics in Victoria, Australia. *Biomedic Central Public Health, 12*, 08-11.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). Datos Estadísticos Mundiales. Recuperado el 1de Marzo 2015 de <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/World-AIDS-Day-Report-2014/factsheet>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Recuperado el 3 de Febrero 2015 de [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2014/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/).
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). The global HIV/AIDS epidemic. Recuperado de: <http://www.kff.org/hivaids/upload/3030-17.pdf>.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). Unite with women unite against violence.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). 10 datos sobre el VIH/SIDA.  
Recuperado de: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Temas de salud/Salud sexual.  
Recuperado de: [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/).
- Parks, A., Hsieh, P., Collins, L., King, P., & Levonyan-Radloff, K. (2009). Predictors of risky sexual behavior with new and regular partners in a sample of women bar drinkers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70*, 197-205.
- Peek-Asa, C. García, L., McArthur, D., & Castro, R. (2002). Severity of intimate partner abuse indicators as perceived by women in Mexico and the United States. *Women & Health, 35*(3), 165-180.
- Pender, N. (2006). Health promotion in nursing Practice. Third edition.
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2011). *Health promotion in nursing practice* (5<sup>th</sup> ed.) Upper Saddle River, NJ: Practice Hall.
- Pérez-Jiménez D., Santiago-Rivas, M., & Serrano-García, I. (2009). Comportamiento sexual y autoeficacia para la negociación de sexo más seguro en personas heterosexuales. *Interamerican Journal Psychology, 43*(2), 414-424.
- Phillips, D. Y., Walsh, B., Bullion, J. W., Reid, P. V., Bacon, K., & Okoro, N. (2014). The intersection of intimate partner violence and HIV in U.S. women: a review. *Journal of the Association of Nurses in AIDS, 25*(1), 36-49.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA]. (2014). *Hoja informativa 2014*.
- Rangel, Y. (2016). La violencia sexual como limitante en la percepción y gestión de riesgo frente al VIH en mujeres parejas de migrantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24*, 1-6.

- Rickert, I., Neal, P., Wiemann, M., & Berenson, B. (2006). Prevalence and predictors of low sexual assertiveness. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *13*, 88-89.
- Rickert, I., Sanghvi, R., & Wiemann, C.M. (2002). Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *34*, 178-183.
- Riggio, H., Galaz, B., Garcia, A., & Matthies, B. (2014). Contraceptive attitudes and sexual self-esteem among young adults: communication and quality of relationships with mothers. *International Journal of Sexual Health*, *26*, 268–281.
- Ritterband, M., & Spielberger, D. (1996). Construct Validity of the Beck Depression Inventory as a measure of state and trait depression in nonclinical populations. *Depression and Stress*, *2*(2), 123-145.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem. *American Journal of Sociology*, *60*, 141-56.
- Sánchez, A. (2002). El estudio de la sexualidad en la educación básica. *Población, desarrollo y salud sexual y reproductiva*. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx>.
- Santos-Iglesias, P., & Sierra, 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.
- Santos-Iglesias, P., & Sierra, C. (2010). Hurlbert Index of Sexual Assertiveness: A study of psychometric properties in a Spanish sample. *Psychological Reports*, *107*, 39-57.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J.C., & Vallejo-Medina, P. (2013). Predictors of sexual assertiveness: The role of sexual desire, arousal, attitudes and partner abuse. *Archives of Sexual Behavior*, *42*, 1043-1052.

- Saul, J., Norris, F., Bartholow, K., Dixon, D., Peters, M., & Moore, J. (2000). Heterosexual risk for HIV among Puerto Rican women: Does power influence self-protective Behavior? *AIDS and Behavior*, 4(4), 361–371.
- Schooler, D., & Ward, M. (2006). Men and Women: Relationships with media, real bodies, and sexuality. *Psychology of Men & Masculinity*, 7, 27-41.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmptsam.html>.
- Semple, S., Patterson, T., & Grant, I. (2002). Gender differences in the sexual risk practices of HIV+ heterosexual men and women. *AIDS and Behavior*, 6(1), 45–54.
- Seth, P., Raiford, J. L., Robinson, L. S., Wingood, G. M., & Diclemente, R. J. (2010). Intimate partner violence and other partner-related factors: correlates of sexually transmissible infections and risky sexual behaviors among young adult African American women. *Sex Health*, 7(1), 25-30.
- Sherman, S., & Latkin, C. (2001). Intimate relationship characteristics associated with condom use among drug users and their sex partners: A multilevel analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(1), 97–104.
- Sierra, C., Santos, P., Gutiérrez-Quintanilla, J.R., Gómez, P., & Maeso, M.D. (2008). Un estudio psicométrico del Hurlbert Index of Sexual Assertiveness en mujeres hispanas. *Terapia Psicológica*, 26, 117-123.
- Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P., & Santos-Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología*, 27(1), 17-26.
- Snell, W. E., & Papini, D. (1989). The Sexuality Scale (SS): An instrument to measure sexual- esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *The Journal of Sex Research*, 26, 256-263.

