

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PREOCUPACIÓN SEXUAL Y CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MUJERES
MIGRANTES EN ALBERGUES

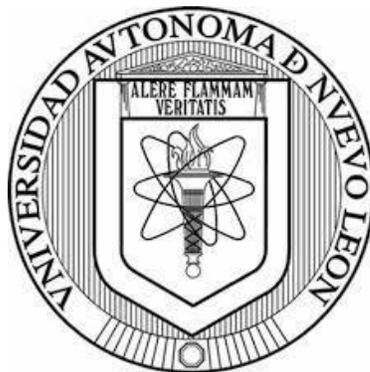
Por

LIC. MARCOS YONAD COSME IZNAGA

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Agosto, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PREOCUPACIÓN SEXUAL Y CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MUJERES

MIGRANTES EN ALBERGUES

Por

LIC. MARCOS YONAD COSME IZNAGA

Director de Tesis

DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Agosto, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PREOCUPACIÓN SEXUAL Y CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MUJERES
MIGRANTES EN ALBERGUES

Por

LIC. MARCOS YONAD COSME IZNAGA

Co-Director de Tesis

DRA. CYNTHIA LIZBETH RUIZ BUGARIN

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Agosto, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PREOCUPACIÓN SEXUAL Y CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MUJERES
MIGRANTES EN ALBERGUES

Por

LIC. MARCOS YONAD COSME IZNAGA

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Agosto, 2024

PREOCUPACIÓN SEXUAL Y CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MUJERES
MIGRANTES EN ALBERGUES

Aprobación de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Director de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Presidente

Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Secretario

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por la beca de estudios otorgada que me permitió realizar y concluir la Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado de Investigación, por la oportunidad y las facilidades brindadas para continuar mi formación académica como Maestro en Ciencias de Enfermería.

A mi directora de tesis, la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez que desde el principio estuvo guiando mis pasos, por su apoyo y la motivación a seguir creciendo en la profesión, por su acompañamiento durante mi formación en la Maestría, por darme otra visión de la investigación en Enfermería, por sus conocimientos, gracias por sus consejos, calidez, guía inspiración y paciencia por enseñarme, cuenta con toda mi admiración.

A mi codirectora de tesis, la Dra. Cynthia Lizbeth Ruiz Bugarin por el tiempo brindado durante lo asesoría, por cada una de las enseñanzas, la fuerza que me brindó cuando ya pensé en rendirme, fue una luz en mi camino y su manera de explicar facilitó mucho mi aprendizaje, también cuenta con toda mi admiración.

A mis compañeros y buenos amigos, Natanael Rascón, Aimé Marlene, Danilo, entre otros compañeros más, por su acompañamiento durante estos dos años, por la experiencia, la risa, los consejos. Aprendí mucho gracias a ustedes, fueron grandes pilares durante este tiempo, sin ustedes definitivamente no hubiese sido lo mismo, gracias.

A los miembros de la línea de investigación y generación del conocimiento de Sexualidad Responsable y Prevención de ITS/VIH/SIDA por sus valiosas aportaciones.

A cada mujer migrante que participó en mi estudio, a los centros y casas de refugiados que me permitieron acceder, sin su cooperación no hubiera sido posible. A las personas que me apoyaron a recolectar la muestra y a las pasantes de la Licenciatura en Enfermería, gracias por su apoyo.

Dedicatoria

A Dios, quien ha sido mi guía y fuente de fortaleza a lo largo de este camino. Agradezco por su infinita sabiduría, amor y gracia, que me han sostenido en los momentos de desafío y me han brindado la claridad para seguir adelante. Su presencia constante en mi vida ha sido el pilar sobre el cual he construido este logro. Con humildad y gratitud, dedico esta tesis a Él, reconociendo que, sin su divina intervención y bendiciones, este sueño no habría sido posible.

A mis hijos, Meghan Angélica y Meikol Jesús, por ser mi motor impulsor, mi fuente inagotable de inspiración y fuerza. Su amor, alegría y confianza en mí, me han motivado a seguir adelante y a dar lo mejor de mí en cada paso de este camino. Cada sacrificio ha valido la pena por ustedes y su presencia en mi vida me ha recordado constantemente el propósito y la importancia de este logro. Esta tesis es para ustedes, con todo mi amor y gratitud.

A mis padres, cuyo amor, apoyo y sacrificio han sido la base de todas mis aspiraciones y logros. Su dedicación y confianza en mí me han dado la fuerza y el valor para perseguir mis sueños. Gracias por enseñarme el valor de la educación y la perseverancia.

A mis amigos y colegas, por su apoyo, amistad y por los momentos compartidos que han enriquecido esta experiencia académica. Finalmente, dedico esta tesis a todas las personas que, de alguna manera, contribuyeron a mi crecimiento personal y profesional, ayudándome a alcanzar este importante logro en mi vida.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	6
Estudios Relacionados	10
Síntesis de Estudios Relacionados	13
Objetivo General	14
Objetivos Específicos	14
Definición de Términos	14
Capítulo II	
Metodología	15
Diseño del Estudio	15
Población, Muestra y Muestreo	15
Criterios de Inclusión	15
Criterios de Exclusión	15
Criterios de Eliminación	16
Instrumentos de Medición	16
Procedimiento de Recolección de Datos	17
Consideraciones Éticas	19
Plan de Análisis de los Datos	21
Capítulo III	
Resultados	22
Características Sociodemográficas	22

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Estadística Descriptiva de las Variables del Estudio	23
Confiabilidad de los Instrumentos	28
Objetivos Específicos	28
Objetivo General	33
Capítulo IV	
Discusión	35
Limitaciones del Estudio	37
Conclusiones	38
Recomendaciones	39
Referencias	41
Apéndices	
A. Preguntas filtro	47
B. Cédula de datos personales	48
C. Subescala de Preocupación Sexual	49
D. Escala de Asertividad Sexual (SAS)	50
E. Consentimiento Informado para mayores de Edad	53
F. Datos descriptivos de los ítems de la Subescala de Preocupación Sexual	55
G. Datos descriptivos de los ítems de la Escala de Asertividad sexual	56

Lista de Tablas

Tablas	Página
1. Estado Civil, Escolaridad y Nacionalidad	22
2. Estadística Descriptiva y resultado de prueba Kolmogórov-Smirnov (K-S)	24
3. Frecuencias y Porcentajes de la Subescala de Preocupación Sexual	25
4. Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Asertividad sexual	26
5. Consistencia interna de los instrumentos	28
6. Diferencia en la PS y la CSA, respecto al número de parejas sexuales	31
7. Diferencia en la PS y la CSA, respecto a grupo de edad	32
8. Correlaciones de Spearman entre preocupación sexual y las dimensiones de la conducta sexual asertiva	33
9. Correlaciones entre la preocupación sexual y conducta sexual asertiva, por edad y número de parejas	34

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Mujeres (MCOSEAS), Torres-Obregon (2017)	8
2. Estructura Conceptual Teórica Empírica	9

Resumen

Marcos Yonad Cosme Iznaga
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2024

Título del estudio: PREOCUPACIÓN SEXUAL Y CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MUJERES MIGRANTES EN ALBERGUES

Número de páginas: 56

Candidato a obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

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

Propósito y Método de estudio: El propósito de este estudio fue determinar la relación entre parejas sexuales, edad, preocupación sexual y conducta sexual asertiva en mujeres migrantes en albergues, utilizando como sustento teórico el esquema de relaciones entre las variables del Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Mujeres (MCOSEAS), establecido por Torres-Obregon (2017). El diseño del estudio fue correlacional descriptivo transversal, la población estuvo conformada por 300 mujeres migrantes adultas, localizadas en diferentes albergues, casas de refugio y centros de migrantes en Monterrey, Nuevo León, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Contribuciones y Conclusiones: La edad de las participantes osciló entre 18 y 68 años, con un promedio de edad de 33.56 años ($DE = 10.48$). Iniciaron su vida sexual alrededor de los 16.51 años ($DE = 2.96$). Respecto al número de parejas sexuales que han tenido, fue 2 y 3 parejas, con una media de 3.54 ($DE = 2.45$), los resultados mostraron que el 47.7% son solteras, con secundaria terminada el 19.7%. Con respecto a la nacionalidad, el 32.3% son de origen venezolano, seguido de nacionalidad hondureña con un 23%. La Conducta Sexual Asertiva mostró relación negativa con la edad. Por otra parte, la dimensión, prevención de embarazo y ETS, presentó relación negativa con la Preocupación Sexual ($r = -.182, p < .05$). Aunque estos no fueron los resultados esperados, son comparables a los hallazgos de otros estudios realizados en diferentes y más amplias poblaciones.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) representan uno de los principales problemas de Salud Pública que azotan a la humanidad. En el 2021, a pesar de la pandemia se reportaron aumentos de las ITS en varios estados de México, tanto curables como incurables, por ejemplo, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Existen 40 millones de personas que viven con el VIH reportadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) en 2021. En este mismo año, se calculó que a nivel mundial 650,000 personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida.

Cada día son reportados por la Organización de Mundial de la Salud (OMS) más de un millón de personas que presentan ITS, siendo la mayoría casos asintomáticos. Anualmente se estiman 374 millones de personas contraen cuatro de estas ITS que con tratamiento son curables clamidia (129 millones), gonorrea (82 millones), sífilis (7.1 millones) y tricomoniasis (156 millones) (OMS, 2021). En el 2016, se estimó que las personas que viven con herpes genital alcanzaron los 490 millones, además de que existen 300 millones de mujeres que viven con la infección del Virus del Papiloma Humano (VPH), así como 296 millones de personas que viven con Hepatitis B crónica en todo el mundo (ONUSIDA, 2021).