- Snell, W. E., Jr., Fisher, T. D., & Schuh, T. (2001). Chapter 3: Reliability and validity of the Sexuality Scale: A measure of sexual-esteem, sexual-depression, and sexual preoccupation. In W. E. Snell, Jr. (Ed.), *New directions in the psychology of human sexuality: Research and theory*. Cape Girardeau, MO: Snell Publications. Recuperado de: <http://cstl-cla.semo.edu/snell/books/sexuality/sexuality.htm>.
- Snell, W., Fisher, T. & Walters, A. (1993). The multidimensional sexuality questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sexual Research*, 6(1), 12-20.
- Soler, F., Gómez-Jugo, M., Espada, J., Morales, A., Sierra, J., Marchal-Bertrand, L., & Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation and Validation of the brief Sexuality Scale in Colombia and Spanish Populations. *International Journal of Psychological Therapy*, 16(3), 343-356.
- Spielberger, D., Agudelo, D., & Buela-Casal, G. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Spiwak, R., Afifi, T. O., Halli, S., Garcia-Moreno, C., & Sareen, J. (2013). The relationship between physical intimate partner violence and sexually transmitted infection among women in India and the United States. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(13), 2770-2791.
- Sterk, C., Klein, H., & Elifson, K. (2003). Perceived condom use self-efficacy among at-risk women. *AIDS and Behavior*, 7(2), 175–182.
- Stoner, A., Norris, J., George, W.H., Morrison, D.M., Zawacki, T., & Davis, C. (2008). Women's condom use assertiveness and sexual risk-taking: Effects of alcohol intoxication and adult victimization. *Addictive Behaviors*, 33, 1167-1176.
- Swan, H., & O'Connell, J. (2012). The impact of intimate partner violence on women's condom negotiation efficacy. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(4), 775-792.

- Testa, M., VanZile-Tamsen, C., & Livingston, J.A. (2007). Prospective prediction of women's sexual victimization by intimate and nonintimate male perpetrators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 52-60.
- Thato, S., Hanna, K. M., & Rodcumdee, B. (2005). Translation and validation of the condom self-efficacy scale with Thai adolescents and young adults. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(1), 36-40.
- Torres-Obregon, R., Onofre-Rodríguez, D. J., Sierra, J.C., Benavides-Torres, R. A., & Garza-Elizondo, M., E. (2017). Validación de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) en mujeres mexicanas. *Suma Psicológica, 24*(1), 34-41.
- Treffke, H., Tiggemann, M., & Ross, W. (2010). The relationship between attitude, assertiveness and condom use. *Psychology & Health, 6*, 45-52.
- Tung, W-C., Farmer, S., Ding, K., Tung, W-K., & Hsu, C-H. (2009). Stages of condom use and decisional balance among college students. *International Nursing Review, 56*(3), 346-353.
- Uribe, A., Covarrubias, C., & Andrade, P. (2008). La cultura sexual de los adolescentes colimenses, aspectos característicos de la cultura local. *Estudios sobre las culturas contemporáneas, 28*, 61-95.
- Valdez-Santiago, R., Híjar-Medina, M., Salgado, N., Rivera-Rivera, L., Avila-Burgos, L. & Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México, 48*(2), 221-231.
- Valiente, C., & García, E. (2010). La religiosidad como un factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica. 2 ed. Editorial Viguera, Psicogeriatría.
- Walker, P. (2006). Impaired sexual assertiveness and consensual sexual activity as risk factors for sexual coercion in heterosexual college women. Tesis doctoral. *Universidad de Miami, Ohio*.

- Weaver, D., & Byers, S. (2006). The relationship among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly, 30*, 333-339.
- Weinstein, B., Walsh, L., & Ward, M. (2008). Testing a new measure of sexual health knowledge and its connections to students' sex education, communication, confidence, and condom use. *International Journal of Sexual Health, 20*, 212-221.
- Weir, W., Bard, S., O'Brien, K., Casciato, J., & Stark, J. (2008). Violence against women with HIV risk and recent criminal justice system involvement: prevalence, correlates, and recommendations for intervention. *Violence Against Women, 14*(8), 944-960.
- Widman, L., Welsh, D. P., McNulty, J.K., & Little, K.C. (2006). Sexual communication and contraceptive use in adolescent dating couples. *Journal of Adolescents Health, 39*(6), 893-899.
- Wingood, M. (2010). Partner influences and gender-related factors associated with no condom use among young African American women. *American Journal of Community Psychology, 26*, 29-50.
- Wirt, J., Choy, S., Rooney, P., Provasnik, S., Sen, A., & Tobin, R. (2004). Education and health. En *NCES: The Condition of Education 2004*. Washington, DC: U. S. Department of Education, National Center for Education Statistics. Recuperado de [http://nces.ed.gov/programs/coe/2004/pdf/12\\_2004.pdf](http://nces.ed.gov/programs/coe/2004/pdf/12_2004.pdf).
- Yamamiya, Y., Cash, T.F., & Thompson, J.K. (2006). Sexual experiences among college women: The differential effects of general versus contextual body images on sexuality. *Sex Roles, 55*, 421-427.
- Zamboni, D., Crawford, I., & Williams, G. (2000). Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: Implications for HIV prevention. *AIDS Education and Prevention, 12*(1), 492-504.



Zerubavel, N., & Messman-More, T. (2013). Sexual victimization, fear of sexual powerlessness, and cognitive emotion dysregulation as barriers to sexual assertiveness in college women. *Violence Against Women, 19*(2), 1517-37.

## **Apéndices**

## Apéndice A

### Cédula de Datos Personales

Número de la participante: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

**Estado civil:**

**Pareja formal**

**Pareja casual**

1. Casada	2. Unión libre	3. Soltera	4. Divorciada	5. Viuda
-----------	----------------	------------	---------------	----------

**Escolaridad:**

1. Primaria (6años)	3. Preparatoria (11 años)	5. Licenciatura (17 años)
2. Secundaria (9 años)	4. Carrera técnica (12 años)	6. Posgrado (22 años)

**¿Cuánto tiempo tiene con su matrimonio o relación con su actual pareja?** \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

**¿Actualmente tiene relaciones sexuales con su pareja?**

1. Si	2. No
-------	-------

**¿Cuántas parejas sexuales ha tenido a lo largo de su vida?** \_\_\_\_\_

**¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales con?**

1. Sólo hombres	2. Mujeres	3. Hombres y mujeres
-----------------	------------	----------------------

**¿Usa condón en sus relaciones sexuales?**

1 Nunca	2 Rara vez	3 Varias veces	4 Siempre
------------	---------------	-------------------	--------------

**¿Su religión le prohíbe usar el condón en sus relaciones sexuales con su pareja?**

1 Nunca	2 Algunas veces	3 A menudo	4 Siempre
------------	--------------------	---------------	--------------

**¿Actualmente se encuentra embarazada?**

1. Si	2. No
-------	-------

**¿Actualmente padece alguna infección de transmisión sexual?**

1. Si	2. No
-------	-------

## **Apéndice B**

### **Consentimiento Informado**

**Título del Proyecto:** Modelo de Conducta Sexual Asertiva

**Investigadora Responsable:** MCE. Reyna Torres Obregon

**Prólogo:** Estamos interesados en conocer acerca de la sexualidad de las mujeres en el área metropolitana de Mty, Nuevo León. Por tal motivo se le invita a usted a participar en este estudio que forma parte de la tesis doctoral de la MCE. Reyna Torres Obregon. Sí decide participar deberá responder a unos cuestionarios relacionados con la conducta sexual asertiva (se refiere a su capacidad para iniciar actividad sexual, rechazar actividad sexual no deseada y el uso del condón con su pareja sexual). Estos se aplicarán en un área de este centro de salud de forma individual en donde solo estará usted y la investigadora responsable. Para decidir participar o no, debe conocer el propósito, los riesgos y los beneficios de participar, mediante este consentimiento informado le ofrecemos una explicación de dicha información, si usted decide participar le solicitaremos firmar este formato del cual se le entregará una copia.

**Propósito del Estudio:** Conocer los factores que influyen en la conducta sexual asertiva en mujeres

#### **Descripción del Estudio/Procedimiento:**

Si acepta participar se le aplicará una cédula de datos personales, así como ocho instrumentos, los cuales contendrán información referente a su estado de ánimo, autoestima sexual, escolaridad, estado civil, religión, parejas sexuales, beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón, apoyo de su pareja y presencia de violencia en su relación de pareja.

La información obtenida será resguardada por la autora del estudio, cuidando en todo momento la privacidad de las participantes, evitando la identificación del nombre u

otros datos personales que puedan exponer su identidad. Su participación no tendrá ninguna repercusión en el centro de salud dónde se atiende.

Tendrá la libertad de retirar su consentimiento de participar en cualquier momento que lo decida sin ningún tipo de perjuicio.

**Riesgos:**

No existen riesgos serios relacionados con su participación. Si usted se siente incómoda o simplemente no desea seguir contestando los cuestionarios, puede retirarse en el momento que lo decida.

**Beneficios:**

Con su participación en este tipo de investigaciones ayudaría a mejorar los programas de salud enfocados en la salud sexual de las mujeres. También si usted requiere alguna orientación sobre los temas abordados se le podrá brindar la información requerida o referirle con un especialista que le pueda brindar mayor orientación.

**Costos:**

Su participación no implica ningún costo.

**Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:**

Las únicas personas que conocerán de su participación en el estudio son usted y la investigadora responsable. Es importante mencionar que la información recabada será de uso exclusivo del equipo de investigación y no serán difundidos los resultados a otras personas no autorizadas. Los resultados del estudio serán publicados de manera general, esto significa que no se publicará información individualizada. Debido a que la información recolectada es considerada información confidencial y anónima.