En América Latina, se estima que 2.1 millones de personas viven con VIH. Dentro de este grupo, se encuentran principalmente los hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres transgénero, personas que se inyectan drogas y trabajadores sexuales, quienes presentan una mayor exposición al virus. Según ONUSIDA (2021), aproximadamente 5000 mujeres jóvenes adquieren la infección del VIH, cada semana. Además, las mujeres tienen el doble de probabilidad de adquirir el VIH que los hombres. Es importante resaltar que el 53% de los casos reportados con VIH/sida corresponden a mujeres y niñas. La probabilidad de contraer la infección por el VIH es

1.5 veces mayor en caso de mujeres que han sufrido violencia física o sexual (ONUSIDA, 2021).

Según los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud (SINAVE), en México aumentaron las ITS un 73.75% en mujeres, en comparación con el año anterior, mientras que en hombres aumentaron un 18.93% (SINAVE, 2022). Los estados que aumentaron el número de casos nuevos de ITS fueron: Jalisco, Baja California, Guanajuato, Veracruz, Estado de México, Ciudad de México y Puebla. En cuanto al VIH, los estados con más casos reportados fueron Veracruz, Quintana Roo, Estado de México, Nuevo León, Colima, Sonora, Sinaloa y Jalisco.

Por otro lado, se considera que las mujeres son biológicamente más vulnerables a adquirir una ITS, se ha comprobado que son de dos a cuatro veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, debido a que las ITS son en su mayoría asintomáticas y no tratadas en la mujer (Amuchástegui, 2018). Incluso, estas pueden derivarse de relaciones sexuales forzadas, lo cual puede incrementar niveles de depresión, con lo que se inhibe el sistema inmunológico, y con ello, incrementa el riesgo de adquirir una ITS (Torres-Obregon, 2017). Existe evidencia de que las personas que sufren algún tipo de coerción sexual tienen mayores niveles de preocupación sexual (Ilabaca, Fuerte & Orgaz, 2015).

El incremento de las ITS incluyendo el VIH/sida se asocia a movimientos poblacionales en todos los países del mundo, su propagación está ligada en especial a los migrantes. Cabe señalar que la migración es predominantemente masculina, sin embargo, en los últimos años la femenina se ha incrementado considerablemente. Las mujeres migrantes generalmente se convierten en víctimas del abuso sexual, violencia por sus compañeros de viaje, por las autoridades, y frecuentemente se ven obligadas a prostituirse para cubrir sus necesidades, sin posibilidades de tener acceso a condones y atención a la salud, convirtiéndolas en grupos vulnerables para adquirir ITS y VIH/sida

(OMS, 2021). Varios factores afectan la salud de los migrantes, incluyendo su salud sexual.

En el ámbito de la salud sexual, es crucial resaltar la importancia de la conducta sexual asertiva, debido a su relevancia en la prevención de conductas sexuales de riesgo. Morokoff et al (1997) definen como la capacidad que tiene una persona para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos. Para fines de este estudio, se utilizará evidencia científica sobre la asertiva sexual, para acercarse a la realidad de la conducta sexual asertiva.

Según una investigación enfocada en mujeres, se plantea que la CSA es la forma en que una persona protege sus derechos sexuales al decidir sobre su propia sexualidad, evitando cualquier forma de violencia sexual y negociando cuidadosamente la actividad sexual. Torres-Obregon et al. (2017) definen la CSA como la capacidad de empezar u oponerse a la actividad sexual, así como de recurrir a métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual.

Torres-Obregon et al. (2017) describen la CSA como la habilidad para iniciar o rechazar la actividad sexual, además de utilizar métodos anticonceptivos para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual.

Diversos estudios sostienen que la CSA es un elemento fundamental de la sexualidad humana. A través de esta, es posible prevenir problemas de salud como las infecciones de transmisión sexual (ITS). También está relacionada con diferentes aspectos de la respuesta sexual, sirviendo como un mecanismo de protección frente a situaciones de abuso y coerción sexual, así como contribuyendo a reducir comportamientos sexuales peligrosos (Santos-Iglesias & Sierra, 2010; Sierra et al., 2008).

Mediante la revisión de la literatura se encontraron diferentes factores que se encuentran relacionados con CSA en mujeres, entre ellos se encuentran el número de

parejas sexuales, edad, escolaridad, estado civil, religión, entre otros (Santos-Iglesias & Sierra, 2010; Sierra et al., 2008; Ruiz-Bugarin et al., 2021). Por otro lado, se sugiere el estudio de factores psicológicos que son poco explorados en la población migrante, con el fin de tener una idea clara de la relación con la CSA, por ejemplo, la preocupación sexual. Se ha creado un modelo para explicar la conducta sexual asertiva en las mujeres, estableciendo conexiones entre factores de tipo biológico, psicológico y sociocultural que la influyen. Este modelo puede servir como una herramienta de orientación y respaldo teórico para comprender la interacción entre las diversas variables mencionadas.

La literatura indica que la cantidad de parejas sexuales que las mujeres tienen puede tener un efecto en la autoestima sexual. Se ha observado que las mujeres con más parejas sexuales pueden tener dificultades para expresar sus deseos sexuales de manera clara. Incluso son mujeres que pueden llegar a tener parejas que son consideradas sexualmente de riesgo, y que evitan utilizar preservativo en sus relaciones sexuales. Sin embargo, existe evidencia de que las mujeres que tienen mayor número de parejas sexuales son sexualmente asertivas. Otro factor importante es la edad, pues existe evidencia de que las personas mayores presentan mayores niveles de asertividad sexual, y se enmarcan diferencias entre grupos de edades tanto en el inicio sexual como en el rechazo.

Entre los factores psicológicos que influyen en la CSA, la preocupación sexual destaca como uno de los más significativos. Según, las personas con preocupación sexual tienen menor AS; describió dos tipos de problemas que afectan la salud sexual de las personas. Los primeros son todos aquellos trastornos sexuales, cuyos datos clínicos son diagnosticados. Los segundos son aquellos que no llegan a tener un diagnóstico clínico formal, sin embargo, repercuten en la calidad de vida y en el bienestar de las personas. Estos problemas son comúnmente llamados preocupaciones de índole sexual. Las preocupaciones vinculadas a la sexualidad comprenden distintas situaciones que

pueden impactar en el bienestar y la salud de individuos y grupos. Preocupaciones que abarcan, entre otras, problemas sexuales, contagio de enfermedades de transmisión sexual (ITS), trastornos de identidad de género, problemas de salud reproductiva y las consecuencias psicológicas y sociales del comportamiento sexual, como por ejemplo ambientes que faciliten adquirir o transmitir infecciones, todas las formas de discriminación basada en el género, modos de coerción sexual, etcétera. En este sentido, Snell, Fisher y Miller, (2001), mencionan que existe evidencia de la relación entre la preocupación sexual y asertividad sexual, y que esta muestra una relación positiva. Mientras que otros investigadores encontraron que la relación es negativa (Snell & Fisher, Schuh 2001).

Los estudios en torno a la temática presentada muestran datos interesantes sobre la CSA en población en general, pero es importante continuar explorando la CSA en migrantes, a fin de poder comprender este fenómeno y proponer estrategias que favorezcan a su salud sexual y reproductiva en ellos. También es importante mencionar que, la mayor parte de los estudios expuestos han abordado este fenómeno en contextos diferentes al país y al contexto de la migración. De esta manera, se hace evidente la necesidad de explorar la relación entre las variables anteriormente mencionadas en la población de mujeres migrantes.

Esto debido a que literatura muestra que, mayormente las mujeres tienen menor capacidad de expresar a la pareja sexual sus intereses y preferencias al iniciar la actividad sexual, incluyendo la protección ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, esto definitivamente incrementa del riesgo de adquirir algún problema de salud sexual (Santos et al., 2008). Es fundamental señalar que hay pocos estudios en la literatura que aborden este tema en mujeres migrantes, lo que resalta la importancia de investigar la preocupación sexual y su influencia en la conducta de asertividad sexual.

Es crucial abordar este tema de manera completa, utilizando un enfoque teórico

que tome en cuenta los factores mencionados anteriormente. En este contexto, el Modelo de Conducta Sexual Asertiva ofrece un enfoque adaptable para analizar las variables relevantes. Estos hallazgos pueden ser útiles para diseñar estrategias de prevención para la conducta sexual de riesgo y, por ende, ayudar a disminuir la transmisión del VIH. El personal de enfermería puede promover comportamientos sexuales asertivos en mujeres migrantes mediante la educación y promoción de la salud sexual, lo que puede contribuir a la prevención del VIH/sida en esta población. De acuerdo con lo anterior, el objetivo de esta investigación fue indagar la relación entre la preocupación sexual y la conducta sexual asertiva en mujeres migrantes que viven en albergues.

Marco Teórico

El Modelo de Conducta Sexual Asertiva (MCOSEAS; Torres-Obregon, 2017) ofrece una guía para explorar los procesos biopsicosociales que motivan a la mujer a adoptar conductas saludables en beneficio de su salud sexual. Este modelo se sustenta en la teoría Promoción de Salud (Pender, Muradaugh & Parsons, 2011). Es importante destacar que este modelo ha sido aplicado en mujeres en su entorno habitual (Figura 1).

El MCOSEAS propone una serie de ideas y conexiones entre ellas que buscan explicar la conducta sexual asertiva, teniendo en cuenta aspectos personales, cognitivos e interpersonales. El modelo se basa en tres categorías principales: 1) Características individuales como la pareja sexual, la edad, la depresión, la autoestima sexual, la educación, el estado civil y la religión. 2) Cogniciones y aspectos específicos de la conducta: como los beneficios del uso del condón, las barreras para su uso, la confianza en utilizarlo, el apoyo que recibe de la pareja y la violencia. 3) El resultado final es la conducta sexual asertiva.