**Preguntas:**

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio comuníquese con los responsables del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, quienes se ubican en la Subdirección de Posgrado de la misma

institución al teléfono 83 48 18 47, en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

**Consentimiento:**

Yo, voluntariamente acepto brindar información y participar en este estudio. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

---

**Firma del participante**

---

**Firma y Nombre del Primer Testigo**

---

**Firma y Nombre del Segundo Testigo**

---

MCE. Reyna Torres Obregon  
**Investigadora principal**

Monterrey, N.L. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016

**Apéndice C**  
**Inventario de Depresión - Rasgo (IDER)**

(Agudelo, 2009)

Estimada participante, a continuación, se presentan enunciados relacionados a su estado de ánimo. Usando la escala presentada favor de indicar el nivel de frecuencia en cada enunciado, marcando la opción con la que usted se sienta más identificada. Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas.

**1. Estoy animada**

1	2	3	4
Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre

**2. Estoy entusiasmada**

1	2	3	4
Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre

**3. Me siento bien**

1	2	3	4
Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre

**4. Me siento enérgica**

1	2	3	4
Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre

**5. Estoy contenta**

1	2	3	4
Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre

**6. Estoy triste**

1	2	3	4
Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre

**7. Estoy decaída**

1	2	3	4
Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre

**8. Me siento desdichada**

1	2	3	4
Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre

**9. Estoy hundida**

1	2	3	4
Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre

**10. Estoy apenada**

1	2	3	4
Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre



## Apéndice D

### Sub-escala Autoestima Sexual

(Soler et al., 2016)

Estimada participante, a continuación, se presentan enunciados acerca de su autoestima sexual. Usando la escala presentada favor de indicar su nivel de desacuerdo o de acuerdo en cada enunciado, marcando la opción con la que usted se sienta más identificada. Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas.

#### 1.- Soy una buena pareja sexual.

1	2	3	4	5
En total desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

#### 2.- Considero que mis habilidades sexuales son muy buenas.

1	2	3	4	5
En total desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

#### 3.- Me considero una pareja sexual muy buena.

1	2	3	4	5
En total desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

#### 4.- Me percibo como una mala pareja sexual.

1	2	3	4	5
En total desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

#### 5.- Tengo confianza en mí misma como pareja sexual.

1	2	3	4	5
En total desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

## Apéndice E

### Sub-escala Beneficios Percibidos para el Uso del Condón

(Grimley et al., 1996)

Estimada participante, a continuación, se presentan enunciados acerca de sus opiniones sobre el uso del condón. Usando la escala presentada favor de indicar su nivel de importancia en cada enunciado marcando lo que crea más conveniente para usted. Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas.

**Con el uso del condón...**

**1. Yo estaría más a salvo de enfermedades.**

1	2	3	4	5
No importante	Menos importante	Más o menos importante	Importante	Extremadamente importante

**2. Me sentiría más responsable.**

1	2	3	4	5
No importante	Menos importante	Más o menos importante	Importante	Extremadamente importante

**3. Protejo a mi pareja, así como a mí misma.**

1	2	3	4	5
No importante	Menos importante	Más o menos importante	Importante	Extremadamente importante

**4. Es más seguro contra un embarazo.**

1	2	3	4	5
No importante	Menos importante	Más o menos importante	Importante	Extremadamente importante

**5. Se consigue fácilmente un condón.**

1	2	3	4	5
No importante	Menos importante	Más o menos importante	Importante	Extremadamente importante

## Apéndice F

### Sub-escala Barreras Percibidas para el Uso del Condón

(Grimley et al., 1996)

Estimada participante, a continuación, se presentan enunciados acerca de sus opiniones sobre el uso del condón. Usando la escala presentada favor de indicar su nivel de importancia en cada enunciado marcando lo que crea más conveniente para usted. Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas.

#### El uso del condón...

##### 1. Hace que el sexo se sienta poco natural.

1	2	3	4	5
No importante	Menos importante	Más o menos importante	Importante	Extremadamente importante

##### 2. Sería demasiado problema.

1	2	3	4	5
No importante	Menos importante	Más o menos importante	Importante	Extremadamente importante

##### 3. Mi pareja se enojaría.

1	2	3	4	5
No importante	Menos importante	Más o menos importante	Importante	Extremadamente importante

##### 4. Yo tendría que contar con la cooperación de mi pareja.

1	2	3	4	5
No importante	Menos importante	Más o menos importante	Importante	Extremadamente importante

##### 5. Mi pareja podría pensar que no confío en él.

1	2	3	4	5
No importante	Menos importante	Más o menos importante	Importante	Extremadamente importante

## Apéndice G

### Escala de Autoeficacia Percibida para el Uso del Condón

(Thato, Hanna, & Rodcumdee, 2005)

Estimada participante, a continuación, se presentan enunciados acerca de su capacidad relacionada al uso del condón. Usando la escala presentada favor de indicar su nivel de seguridad en cada enunciado marcando la opción con la que usted se sienta más identificada. Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas.

**1. Puedo hablar sobre el uso de condones con cualquier pareja sexual.**

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

**2. Puedo hablar sobre el uso del condón con mi pareja si creo desconocer qué opinión tiene acerca del mismo.**

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

**3. Puedo hablar sobre el uso del condón con una posible pareja sexual antes de que empecemos a abrazarnos y besarnos.**

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

**4. Puedo hablar sobre el uso del condón cuando tenemos relaciones sexuales.**

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

**5. Puedo decirle a mi pareja que no quiero tener relaciones sexuales si se niega a usar condón**

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

**6. Puedo usar un condón si bebo cerveza, vino u otra bebida.**

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

**7. Puedo detenerme para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja.**

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

**8. Mi pareja y yo podemos desenrollar el condón completamente hasta la base del pene.**

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

**9. Puedo usar un condón sin que se salga.**

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

**10. Mi pareja y yo podemos tirar el condón en la basura después de tener sexo.**

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

**11. Después de tener sexo mi pareja o yo podríamos retirar el condón desde la base del pene.**

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

**12. Puedo llevar un condón conmigo en caso de que necesite uno.**

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

**13. Puedo usar un condón cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.**

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

**14. Puedo usar un condón nuevo cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.**

1	2	3	4	5
Muy inseguro	Inseguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro

## Apéndice H

### Escala de Provisión Social para Sexo Seguro/Pareja

(Castillo, 2012)

Estimada participante, a continuación, se presentan enunciados acerca de sus opiniones sobre del uso del condón en sus relaciones sexuales. Usando la escala presentada favor de indicar su nivel de desacuerdo o de acuerdo en cada enunciado, marcando la opción con la que usted se sienta más identificada. Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas.

**1. Puedo confiar en mi pareja para que me ayude a practicar el sexo seguro, si necesito ayuda.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**2. Mi pareja no apoya el sexo seguro.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**3. No puedo recurrir a mi pareja para orientación sobre el sexo seguro.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**4. Mi pareja sabe que hago lo que es necesario para protegerme contra el VIH**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**5. Mi pareja y yo disfrutamos practicando el sexo seguro.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**6. Me siento responsable de la salud y el bienestar de mi pareja.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**7. Mi pareja y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**8. No creo que mi pareja valore lo que he hecho para protegerme del VIH.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**9. Mi pareja no estaría allí para apoyarme si me infectara con el VIH.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**10. La relación con mi pareja me hace sentir seguro de que tengo pocas posibilidades de infectarme con el VIH.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**11. Puedo hablar con mi pareja sobre sexo seguro, si es necesario.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**12. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi pareja.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**13. Mi pareja comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**14. Mi pareja confía en mí para aconsejarla sobre sexo seguro.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**15. Puedo confiar en mi pareja para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**16. Me siento muy unido emocionalmente con mi pareja y esto me anima a practicar el sexo seguro.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**17. No puedo contar con mi pareja para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**18. No me siento cómodo hablar con mi pareja sobre el sexo seguro.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**19. Mi pareja respeta mi decisión de practicar el sexo seguro.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**20. El amor que siento por mi pareja me ayuda a practicar el sexo seguro**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**21. Fue una decisión mutua de mi pareja y mía, de practicar el sexo seguro.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

**22. Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mi pareja para que me ayude a manejar la situación.**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo



## Apéndice I

### Escala de Violencia e Índice de Severidad

(Valdez-Santiago et al., 2006)

Estimada participante, usando la siguiente escala favor de indicar la frecuencia en cada enunciado, marcando la opción con la que usted se sienta más identificada. Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas y que sus respuestas son completamente anónimas y confidenciales.

**Su pareja...**

**1. ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**2. ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**3. ¿Le ha pateado?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**4. ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**5. ¿Le ha empujado intencionalmente?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**6. ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**7. ¿Le ha disparado con una pistola o un rifle?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**8. ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**9. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**10. ¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**11. ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**12. ¿Le ha rebajado o menospreciado?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**13. ¿Le ha torcido el brazo?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**14. ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**15. ¿Le ha insultado?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**16. ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**17. ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**18. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

**19. ¿Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado?**

1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Varias veces	Muchas veces

## Apéndice J

### Escala de Asertividad Sexual (SAS)

(Sierra et al., 2011, validada en mujeres mexicanas por Torres-Obregon et al., 2017).

Estimada participante, usando la siguiente escala favor de indicar la frecuencia en cada enunciado, marcando la opción con la que usted se sienta más identificada. Tenga en cuenta que no existen respuestas buenas o malas y que sus respuestas son completamente anónimas y confidenciales.