El MCOSEAS se basa en las siguientes proposiciones:

1. La cantidad de parejas sexuales afecta la conducta sexual asertiva.
2. Factores como la edad, la autoestima sexual, la depresión, la religión, la

escolaridad, el estado civil y tienen un impacto en la conducta sexual asertiva.

3. La escolaridad, la edad, el estado civil, la depresión, la religión y la autoestima sexual afectan los beneficios, las barreras y la autoeficacia, están relacionados con el uso del condón.

4. El estado civil, la depresión, la escolaridad, la edad, la autoestima sexual la religión influyen en el apoyo que tienen de la pareja y la violencia que tiene de la pareja.

5. El apoyo que tienen de la pareja y la violencia que tienen por parte de la pareja afectan los beneficios para el uso del condón, así como las barreras y la autoeficacia.

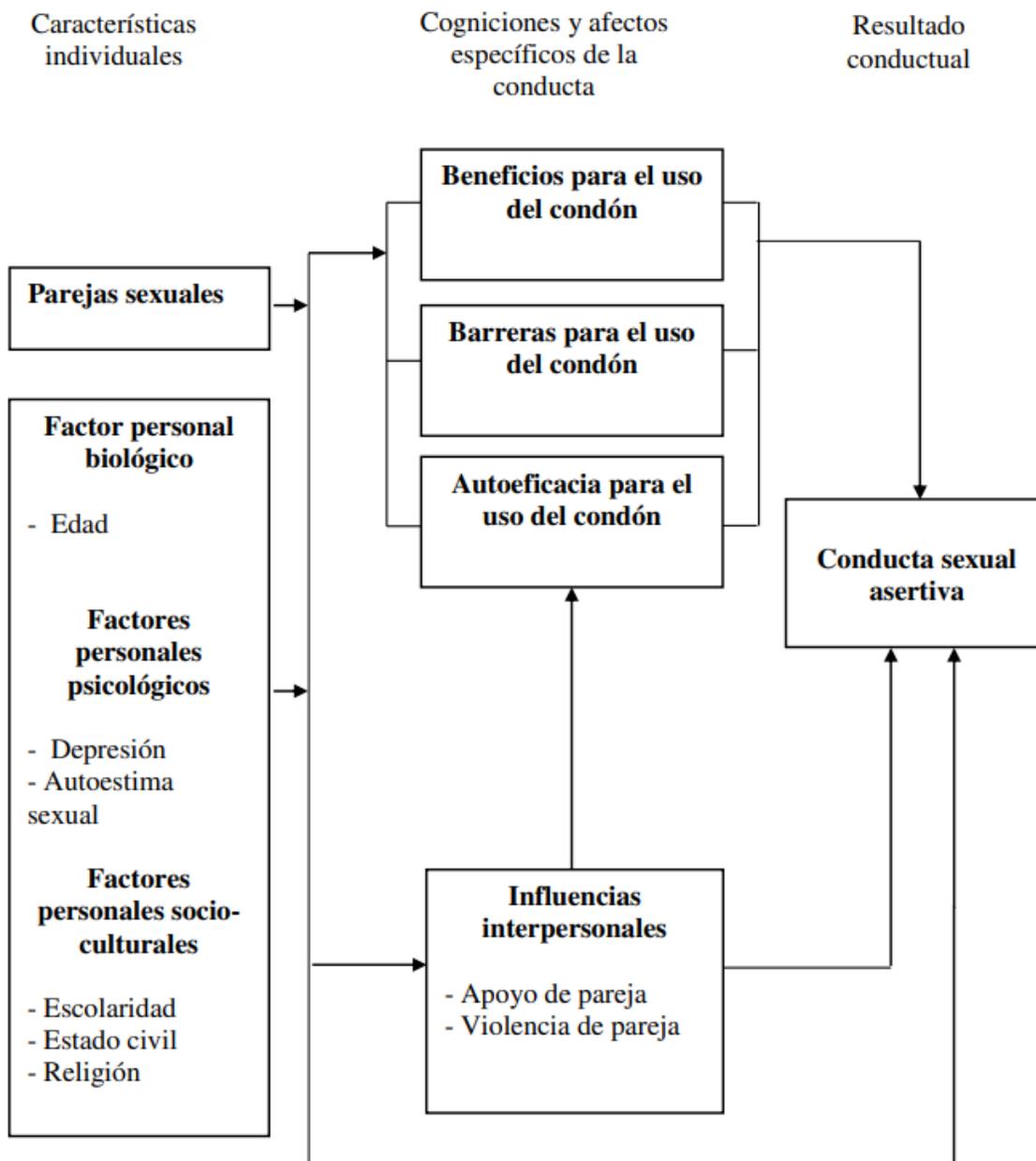
6. La conducta sexual asertiva se ve influenciada por los beneficios del uso del condón, así como de las barreras y la autoeficacia.

7. La conducta sexual asertiva se ve influenciada por el apoyo que tiene de la pareja y de la violencia que tiene de la pareja.

Cabe señalar que, respecto al MCOSEAS, solo se utilizaron las características individuales (parejas sexuales y edad), de los factores psicológicos se agregó la variable preocupación sexual, y el resultado conductual del modelo, fue la conducta sexual asertiva en mujeres migrantes) (Figura 2).

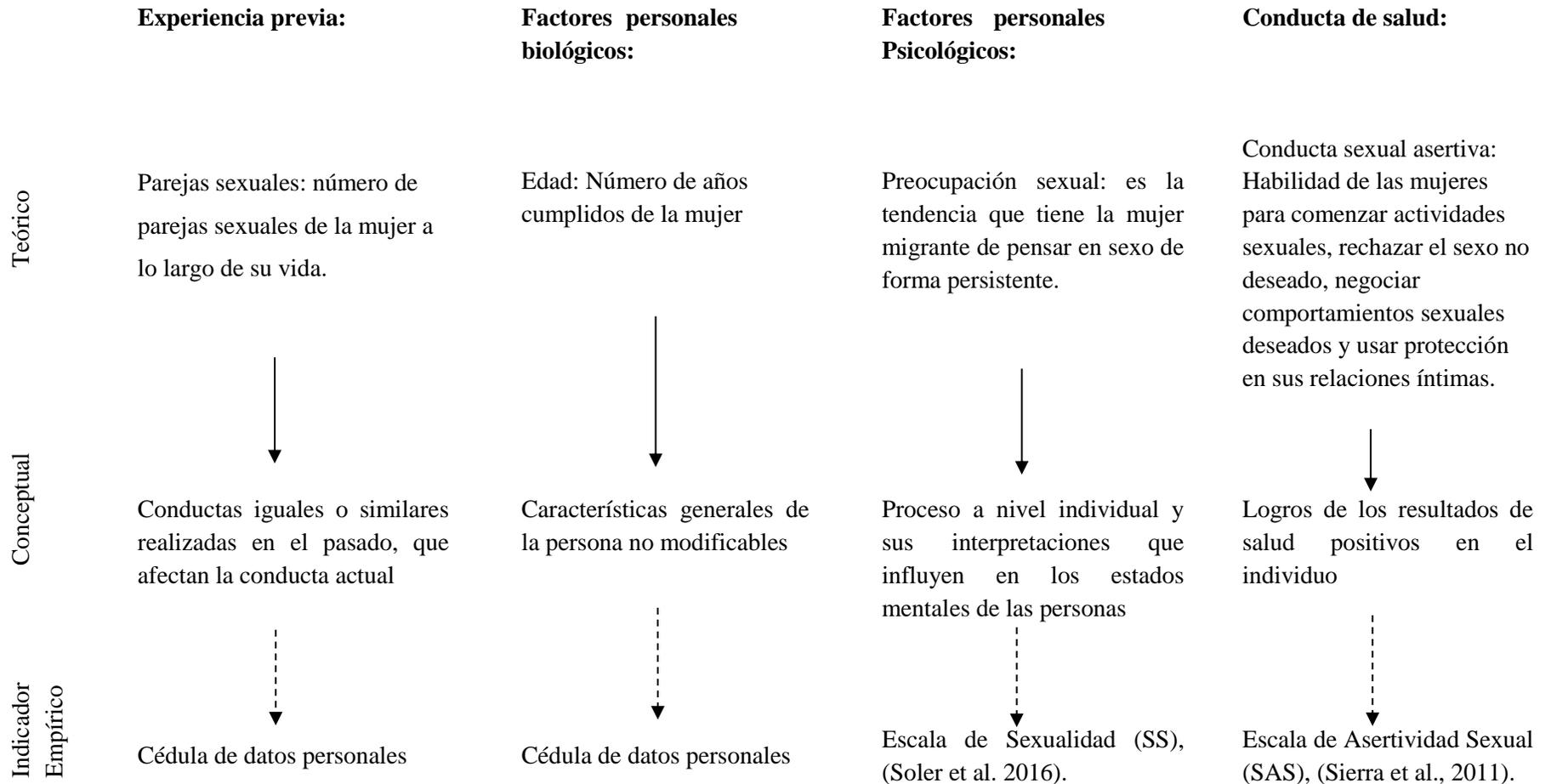
Los factores psicológicos son componentes mentales que afectan la forma en que las personas piensan y sienten, y en este caso se analizará la preocupación sexual, que se refiere a la tendencia de una persona a tener pensamientos recurrentes sobre el sexo. Algunos estudios han mostrado sus implicaciones clínicas y su importancia en la salud sexual (Soler, et al 2016, Vallejo-Medina et al., 2016) por lo que se consideró a la preocupación sexual como una tendencia que tiene el migrante para pensar en sexo.

Figura 1. Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Mujeres (MCOSEAS),
Torres-Obregon (2017)



Nota: Relación de variables MCOSEAS

Figura 2. Estructura Conceptual Teórica Empírica



Estudios Relacionados

Se exponen investigaciones vinculadas a las variables de interés, es importante señalar que los estudios mencionados no se llevaron a cabo en poblaciones migrantes. Asimismo, para analizar la conducta sexual asertiva se emplearon artículos que abordaban la variable de asertividad sexual (AS). Además, para tener una proximidad a la conducta sexual asertiva se emplearon artículos con la variable asertividad sexual (AS).

Parejas sexuales

Jenkins (2008), en su investigación, analizó las características de la asertividad sexual (AS) en mujeres adultas universitarias. Su estudio, realizado con una muestra de 111 mujeres, reveló que aquellas que no han tenido pareja muestran menos asertividad sexual en el rechazo en comparación con las que tienen pareja ($F [1,109] = 2.80, p < .05$).

Rickert et al. (2006) investigaron frecuencia y factores predictivos por la falta de deseo sexual en mujeres que mantienen relaciones sexuales, dividiéndolas en grupos de edad (14-17, 18-21 y 22-26). La investigación incluyó a mujeres (904) de diferentes nacionalidades que asistían a centros de planificación familiar. El grupo de 18 a 21 años, se encontró una asociación entre baja AS y tener tres o menos parejas sexuales ($OR = 1.81, IC 95\% [0.80, 2.21], p < .05$).

Ullman y Vásquez (2016) realizaron un estudio con el objetivo de examinar conductas sexuales de riesgo y rechazo sexual asertividad. Se obtuvo una muestra de 1863 mujeres. Para medir la AS se utilizó la Sexual Assertiveness Scale ([SAS], Morokoff et al., 1997). Encontraron que el número de parejas estaba relacionado de manera negativa con la AS de rechazo ($r = -.11, p < .01$).

Walker et al. (2011) llevaron a cabo una investigación para identificar factores que sugieren victimización sexual. La muestra se conformó por 501 participantes universitarios. Para evaluar la asertividad sexual de rechazo se aplicó el SAS (Morokoff

et al., 1997), número de parejas sexuales que estaba ligado a dos preguntas. Los resultados indicaron que hay una correlación negativa entre la AS de rechazo y el número de parejas ($r = -.23, p < .001$).

Torres-Obregon et al. (2017) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de determinar si ciertas variables, como la duración de la relación de pareja, parejas sexuales, el apoyo que recibe de la pareja, la asertividad sexual y la violencia de pareja, podían predecir autoestima sexual en mujeres residentes en el noreste de México. La muestra fue de 605 participantes que asistían a centros de salud de atención primaria. Se empleó la versión mexicana de la escala de asertividad sexual desarrollada por Torres-Obregon et al. (2017). La investigación llevada a cabo indica que la cantidad de parejas sexuales impacta significativamente a las mujeres respecto a la conducta sexual asertiva ($B = -1.28$; $IC\ 95\ \% [-2.54, -0.052]$, $p < .05$), lo que significa que una cantidad menor de parejas sexuales se relaciona con una mayor asertividad sexual.

Edad

Varillas-Chacaltana (2018) realizó un estudio con el objetivo de comparar los rasgos de personalidad de los universitarios con y sin AS de una universidad privada de Lima. Participaron 373 jóvenes universitarios. Utilizó como instrumentos, la Escala de Asertividad Sexual (SAS) y el Cuestionario Breve de Personalidad de los Cinco Grandes Factores BP-LRC. Los resultados muestran que existen diferencias significativas en AS de inicio y de rechazo en torno a la edad, donde los jóvenes de 18 a 24 años tuvieron mayor AS de inicio en comparación a los de 25 a 30 años ($U = 6055.5, p < .001$). Mientras que, en la AS de rechazo, los jóvenes de 25 a 30 años obtuvieron puntuaciones superiores en contraste con los individuos jóvenes de 18 a 24 años ($U = 7350.5, p < .001$).

Torres-Obregon (2017) llevó a cabo una investigación para examinar el impacto de la edad, la depresión, la autoestima sexual, el nivel educativo, el estado civil y la

religión en la conducta sexual asertiva, en la cual participaron 605 mujeres que acudían a centros de salud de atención primaria. Aunque inicialmente no se encontró una correlación entre la edad y la conducta sexual asertiva, un análisis de regresión reveló que la edad (junto con variables como el nivel educativo y la religión) sí influye en la conducta sexual asertiva de las mujeres. En otras palabras, a medida que la edad aumenta, también lo hace la asertividad sexual ($B = .266, p < 0.5$).

Preocupación sexual

Sepehrian y Sorbi (2018), realizaron un estudio con el objetivo de desarrollar un cuestionario sexual multidimensional (MSQ) para iraníes de ambos sexos. La muestra se conformó por 335 participantes de 18 a 66 años, de los cuales 165 fueron hombres y 170 mujeres de centros de consejería. Para evaluar la AS y la PS emplearon el Cuestionario sexual multidimensional P-MSQ, (Fisher et al. 1993). Se encontró que existe una correlación positiva entre la PS y la AS ($r = .030, p < 0.01$).

Shyroka y Zavada (2022) elaboraron una investigación con el objetivo de presentar la validación del Cuestionario Sexual Multidimensional (MSQ), para el idioma ucraniano, el cual se utilizó para medir diferentes dimensiones entre ellas la PS y AS. Participaron 1113 adultos de 18 a 69 años, de los cuales 54 fueron hombres y 1059 mujeres. Se encontró correlación entre la PS y AS de manera positiva ($r = .33, p < .01$).

Vallejo-Medina et al., (2017), efectuaron una investigación con el propósito de adaptar el cuestionarios de un mismo idioma en dos contextos diferentes. La muestra se conformó por 825 participantes de España y Colombia. Para medir la AS utilizaron como instrumento la escala elaborada por Morokoff et al., (1997) (Asertividad Sexual). Para medir PS, emplearon la subescala de la Escala de Sexualidad (Soler et al., 2016; Wiedermann & Allgeier, 1993). En la población de colombianos, se encontró que la PS no tiene relación con AS de inicio y prevención de E-ETS; sin embargo, se presentó una correlación de forma negativa con Asertividad Sexual de rechazo ($r = -.15, p < .01$). En

población de españoles, se encontró que la PS no tiene relación con asertividad inicio y de prevención de E-ETS, pero, si se hubo correlación negativa con Asertividad Sexual de rechazo ($r = -.23, p < .01$).

Soler et al. (2016) llevaron a cabo un estudio con el propósito de validar la versión breve de la escala de sexualidad de Snell y Papini (1989) en ambos sexos. La muestra incluyó 646 participantes colombianos y 521 españoles. Sus hallazgos indicaron que la PS se correlacionó de forma negativa con la AS de inicio en individuos españoles ($r = -.22, p < .01$), mientras que en el caso de los participantes colombianos se observó una correlación positiva ($r = .10, p < .01$).

Síntesis de Estudios Relacionados

Según la investigación previa, se puede concluir que las mujeres con un historial de más parejas sexuales tienden a mostrar un menor nivel de asertividad sexual. Sin embargo, existe evidencia de que no existe relación entre ellas. Por otro lado, en algunos estudios se resalta la edad como un factor importante en la AS en las mujeres, aunque la literatura diverge en los resultados pues en algunos estudios se considera que la edad marca la diferencia en AS, pero en otros no existe relación.

Con respecto a las variables preocupación sexual y conducta sexual asertividad, algunos autores consideran que la PS y AS están asociados de manera positiva. Esto sugiere que, entre más tendencia tenga una persona a pensar de manera recurrente en el sexo, tendrá más asertividad sexual. No obstante, hay discrepancia en estos hallazgos, dado que la evidencia empírica revela correlaciones débiles y negativas, mientras que otros estudios refutan la relación entre ambos factores. Por ende, se puede concluir que la evidencia empírica no es clara, y por ello, es necesario identificar de qué manera se relaciona con AS. Cabe mencionar que los resultados en la literatura corresponden a hombres y mujeres en el entorno social en el que normalmente se desenvuelven.

Objetivo General

Determinar la relación entre parejas sexuales, edad, preocupación sexual y conducta sexual asertiva en mujeres migrantes en albergues.

Objetivos Específicos

1. Identificar el perfil sociodemográfico de las mujeres migrantes.
2. Conocer la preocupación sexual en mujeres migrantes.
3. Describir la conducta sexual asertiva en mujeres migrantes.
4. Analizar la diferencia en el número de parejas sexuales.
5. Analizar la diferencia de preocupación sexual en mujeres migrantes, por grupo de edad.
6. Analizar la diferencia en la conducta sexual asertiva en mujeres migrantes, por grupo de edad.
7. Identificar la relación entre preocupación sexual y las dimensiones de la conducta sexual asertiva.

Definición de Términos

Parejas sexuales: Se refiere a cuántas parejas sexuales ha tenido la mujer migrante durante su vida.

Edad: Cantidad de años cumplidos informados por la mujer migrante.

Preocupación sexual: Es la tendencia que tiene la mujer migrante de pensar en sexo de forma persistente. Fue medido con la SS (Soler et al., 2016).

Conducta sexual asertiva: Habilidad de las mujeres para comenzar actividades sexuales, rechazar el sexo no deseado, negociar comportamientos sexuales deseados y usar protección en sus relaciones íntimas. Se utilizó la escala de AS (Sierra et al., 2011).

Capítulo II

Metodología

Este capítulo detalla el enfoque utilizado en la realización de la investigación, abarcando el diseño del estudio, la población, muestra y muestreo seleccionados, el criterio para la inclusión, exclusión y eliminación de participantes, los instrumentos utilizados para la medición, el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y el plan de análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue correlacional descriptivo transversal, ya que el estudio está direccionado a relacionar las variables preocupación sexual y la conducta sexual asertiva, para indagar el impacto que tiene en las mujeres migrantes en Nuevo León (Burns & Grove, 2019).