**1. Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**2. Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**3. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que me toque los genitales**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**4. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero que acaricie mi cuerpo**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**5. Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**6. Espero a que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como por ejemplo acariciar mi cuerpo**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**7. Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**8. Si mi pareja lo desea, estímulo sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**9. Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**10. Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**11. Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales aunque me presione**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**12. Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**13. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón, incluso aunque yo prefiera usarlos**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**14. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón, incluso aunque yo no quiera**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**15. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**16. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**17. Insisto en usar condón cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

**18. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón**

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre

## Apéndice K

### Permiso de Secretaría de Salud - Jurisdicción 1



Servicios  
de Salud O.P.D.  
**Nuevo León**  
GOBIERNO DEL ESTADO

JURISDICCION No.1

OFICIO NO. 2016  
EMITE: DEPTO. DE ENSEÑANZA.

Monterrey, Nuevo León; 6 de Octubre del 2016

**DIRECTORES DE MICRO REDES No. I, IV y  
CENTRO DE SALUD NUEVA MORELOS  
PRESENTE.-**

Por medio del presente le envío un cordial saludo, y a la vez hacer de su conocimiento que el **C. Reyna Torres Obregón**, alumno de la Facultad de Enfermería; realizará encuestas a pacientes mujeres de 18 a 40 años en los Centros de Salud a su digno cargo, ya que se encuentra realizando un Proyecto de Investigación llamado **“Modelo de Conducta Sexual Acertiva”**, esta actividad se realizará en el periodo de Octubre 2016 a Diciembre del 2016 en un horario entre las 8:00 AM a 13:00 Horas de Lunes a Viernes.

Esperando contar con su apoyo y se le brinden las facilidades necesarias a este alumno en formación me despido de usted,

ATENTAMENTE,

  
**DR. ROBERTO DAVILA CANALES**  
COORDINADOR DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA,  
INVESTIGACIÓN EN SALUD Y CALIDAD DE J.S.1



ENSEÑANZA  
CALIDAD Y CALIDAD

c.c.p. Archivo

LA NUEVA INDEPENDENCIA

**Nuevo León**

## Apéndice L

### Permiso de Secretaría de Salud - Jurisdicción 2



Servicios  
de Salud O.P.D.  
**Nuevo León**  
GOBIERNO DEL ESTADO

Monterrey, N.L. a 03 de Octubre 2016.

**MCE. REYNA TORRES OBREGON**

Me permito informarle que el Comité de Investigación de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 se reunió para revisar el Trabajo de Tesis, titulado "**MODELO DE CONDUCTA SEXUAL ASERIVA**", el cual se realizara en los Centros de Salud de nuestra Jurisdicción, se revisan instrumentos que se aplicaran a los pacientes de población general de nuestras unidades, concluyendo que este Comité **APRUEBA Y CERTIFICA** que dicho trabajo cumple con los requisitos solicitados para su elaboración.

**ATENTAMENTE**  
**"SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION"**

**DR. FRANCISCO JAVIER GARCIA ELIZONDO**  
**JEFE DE JURISDICCION SANITARIA No. 2**

c.c.p. Archivo

FJGE/MARM



LA NUEVA INDEPENDENCIA

Matamoros 520 Ote., Zona Centro, Monterrey, N.L., C.P. 64000 Tel: (81) 8130-7000  
www.nl.gob.mx

**Nuevo León**  
LA NUEVA INDEPENDENCIA

## Apéndice M

### Datos Descriptivos del Inventario Depresión-Rasgo (IDER)

*Depresión -Rasgo*

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Estoy animada	3.21	3	.82
2. Estoy entusiasmada	3.03	3	.85
3. Me siento bien	3.31	3	.78
4. Me siento enérgica	3.06	3	.87
5. Estoy contenta	3.02	3	.80
6. Estoy triste	2.10	2	.82
7. Estoy decaída	2.04	2	.86
8. Me siento desdichada	1.80	2	.86
9. Estoy hundida	1.73	1	.88
10. Estoy apenada	1.98	2	.88

*Nota:* *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=Casi nunca; 2=Algunas veces; 3=A menudo; 4=Casi siempre; *n*=605.



## Apéndice N

### Datos Descriptivos de la Sub-escala Autoestima Sexual

*Autoestima sexual*

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Soy una buena pareja sexual	4.05	4	1.03
2. Considero que mis habilidades sexuales son muy buenas	3.90	4	1.02
3. Me considero una pareja sexual muy buena	3.79	4	1.20
4. Me percibo como una mala pareja sexual	2.82	3	1.40
5. Tengo confianza en mí misma como pareja sexual	4.20	5	1.14

*Nota:* *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=En total desacuerdo; 2=Medianamente en desacuerdo; 3=Ni de acuerdo, ni en desacuerdo; 4=Medianamente de acuerdo; 5=Totalmente de acuerdo; *n*=605.

## Apéndice Ñ

### Datos Descriptivos de la Sub-escala Beneficios Percibidos para el Uso del Condón

*Beneficios para el uso del condón*

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Yo estaría más a salvo de enfermedades	4.48	5	.68
2. Me sentiría más responsable	4.39	4	.72
3. Protege a mi pareja, así como a mí misma	4.50	5	.65
4. Es más seguro contra un embarazo	4.40	5	.82
5. Se consigue fácilmente	4.45	5	.76

*Nota:* *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=No importante; 2=Menos importante; 3=Mas o menos importante; 4=Importante; 5=Extremadamente importante; *n*=605.