Población, Muestra y Muestreo

La población de este estudio se conformó por mujeres migrantes mayores de 18 años, ubicadas en distintos refugios, centros de acogida, albergues o residencias para migrantes de Monterrey, N.L. y su área metropolitana. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

La determinación del tamaño de la muestra se llevó a cabo a través del programa *G*Power* (v.3.1.1) con una potencia del 90%, un nivel de significancia de 95% y con un tamaño del efecto de .04 para una prueba de correlación bivariada, dando un total de muestra de 300 participantes.

Criterios de Inclusión

Se consideraron mujeres migrantes de 18 años y más, con actividad sexual y haber emprendido su viaje sin compañía de una pareja.

Criterios de Exclusión

Mujeres migrantes afectadas por el consumo de alcohol o drogas, confirmado por el reclutador mediante la observación de síntomas como náuseas, mareos,

dificultades en el habla, ojos enrojecidos o vidriosos, y signos visibles de uso de agujas.

Criterios de Eliminación

Mujeres migrantes que declararon tener VIH/sida, lo cual fue determinado con una pregunta en la información personal proporcionada. Se descartaron los datos de aquellas mujeres migrantes cuyos instrumentos estaban incompletos y de aquellas que se retractaron de participar durante la aplicación del cuestionario.

Instrumentos de Medición

Se describen los instrumentos empleados en la investigación.

Preguntas filtro.

Se emplearon preguntas con el fin de identificar criterios de inclusión de los participantes en el estudio. Estas fueron: la edad en la que empezó su vida sexual activa y la compañía durante el viaje. Aquellas participantes que no cumplieron con estos criterios no fueron consideradas para la investigación. También, se incluyó el número de identificación del instrumento, con el fin de impedir la duplicación si la participante cambiara de albergue. Este número constaba de un código alfanumérico que incluía la fecha de nacimiento (dos dígitos para el día y mes), seguido de la primera letra de los nombres y apellidos de las participantes (Apéndice A).

Cédula de datos personales.

En la cédula de datos personales se recopilaron los siguientes datos: edad, nivel educativo, estado civil, país de origen y la pregunta "¿Ha recibido algún diagnóstico de VIH o sida?" (Apéndice B).

Preocupación sexual.

Se empleó la subescala de PS, perteneciente a la Escala de Sexualidad (SS), (Soler et al., 2016). Esta subescala consta de 5 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert que van desde 1 = En total desacuerdo hasta 5 = Totalmente de acuerdo. Los puntajes obtenidos van desde 5 hasta 25 puntos, siendo puntuaciones altas indicativas de una mayor preocupación sexual. Un ejemplo de ítem es "Pienso en sexo todo el tiempo".

La escala se autoadministra, y el coeficiente alfa reportado fue de $\alpha = .84$ (Soler et al., 2016) (Apéndice C).

Conducta sexual asertiva.

Se utilizó la Escala de Asertividad Sexual (SAS), (Sierra et al., 2011). Consta de 18 preguntas que evalúan la asertividad sexual en: inicio (1 al 6), rechazo (7 al 12) y prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual (E-ETS) (13 al 18). Las respuestas se dan en una escala tipo Likert, que varía desde 0 = Nunca hasta 4 = Siempre; la mitad de los ítems están formulados de manera inversa (3, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 14 y 16). Los puntajes oscilan entre 0 y 72, siendo una puntuación más alta indicativa de una mayor asertividad sexual. Un ejemplo de ítem es: “Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón”. La escala se autoadministra y se ha informado una consistencia interna de $\alpha = .86$ (Ruiz-Bugarin, 2021) (Apéndice D).

Procedimiento de Recolección de Datos

Para llevar a cabo esta investigación, el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León, evaluaron y aprobaron el estudio. Ocurrido lo anterior, se solicitó permiso para acceder a los diversos albergues con oficios emitidos por la FAEN.

Después de que los comités y las autoridades de los albergues en Nuevo León (NL) dieron su aprobación, se llevó a cabo la capacitación de dos personas encargadas de reclutar y seleccionar a las mujeres migrantes, así como de los que encuestaron. Las personas que se encargaba de seleccionar a los participantes verificaban mediante las preguntas filtro, si la participante cumplía con los criterio de inclusión para la investigación (Apéndice A).

Si cumplían con criterio de inclusión, se les explicó a las mujeres migrantes los requisitos y la importancia de participar en la investigación, así como los beneficios de esta. Se les informó a las mujeres migrantes que su participación sería de forma confidencial voluntaria y anónima, haciendo hincapié de la importancia del

consentimiento informado. También se les aseguró que tenían la libertad de retirarse en cualquier momento sin sufrir consecuencias. En caso de que una mujer migrante no cumpliera con los criterios para incluirla, el responsable de la selección expresaba su agradecimiento de manera amable y cortés, indicando que en ese momento no reunía los requisitos necesarios para participar en la investigación.

Durante el muestreo, se realizaron las preguntas filtro, las participantes que cuentan con las características de los criterios de inclusión (Apéndice A), recibieron en sobre cerrado el consentimiento informado (Apéndice E) y los instrumentos (Apéndices B, C, D). Se proporcionó a la participante una explicación detallada sobre el contenido del consentimiento informado, y se le ofreció información adicional en caso de que tuviera alguna duda. Se aseguró a la participante que la investigación no representaría una amenaza ni un perjuicio para su permanencia en la ciudad o en los albergues, y se reiteró la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin sufrir ningún tipo de consecuencia negativa. Para completar el consentimiento, solo se requirió la firma de la participante y de dos testigos, y aunque el formulario solicitaba datos de la dirección de origen, se indicó escribieran el nombre del albergue en el que se encontrara en ese momento.

A cada encuesta se asignó un código alfanumérico único para evitar la duplicación si la participante cambiara de lugar de estancia. Este incluía día/mes/año de nacimiento y las primeras letras de su nombre completo. Se proporcionaron instrucciones para completar las encuestas y se reiteró que la participante podía retirarse en cualquier momento sin sufrir represalias.

Cuando la participante entregó la encuesta se verificó que se haya completado en su totalidad. Se les preguntó a las participantes si presentaron algún problema para completar el cuestionario y cuál fue el motivo (personal, comprensión, entre otros), no se les obligó a completar la encuesta (en caso de haber omitido alguna respuesta). En agradecimiento por su participación, se les entregó un kit de higiene personal y

preservativos. Es importante mencionar que para evitar cuestiones de discriminación en el caso de las mujeres migrantes que fuera diagnosticadas con alguna ITS, ellas llenaron las encuestas, sin embargo, las respuestas de sus instrumentos no fueron capturadas en la base de datos.

Después de revisar que las encuestas estuvieran completas, estas fueron nuevamente guardadas en su sobre y permanecieron cerradas. El responsable del proyecto capturó la información recabada en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para su posterior análisis. Luego de este proceso, los datos se resguardarán durante un año.

Consideraciones Éticas

Este estudio se basa en las disposiciones establecidas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014), el cual define los lineamientos y principios generales a los que se sometió esta investigación. Se atendieron artículos y fracciones con respecto al aseguramiento del bienestar y dignidad de los participantes. De acuerdo al Artículo 3, esta investigación se clasifica como investigación para la salud, ya que implica acciones que favorecen al conocimiento de procesos biológicos y psicológicos en los humanos (fracción I), así como a prevenir y controlar problemas de salud (fracción III).

En cuanto al trato respetuoso y cordial hacia los participantes, se aplicaron los principios establecidos en el Título Segundo, relativo a aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 13.

Siguiendo lo establecido en el Artículo 14, se obtuvo la opinión favorable del Comité de Investigación y del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (fracción VII). Se recolectaron datos una vez obtenida la autorización correspondiente de los centros de asistencia social para migrantes en Nuevo León (fracción VIII).

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 16, se garantizó la confidencialidad de los participantes mediante medidas de protección de su privacidad. La administración de encuestas se realizó en un entorno que el investigador designó para que la participante se sintiera cómoda al responder. No se solicitó el nombre de las participantes para completar los instrumentos. Una vez completados, los instrumentos fueron guardados en sobres. Para la captura de datos, a cada participante se le otorgó un código, y la base de datos fue operada únicamente por el autor principal del estudio.

Con respecto al Artículo 17, fracción II, esta investigación se consideró de riesgo mínimo, ya que se abordaron aspectos que pueden causar incomodidad e inquietud al hablar de temas sexuales. A demás se dejó claro que los datos obtenidos se utilizaron exclusivamente para fines de investigación aplicaron instrumentos que abordaron temas de conducta sexual (Artículo 58, fracción II). Con relación al Artículo 20, se aclararon dudas que se presentaron, con el objetivo que las participantes poseen la información suficiente y que esto les permitió aceptar o rechazar su participación.

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 21, se aseguró la existencia del consentimiento informado al explicar claramente a la participante los objetivos y motivos del estudio (Fracción I), así como los procedimientos y propósito del estudio (Fracción II). Se señaló también la posibilidad de que ciertas preguntas resultarían incómodas (Fracción III) y se destacó la importancia de su contribución para la creación de conocimiento (Fracción IV). Se garantizó que la participante recibiría respuestas a cualquier pregunta y se aclararían todas las dudas (Fracción VI), y se enfatizó su libertad para retirar su consentimiento en cualquier momento y abandonar el estudio sin consecuencias (Fracción VII). Se aseguró además que no se revelaría su identidad y se mantendría la privacidad de la información (Fracción VIII).

El consentimiento informado fue documentado por escrito, según lo dispuesto en el Artículo 22, en donde el autor principal del estudio detalló la información mencionada en el artículo anterior (fracción I). Este documento fue avalado por el Comité de Ética

en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (fracción II). Se requirió la presencia de dos testigos, y tanto el participante como los testigos firmaron el documento. Se realizaron dos copias del consentimiento, una de las cuales fue entregada a la participante (fracción III).

En el marco de la investigación en Grupos de Subordinados (Artículo 57), se consiguió la autorización de los albergues para realizar la recolección de información. Finalmente, según lo estipulado en el Artículo 58, fracción II, los resultados emanados se emplearán con fines investigativos y se divulgarán a través de su presentación en revistas y congresos científicos (Apéndice D).

Plan de Análisis de los Datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 22. Previo al análisis de los objetivos se verificó la normalidad de la distribución de las variables por medio de la prueba estadística de Kolmogórov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors. Para determinar la confiabilidad de los instrumentos, se utilizó la prueba de Alpha de Cronbach.

Através de la estadística descriptiva como frecuencias y medidas de tendencia central, se dio respuesta a los objetivos específicos que son 1) Se identificó el perfil sociodemográfico de las mujeres migrantes, 2) describió las variables preocupación sexual, 3) asertividad sexual en mujeres migrantes, 4) analizar la diferencia en el número de parejas sexuales, 5) analizar la diferencia de preocupación sexual en mujeres migrantes, por grupo de edad, 6) analizar la diferencia en la conducta sexual asertiva en mujeres migrantes, por grupo de edad. Para analizar la diferencia tanto en preocupación sexual y asertividad sexual, por grupo de edad, se utilizó Prueba de Kruskal-Wallis para muestras relacionadas. Así mismo, se dio respuesta al objetivo general, el cual determinó la correlación entre las variables del estudio, se utilizó la prueba de r de Spearman.

Capítulo III

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del estudio. Donde se describen primero las características sociodemográficas de los participantes, la estadística descriptiva de las variables con la prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Posteriormente se presenta la consistencia de los instrumentos (Alfa de Cronbach), y finalmente se presenta la estadística utilizada con el fin de dar respuesta de los objetivos específicos y general del estudio.

Características Sociodemográficas

Fueron incluidas 300 mujeres migrantes que cumplieron los criterios establecidos. La edad de los participantes osciló entre 18 y 68 años, con una media de edad 33.56 años ($DE = 10.48$). Respecto al número de parejas que han tenido, la mayoría de las participantes tenían entre 2 y 3 parejas sexuales, con una media de 3.54 parejas ($DE = 2.45$). Para dar respuesta al primer objetivo específico, que fue identificar el perfil sociodemográfico de las mujeres migrantes, los resultados mostraron que el 47.7% son solteras, con secundaria terminada (19.7%). Con respecto a la nacionalidad, el 32.3% son de origen venezolano, seguido de nacionalidad hondureña con un 23% (Tabla 1).

Tabla 1

Estado Civil, Escolaridad y Nacionalidad

Características	<i>f</i>	%
Estado Civil		
Soltero	143	47.7
Casado	50	16.7
Divorciado	21	7.0
Viudo	14	4.7
Unión Libre	72	24.0

Nota: n= 300

(continúa)

Tabla 1
Estado Civil, Escolaridad y Nacionalidad (continuación)

<i>Características</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Escolaridad		
No fui a la escuela	6	2.0
Primaria (6 años)	25	8.3
Primaria incompleta (menos de 6 años)	18	6.0
Secundaria incompleta (7-8 años)	37	12.3
Secundaria (9 años)	59	19.7
Preparatoria incompleta (7-8 años)	38	12.7
Preparatoria(12 años)	55	18.3
Carrera técnica (12 años)	16	5.3
Carrera técnica incompleta (10- 11 años)	27	9.0
Licenciatura incompleta (13-16 años)	12	4.0
Licenciatura (17 años)	4	1.3
Posgrado (+18 años)	3	1.0
Nacionalidad		
México	28	9.3
Guatemala	43	14.3
Honduras	75	25.0
Venezuela	97	32.3
Cuba	1	0.3
Colombia	21	7.0
Salvador	9	3.0
No se	2	0.7
Me niego a responder	1	0.3
Otros	23	7.7
Total	300	100.0

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 300

Estadística Descriptiva de las Variables del Estudio

En este apartado se presenta la estadística descriptiva y el resultado de la prueba Kolmogórov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors para las variables: preocupación sexual (PS) y conducta sexual asertiva (CSA). Esta descripción, contribuye a dar respuesta a los objetivos específicos dos y tres, los cuales tratan de conocer la PS y describir la CSA en mujeres migrantes.

La PS obtuvo una media de 10.95 ($DE = 5.02$), que se encuentra por debajo del

punto intermedio, lo que significa que las participantes mostraban menor PS. Respecto al CSA la media fue de 34.57 ($DE = 6.98$) que se encuentra por encima del punto intermedio, lo que indica que las participantes reportaron mayor CSA (tabla 2). Según los datos obtenidos de la prueba de K-S, los datos no presentaron distribución normal por lo que se utilizó estadística no paramétrica.

Adicionalmente los datos descriptivos de los ítems se encuentran en los apartados de apéndices (Apéndices F y G). En la tabla 3 y 4 se muestran frecuencias y porcentajes de los ítems de la Subescala de PS y la Escala de AS.

Tabla 2

Estadística Descriptiva y resultado de prueba Kolmogórov-Smirnov

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Preocupación sexual	10.95	10	5.02	5	25	.145	.001
Conducta Sexual Asertiva	34.57	36	6.98	7	65	.174	.001

Nota: M= Media; Mdn= Mediana; DE=Desviación Estándar; Min= valor mínimo; Max= valor máximo; D^a= Prueba de normalidad con correlación Lilliefors; p=Significancia; n = 300

En la Subescala de PS, se encontró que las mujeres migrantes, en el ítem "Pienso en sexo más que en cualquier cosa" obtuvieron un 51% *en total desacuerdo*. En particular, el ítem "Tiendo a estar preocupado con temas sexuales" mostró porcentajes más altos *en total desacuerdo* 44.7%. Finalmente, se encontró que en el ítem "Estoy constantemente pensando en tener sexo" los participantes están *en total desacuerdo* en un 50% (Tabla 3).

Tabla 3*Frecuencias y Porcentajes de la Subescala de Preocupación Sexual*

Ítems	ETD		MED		NIDA		MDA		TDA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Pienso en sexo todo el tiempo	142	47.3	45	15.0	57	19.0	20	6.7	36	12.0
Tiendo a estar preocupado con temas sexuales	134	44.7	55	18.3	65	21.7	16	5.3	30	10.0
Pienso en sexo más que en cualquier cosa	153	51.0	51	17.0	60	20.0	17	5.7	19	6.3
Estoy constantemente pensando en tener sexo	150	50.0	56	18.7	58	19.3	16	5.3	20	6.7
Pienso en sexo una gran parte del tiempo	112	37.3	48	16.0	58	19.3	20	6.7	62	20.7

Nota: ETD= En total desacuerdo; MED= Medianamente en desacuerdo; NIDA= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo; MDA= Medianamente de acuerdo; TDA= Totalmente de acuerdo; *f*=frecuencia; % = porcentaje; *n*= 300.

Al analizar la Escala de Conducta sexual asertiva se obtuvieron las siguientes puntuaciones: en el ítem "Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo", los porcentajes más altos se encontraron en la opción de respuesta *A veces* con un 36.0% y *La mitad de las veces* 18.7%. Para el ítem "Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo", los porcentajes más altos se observaron en *A veces* 30.7% y *La mitad de las veces* 20.3% (Tabla 4).

Con respecto al ítem "Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no", los porcentajes más altos se registraron en *A veces* con 32.3% y *La mitad de las veces* con 32.0%. Por otro lado, en la pregunta "Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste", los porcentajes más altos se encontraron en los *A veces* con 30.7% y *La mitad de las veces* con 21.0%. Se encontró que el 38% de las mujeres migrantes respondieron *la mitad de las veces* en el ítem "Espero que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como acariciar mi cuerpo. Finalmente, se encontró que en

el ítem " Si mi pareja lo desea, estimula sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece" las participantes mencionaron que *Nunca* en un 34.3%

Tabla 4*Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Asertividad sexual*

Ítems	N		AV		LMV		CS		S	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo	32	10.7	108	36.0	56	18.7	50	16.7	54	18.0
Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo	74	24.7	92	30.7	61	20.3	39	13.0	34	11.3
En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero que me toque los genitales	64	21.3	75	25.0	50	16.7	66	22.0	45	15.0
En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero que acaricie mi cuerpo	42	14.0	71	23.7	66	22.0	64	21.3	57	19.0
Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo	81	27.0	91	30.3	57	19.0	50	16.7	21	7.0
Espero que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como acariciar mi cuerpo	48	16.0	114	38	57	19.0	47	15.7	34	11.3
Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no	97	32.3	96	32.0	54	18.0	38	12.7	15	5.0
Si mi pareja lo desea, estimula sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece	104	34.7	60	20.0	45	15.0	55	18.3	36	12.0
Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste	89	29.7	98	32.7	49	16.3	37	12.3	27	9.0

(continúa)

Tabla 4*Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Asertividad sexual (continuación)*

<i>Ítems</i>	<i>N</i>		<i>AV</i>		<i>LMV</i>		<i>CS</i>		<i>S</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece	97	32.3	86	28.7	39	13.0	46	15.3	32	10.7
Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales, aunque me presione	103	34.3	54	18.0	55	18.3	39	13.0	49	16.3
Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste	92	30.7	87	29.0	63	21.0	30	10.0	28	9.3
Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón, incluso aunque yo prefiera usarlos	99	33.0	57	19.0	53	17.7	48	16.0	43	14.3
Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón, incluso aunque yo no quiera	102	34.0	61	20.3	51	17.0	42	14.0	44	14.7
Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón	87	29.0	76	25.3	57	19.0	34	11.3	46	15.3
Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón	87	29.0	68	22.7	45	15.0	51	17.0	49	16.3
Insisto en usar condón cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos	89	29.7	88	29.3	37	12.3	47	15.7	39	13.0
Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón	92	30.7	91	30.3	46	15.3	32	10.7	39	13.0

Nota: *N*= Nunca; *AV*= A veces; *LMV*= La mitad de las veces; *CS*= Casi siempre; *S*= Siempre; *f*=frecuencia; *%*=porcentaje; *n*= 300.