## Apéndice O

### Datos Descriptivos de la Sub-escala Barreras Percibidas para el Uso del Condón

#### *Barreras para el uso del condón*

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Hace que el sexo se sienta poco natural	2.80	3	1.26
2. Sería demasiado problema	2.33	2	1.18
3. Mi pareja se enojaría	2.05	2	1.21
4. Yo tendría que contar con la cooperación de mi pareja	2.78	3	1.47
5. Mi pareja podría pensar que no confió en él	2.43	2	1.36

*Nota:* *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=No importante; 2=Menos importante; 3=Mas o menos importante; 4=Importante; 5=Extremadamente importante; *n*=605.

## Apéndice P

### Datos Descriptivos de la Escala de Autoeficacia Percibida para el Uso del Condón

#### *Autoeficacia para el uso del condón*

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Puedo hablar sobre el uso de condones con cualquier pareja sexual	4.02	4	.930
2. Puedo hablar sobre el uso del condón con mi pareja si creo desconocer que opinión tiene acerca del mismo	4.08	4	.840
3. Puedo hablar sobre el uso del condón con una posible pareja sexual antes de que empecemos a abrazarnos y besarnos	4.09	4	.905
4. Puedo hablar sobre el uso del condón cuando tenemos relaciones sexuales	4.10	4	.906
5. Puedo decirle a mi pareja que no quiero tener relaciones sexuales si se niega a usar condón	4.11	4	1.00
6. Puedo usar un condón si bebo cerveza, vino u otra bebida	4.08	4	1.03
7. Puedo detenerme para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja	4.11	4	.924
8. Mi pareja y yo podemos desenrollar el condón completamente hasta la base del pene	4.17	4	.923
9. Puedo usar un condón sin que se salga	3.80	4	.905
10. Mi pareja y yo podemos tirar un condón en la basura después de tener sexo	4.05	4	.841

*Nota:* *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=Muy inseguro; 2=Inseguro; 3=Algo seguro; 4=Seguro; 5=Muy seguro; *n*=605.

(continúa)

*Autoeficacia para el uso del condón (continuación)*

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
11. Después de tener sexo mi pareja y yo podríamos retirar el condón desde la base del pene	3.88	4	.897
12. Puedo llevar un condón conmigo en caso de que necesite uno	4.01	4	1.02
13. Puedo usar un condón cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo	4.06	4	.921
14. Puedo usar un condón nuevo cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo	4.36	5	.803

*Nota:* *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=Muy inseguro; 2=Inseguro; 3=Algo seguro; 4=Seguro; 5=Muy seguro; *n*=605.

## Apéndice Q

### Datos Descriptivos de la Escala de Provisión Social para Sexo Seguro/Pareja

#### *Apoyo de pareja*

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Puedo confiar en mi pareja para que me ayude a practicar el sexo seguro, si necesito ayuda	4.20	4	.835
2. Mi pareja no apoya el sexo seguro	3.15	4	1.36
3. No puedo recurrir a mi pareja para orientación sobre el sexo seguro	3.36	4	1.43
4. Mi pareja sabe que hago lo que es necesario para protegerme contra el VIH	4.26	4	.842
5. Mi pareja y yo disfrutamos practicando el sexo seguro	4.26	4	.852
6. Me siento responsable de la salud y el bienestar de mi pareja	4.32	4	.834
7. Mi pareja y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro	4.28	4	.847
8. No creo que mi pareja valore lo que he hecho para protegerme del VIH	3.13	4	1.36
9. Mi pareja no estaría allí para apoyarme si me infectara con el VIH	3.07	3	1.42
10. La relación con mi pareja me hace sentir seguro de que tengo pocas posibilidades de infectarme con el VIH	4.08	4	.979
11. Puedo hablar con mi pareja sobre sexo seguro, si es necesario	4.30	4	.769

*Nota:* *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4=De acuerdo; 5=Totalmente de acuerdo; *n*=605.

(continúa)

*Apoyo de pareja (continuación)*

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
12. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi pareja	4.27	4	.814
13. Mi pareja comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro	4.19	4	.840
14. Mi pareja confía en mí para aconsejarla sobre sexo seguro	4.22	4	.772
15. Puedo confiar en mi pareja para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro	4.25	4	.791
16. Me siento muy unido emocionalmente con mi pareja y esto anima a practicar sexo seguro	4.09	4	.819
17. No puedo contar con mi pareja para ayuda cuando se trata de practicar sexo seguro	3.02	4	1.38
18. No me siento cómodo hablar con mi pareja sobre el sexo seguro	3.09	3	1.41
19. Mi pareja respeta mi decisión de practicar el sexo seguro	4.20	4	.790
20. El amor que siento por mi pareja me ayuda a practicar el sexo seguro	4.32	4	.721
21. Fue una decisión mutua de mi pareja y mía, de practicar el sexo seguro	4.29	4	.763
22. Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mi pareja para que me ayude a manejar la situación	4.21	4	.931

*Nota:* *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4=De acuerdo; 5=Totalmente de acuerdo; *n*=605.