Confiabilidad de los Instrumentos

A continuación, se muestra la confiabilidad de los instrumentos. Para determinar la consistencia interna se calculó a través del Coeficiente Alpha de Cronbach, obteniendo puntuaciones que se consideran aceptables en ambos instrumentos (tabla 5).

Tabla 5

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Número de ítems	Alpha de Cronbach
Subescala de Preocupación sexual	5	.79
Escala de Asertividad Sexual	18	.91

Objetivos Específicos

El objetivo inicial fue identificar el perfil sociodemográfico de las mujeres migrantes, los resultados revelan que el promedio de edad fue de 33.56 años, son solteras (47.7%), con secundaria terminada (19.7%), de nacionalidad venezolana (32.3%), siguiendo Honduras con un 23%, con un promedio de 3.5 parejas sexuales (tabla 1).

El segundo como el tercer objetivo fueron descritos anteriormente en las tablas tres y cuatro, se alcanzó una media de 10.95 ($DE = 5.02$) en la PS, que se encuentra por debajo del punto intermedio, lo que significa que las participantes mostraban menor PS. Y en la CSA, se alcanzó una media de 34.57 ($DE = 6.98$), la cual se encuentra por encima del punto intermedio, lo que muestra que las mujeres migrantes reportaron mayor CSA (Tabla 2). Planteó conocer la preocupación sexual en mujeres migrantes, la cual presenta una media de 10.95. En las ponderaciones de la pregunta número uno se obtuvo una media de 2.21 ($DE = 1.40$), en este mismo sentido las participantes mencionan estar *en total desacuerdo* en que piensan en sexo todo el tiempo con un porcentaje de 47.3% del total de la muestra, únicamente el 12% se encontró en

totalmente de acuerdo en que piensan en sexo todo el tiempo. Seguido, la pregunta número dos la cual arrojó que el 44.7% de las participantes se encontraban *en total desacuerdo* en cuanto a tiendo a estar preocupada con temas sexuales, con un 21.7% que se encontraron ni de acuerdo, ni en desacuerdo con estar preocupada por temas sexuales con una media de 2.18 ($DE=1.32$); una $Mdn = 2$.

La pregunta tres se refería a pensar en sexo más que en cualquier cosa, se encontró que un 51.0% de mujeres migrantes estaban *en total desacuerdo* en cambio el 20.0% se encontraba *ni de acuerdo, ni en desacuerdo*, presentando una media de 1.99 ($DE = 1.22$); una $Mdn = 1$. En la pregunta cuatro el porcentaje de las participantes fue de *en total desacuerdo* con 50.0% en cuanto a estar constantemente pensando en sexo, sin embargo, el 6.7% se refirió pensar constantemente en tener sexo con una media de 2 ($DE = 1.23$); $Mdn = 1.50$.

La pregunta cinco arrojó datos importantes en cuando a las mujeres migrantes con aspecto a pienso en sexo una gran parte del tiempo con un porcentaje de 37.3% *en total desacuerdo*, mientras el 20.7 % de las participantes se encontraban *totalmente de acuerdo* en cuanto a pensar en sexo la gran parte del tiempo, presentando una media de 2.57 ($DE = 1.54$); $Mdn = 2$ estadísticamente.

El tercer objetivo describe la conducta sexual asertiva en mujeres migrantes el cual estadísticamente tiene una media de 34.5 ($DE = 6.9$); una $Mdn = 36$; posteriormente inicia la primera pregunta con la cual se identifica como “inicio de la relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo”, la cual obtuvo un porcentaje del 36% de las participantes, las cuales se identificaron con *A veces* y un 18.7% *la mitad de las veces*.

La pregunta dos se formula como “le indico a mi pareja que me toque los genitales así cuando lo deseo” dando como resultado un porcentaje de 30.7% refiriendo que *A veces*, cuando el 11.3% de un grupo de las mujeres migrantes indican que siempre. Continuando con lo anterior, la pregunta tres menciona “en vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero que me toque los genitales” con un 25% que confirmaron que *A veces*

y un 22% de la población casi siempre. Posteriormente le sigue la pregunta número cuatro la cual aborda a las participantes preguntándole “en vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero que acaricie mi cuerpo” las cuales respondieron *A veces* con 23.7% y otro grupo respondió *la mitad de las veces* con un 22%.

La pregunta cinco, “le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca si así lo deseo” con un 30% de mujeres que respondieron *A veces*, y el 27%, como nunca. Sexta pregunta, “espero que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como acariciar mi cuerpo” con una frecuencia de 114 (38%) *A veces*, y el 19% *la mitad de las veces*. Continua con la número siete, “si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le dicho que no”, el 32.3% de las mujeres indico que *nunca*, y el 32% *A veces*.

La octava pregunta preguntaba “si mi pareja lo desea, estimula sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece”, dando un resultado de 34.7% de las mujeres que respondieron nunca, sin embargo, el 20% respondió *A veces*. La novena pregunta expuso, “me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste”, arrojó que el 32.7% de las participantes respondieron con *A veces* y el 29.7% *nunca*. La pregunta número diez del cuestionario pregunto, “tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece”, en comparación a la pregunta nueve fue más alto el porcentaje en las mujeres que respondieron *nunca* con un 32%, que las mujeres que respondieron *A veces* con 28.7% de la pregunta.

La pregunta número once, “si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales, aunque me presione”, el porcentaje fue de 34.3% más alto en comparación al porcentaje de las mujeres que respondieron que *A veces* con un 18%. La pregunta número doce se refería “me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste” siendo el porcentaje más alto en la respuesta alternativa *nunca* con un 30.7% y el 29 % de *A veces*. Posteriormente la pregunta número trece, está conformada de tal forma, “si a mi pareja no le gusta usarlo, tengo relaciones sexuales sin condón, incluso aunque yo prefiera usarlo” con un porcentaje de 33% como *nunca* y un 19% de *a veces*.

La pregunta catorce indica “si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón, incluso aunque no quiera” destacando un porcentaje de *nunca*, con un porcentaje de 34% y 14.7% respondió que siempre. Seguido la pregunta número quince, “cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón” indicó que el 25% están de acuerdo con utilizar el condón *A veces*, en cuanto el 29% *nunca* usaban el condón en sus relaciones sexuales.

La pregunta dieciséis está enfocadas en “si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón” con un porcentaje de 29% más elevado de *nunca*, a comparación de 22.7% que referían a *veces*. En las preguntas diecisiete redactada “insisto en usar el condón cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos”. Finalmente, la pregunta número dieciocho la cual plantea, “me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón” coinciden en tener más alto el porcentaje de respuesta alternativa *nunca* con un 29.7% y un 30.7% en comparación a las mujeres que respondieron con la pregunta alternativa a *veces* con un porcentaje de 29.3% y un 30.3%.

El objetivo cuatro trata de analizar la diferencia en PS y CSA con respecto al número de parejas sexuales. Se analizó mediante la prueba de Kruskal-Wallis, se estructuraron tres grupos según el número de parejas sexuales, para el análisis comparativo. Los resultados muestran que no existe diferencia por el número de parejas sexuales en la PS ($X^2=1.35$, $gl=2$, $p>.05$) y en la CSA ($X^2=1.59$, $gl=2$, $p>.05$) (Tabla 6).

Tabla 6

Diferencia en la PS y la CSA, respecto al número de parejas sexuales

Variable	Grupos	<i>f</i>	%	Rango promedio	Kruskal-Wallis(X^2)	<i>gl</i>	<i>p</i>
PS	1	256	85.4	150.63	1.35	2	.508
	2	40	13.3	144.96			
	3	4	1.3	197.25			

Nota: $n= 300$; 1=1 a 5; 2=6 a 10; 3=11 a 15; *f*=frecuencia; %=porcentaje; PS=Preocupación sexual; CSA=Conducta sexual asertiva; X^2 =distribución chi-cuadrado; *gl*=grados de libertad; *p*= Significancia

(continúa)

Tabla 6*Diferencia en la PS y la CSA, respecto al número de parejas sexuales (continuación)*

Variable	Grupos	<i>f</i>	%	Rango promedio	Kruskal-Wallis(X^2)	<i>gl</i>	<i>p</i>
CSA	1	256	85.4	148.65	1.59	2	.451
	2	40	13.3	157.64			
	3	4	1.3	197.50			

Nota: $n=300$; 1=1 a 5; 2=6 a 10; 3=11 a 15; *f*=frecuencia; %=porcentaje; *PS*=Preocupación sexual; *CSA*=Conducta sexual asertiva; X^2 =distribución chi-cuadrado; *gl*=grados de libertad; *p*=Significancia

El objetivo cinco, analizó la diferencia de preocupación sexual en mujeres migrantes, por grupo de edad. Se realizaron tres grupos de edad para el análisis de comparación. No se encontró diferencia significativa en PS ($X^2=.748$, $gl=2$, $p>.05$) con respecto al grupo de edad (Tabla 7).

El objetivo seis, analizó la diferencia en la conducta sexual asertiva en mujeres migrantes, por grupo de edad. Se realizaron tres grupos de edad para el análisis de comparación. No se encontró diferencia significativa en CSA ($X^2=4.3$, $gl=2$, $p>.05$) con respecto al grupo de edad (Tabla 7).