**Apéndice R**  
**Datos Descriptivos de la Escala de Violencia e Índice de Severidad**

*Violencia de pareja*

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Le ha exigido tener relaciones sexuales	1.31	1	.554
2. Le ha quemado con cigarro u otra sustancia	1.04	1	.270
3. Le ha pateado	1.06	1	.271
4. Le ha amenazado con pistola o rifle	1.01	1	.167
5. Le ha empujado intencionalmente	1.23	1	.509
6. Le ha golpeado con el puño o la mano	1.10	1	.370
7. Le ha disparado con una pistola o un rifle	1.01	1	.107
8. Le ha dicho que es poco atractiva o fea	1.38	1	.750
9. Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades	2.02	2	.977
10. Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete	1.03	1	.236
11. Le ha intentado ahorcar o asfixiar	1.06	1	.302
12. Le ha rebajado o menospreciado	1.18	1	.480
13. Le ha torcido el brazo	1.14	1	.481
14. Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales	1.12	1	.482
15. Le ha insultado	1.41	1	.687
16. Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete	1.02	1	.214

*Nota:* *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=Nunca; 2=Algunas veces; 3=Varias veces; 4=Muchas veces; *n*=605.

(continúa)



*Violencia de pareja (continuación)*

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
17. Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas	1.15	1	.438
18. Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales	1.19	1	.478
19. Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado	1.16	1	.451

*Nota:* *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=Nunca; 2=Algunas veces; 3=Varias veces; 4=Muchas veces; *n*=605.

## Apéndice S

### Datos Descriptivos de la Escala Asertividad Sexual

#### *Conducta sexual asertiva*

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo	2.44	3	1.03
2. Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo	1.81	2	1.19
3. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que me toque los genitales	1.54	2	1.14
4. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero que acaricie mi cuerpo	1.91	2	1.11
5. Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo	1.41	1	1.16
6. Espero a que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como por ejemplo acariciar mi cuerpo	2.04	2	1.05
7. Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no	1.20	1	1.21
8. Si mi pareja lo desea, estimulo sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece	1.21	1	1.21
9. Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste	1.46	2	1.14
10. Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece	1.33	1	1.21

*Nota:* *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 0=Nunca; 1=A veces; 2=La mitad de las veces; 3=Casi siempre; *n*=605.

(continúa)

*Conducta sexual asertiva (continuación)*

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
11. Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales aunque me presione	1.52	2	1.28
12. Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste	1.67	1	1.25
13. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón, incluso aunque yo prefiera usarlos	1.32	1	1.24
14. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón, incluso aunque yo no quiera	1.20	1	1.27
15. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón	1.85	2	1.22
16. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón	1.58	2	1.20
17. Insisto en usar condón cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos	1.67	2	1.21
18. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón	1.59	2	1.18

*Nota: M=Media; Mdn=Mediana; DE=Desviación estándar; 1=Nunca; 2=Algunas veces; 3=Varias veces; 4=Muchas veces; n=605.*

**Resumen Autobiográfico**  
**Reyna Torres Obregon**  
**Candidato a Doctor en Ciencias de Enfermería**

**Tesis:** MODELO DE CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MUJERES

**LGAC:** Sexualidad responsable y prevención de ITS – VIH/SIDA

**Biografía:** Nacida en San Nicolás de los Garza, N.L., el 04 de diciembre de 1989, hija del Sr. Maurilio Torres Hernández y la Sra. Ma. Aurora Obregon Chávez.

**Educación:** Egresada de la carrera de Licenciatura en Enfermería (2011) y de la Maestría en Ciencias de Enfermería (2013) de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

**Experiencia profesional:**

Enfermera General en Consultorio Médico de Enero 2009 a Enero 2014.

Profesora e Instructora Clínica en la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, de Enero 2014 a Junio 2017.

Preparación docente en programa “Nuevas Fronteras”, realizado en School of Nursing, University of Texas at San Antonio, 2014-2016.

Facilitador del Programa Educativo Conéctate, para reducir el riesgo de VIH/sida en adolescentes.

**Asociaciones y membresías:**

Miembro activo del Capítulo Tau Alpha de la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau International, del año 2013 a la fecha.

**Distinciones:**

Finalista del concurso de desarrollo de aplicaciones móviles “APPORTA” del Consejo de Software de Nuevo León (Csoftmtty), con el proyecto titulado “Accesida” 2013.

Acreedora del 2do lugar en el Concurso Estatal de Investigación en Salud, 2014, con el trabajo de investigación titulado: Riesgo percibido y Balance decisional hacia la prueba de VIH en hombres que tienen sexo con hombres.

**Email:** reyna\_89\_12@hotmail.com