Tabla 7*Diferencia en la PS y la CSA, respecto a grupo de edad*

Variable	Grupos	<i>f</i>	%	Rango promedio	Kruskal-Wallis(X^2)	<i>gl</i>	<i>p</i>
PS	1	184	61.4	153.43	.748	2	.688
	2	100	33.4	144.46			
	3	16	5.34	154.63			
CSA	1	184	61.4	158.26	4.38	2	.111
	2	100	33.4	135.94			
	3	16	5.34	152.31			

Nota: $n=300$; 1=18 a 35 años; 2=36 a 53 años; 3=54 a 71 años; *f*=frecuencia; %=porcentaje; *PS*=Preocupación sexual; *CSA*=Conducta sexual asertiva; X^2 =distribución chi-cuadrado; *gl*=grados de libertad; *p*=Significancia

El objetivo siete se refiere a identificar la relación entre preocupación sexual y las dimensiones de la conducta sexual asertiva. Se encontró que la preocupación sexual no tiene una relación significativa con la CSA de inicio ($r = .044, p > .05$) y de rechazo ($r = .076, p > .05$) en las mujeres migrantes. Sin embargo, en la tercera dimensión prevención de embarazo ETS presentó relación con la PS ($r = -.182, p < .05$) (Tabla 8).

Tabla 8.

Correlaciones de Spearman entre preocupación sexual y las dimensiones de la conducta sexual asertiva

	<i>ASINC</i>	<i>ASRCH</i>	<i>ASPETS</i>	<i>PS</i>
<i>ASINC</i>	1	.122*	.119*	.044
<i>ASRCH</i>		1	.342**	.076
<i>ASPETS</i>			1	-.182**
<i>PS</i>				1

*Nota: ASINC=Asertividad sexual de inicio, ASRCH= Asertividad sexual de Rechazo, ASPETS= Asertividad sexual de Prevención y ETS, PS=Preocupación sexual; n=300; ** $p < .01$; * $p < .05$*

Objetivo General

Plantea determinar la relación entre parejas sexuales, edad, preocupación sexual y conducta sexual asertiva de mujeres migrantes en albergues, se realizó un análisis de correlación de Spearman. En la tabla 9, se presentan los resultados de la correlación. Con respecto a la edad, estos muestran que no tiene relación con el número de parejas sexuales ($r = .014, p > .05$), con la PS ($r_s = -.021, p > .05$), pero se encontró correlación negativa con la CSA ($r_s = -.135, p < .05$). Por otro lado, el número de parejas sexuales tampoco mostro relación con PS ($r_s = -.008, p > .05$) y CSA ($r_s = .032, p > .05$). Finalmente, al analizar la PS y la CSA no se encontró relación entre ambas variables ($r_s = .099, p > .05$).

Tabla 9

Correlaciones entre la preocupación sexual y conducta sexual asertiva, por edad y número de parejas.

	<i>EDAD</i>	<i>PJSEX</i>	<i>PS</i>	<i>CSA</i>
<i>EDAD</i>	1	.014	-.021	-.135*
<i>PJSEX</i>		1	-.008	.032
<i>PS</i>			1	.099
<i>CSA</i>				1

Nota: 300; PJSEX=Número de pareja sexuales, PS=Preocupación Sexual, CSA=Conducta Sexual asertiva

Capítulo IV

Discusión

En este capítulo se discuten los resultados del presente estudio, el cual tuvo como objetivo general determinar la relación entre el número de parejas sexuales, edad, preocupación sexual y conducta sexual asertiva en mujeres migrantes que residen en albergues. Se analizan los resultados a partir de los objetivos establecidos. Posteriormente se mencionan las limitaciones de la investigación, seguidas de las conclusiones y las recomendaciones basadas en los hallazgos.

En cuanto a las características sociodemográficas de las mujeres migrantes, los resultados de este estudio se aproximan a los presentados por Márquez Vargas (2021), cuyo resultados son similares en edad, en estado civil, escolaridad, sin embargo, difieren en el contexto de la nacionalidad, en ese estudio se reporta que predomina migrantes de nacionalidad mexicana, mientras en este estudio predomina la venezolana. Esto puede deberse a la situación geográfica donde fueron recolectado los datos. Así como el periodo de tiempo en que fueron recolectado los datos ya que existen épocas en los que salen caravanas de un país específicos.

Al analizar el número de parejas sexuales y su relación con las variables de estudio, los resultados difieren de los estudios de Jenkins (2008), Rickert et al. (2006), Ullman y Vásquez (2016), Walker et al. (2011), Torres-Obregon et al. (2017). En contraste con los resultados de Jenkins (2008) este estudio difiere debido a que fue realizado en una población con diferentes características por ejemplo fueron participantes universitarios. Por otro lado, difiere de los resultados presentados por Rickert et al. (2006) probablemente por los grupos de edad, cuyos rangos fueron menores a los de este estudio, a pesar de que se reportan participantes de diferentes nacionalidades no eran migrantes, así como la diferencia en el tamaño de la muestra.

En ese sentido, los datos obtenidos difieren de los presentados por Ullman y Vásquez (2016) y Torres Obregon, (2017) debido a que la muestra es mucho mayor a la

de este estudio, así como que las participantes no eran mujeres migrantes. Una diferencia en la metodología y en los instrumentos puede ser la razón de que los resultados difieran de los presentados por Walker et al., (2011). A pesar de que se esperaba tener resultados similares a los estudios anteriores, los datos obtenidos pueden indicar que la cantidad de parejas sexuales no está relacionada con la CSA de las mujeres migrantes, esto puede deberse al contexto social en el que se desenvuelven e incluso al tipo de parejas sexuales, ya que las universitarias las parejas sexuales tiene un vínculo sentimental mientras que las mujeres migrantes viajan solas sin pareja y pueden tener parejas sexuales ocasionales.

En cuanto a la edad en el estudio solo se encontró relación negativa y significancia con la variable de CSA, esto fue muy similar a lo encontrado por Varillas-Chacaltana (2018) aunque su población no fue en mujeres migrantes sino en jóvenes adultos universitarias con mayor cantidad de participantes en comparación a los estudios realizados, donde se utilizaron diferentes variables para relacional, los resultados mostraron diferencias significativas de inicio y rechazo en torno a la edad.

Al igual que Torres-Obregon et al. (2017) su muestra fue mucho mayor a la de ambos estudios en comparación, y se relacionó con diferentes variables la CSA, los resultados no mostraron relación significativa con la CSA, sin embargo, al realizar un análisis de regresión encontraron que la edad (en conjunto con variables como escolaridad y religión) tiene un impacto en la CSA. En otras palabras, a medida que aumenta la edad, también lo hace la conducta sexual asertiva.

El estudio mostró que la PS no tiene relación con las dimensiones de inicio y de rechazo de la CSA, sin embargo, si mostró relación con dimensión de prevención de embarazos y ETS de la CSA, muy diferente a los estudios arrojados por Vallejo-Medina et al., (2017) en los que planteo que la PS no tenía relación con la dimensión de inicio y prevención de embarazo y ETS de la CSA, pero si en la de rechazo en ambas poblaciones como la colombiana y la española tanto en mujeres como en hombres, dado

que mi estudio fue en mujeres migrantes solamente y menor número de población se trabajó con el mismo instrumento de Escala de Asertividad Sexual (Morokoff et al., 1997).

A diferencia de Sepehrian y Sorbi (2018) y Shyroka y Zavada (2022) que trabajaron con diferentes instrumentos de medición, Cuestionario Sexual Multidimensional (MSQ), para medir la PS y la AS, cuales tuvieron que ser traducidos a idioma iraní y en ucraniano por Shyroka y Zavada (2022), se realizó en diferente población, pero con el mismo rango de edad que el estudio de 18 a 68 años, si se encontró en ambos estudios correlación de manera positiva en el estudio de Sepehrian y Sorbi (2018) y en el estudio de Shyroka y Zavada (2022).

Limitaciones del Estudio

Este estudio de investigación se encontraron ciertas restricciones durante su realización; para la estrategia general de recolección de datos se consideró un muestreo no probabilístico por conveniencia. Como estrategias específicas, en primer lugar, se invitó a participar aproximadamente a 415 mujeres, de forma voluntaria explicándole la necesidad y la principal importancia por la que se estaba aplicando el cuestionario, haciendo énfasis en los beneficios que podría generarles a largo plazo los resultados adquiridos del estudio.

Solo 300 mujeres contestaron los instrumentos de manera completa, ya que el resto refería, que les era difícil responder los cuestionarios acerca de su sexualidad, y otras solo indicaban que no tenían tiempo para pensar en cuestiones de sexualidad, que su preocupación era el poder llegar a su destino. Esto puede deberse a que hablar de sexualidad es un tema sensible, además se sintieron incomodas por ser el encuestador de sexo masculino. Debido a esta situación se consideró que dos mujeres pasantes de la Licenciatura en Enfermería acompañaran al responsable de la investigación a recolectar los datos.

Respecto al llenado de los instrumentos las participantes no comprendían la

pregunta de filtro, presentando confusión en el caso de algunas participantes en el apartado de preguntaba si viajaban solas, muchas de las participantes referían que habían viajado con familiar no solas o acompañadas, por lo tanto, modifiqué la pregunta inicial para lograr mayor claridad y facilitar su comprensión. Después de esta aclaración, el procedimiento de llenado del cuestionario continuó sin presentar ningún otro problema. Decidí cambiar la pregunta de "sola" a "sola sin pareja" para evitar confusiones.

A pesar de que uno de los instrumentos era muy largo, haciendo que el participante pierda la atención, propongo bien utilizar versiones más cortas y creo que es importante mencionar que es muy probable que el instrumento de preocupación sexual no muestre la realidad de la preocupación sexual de las migrantes.

Conclusiones

En este estudio de investigación, se logró abordar los objetivos establecidos. Basándose en los resultados obtenidos, se puede inferir que las participantes presentan características en su mayoría de haber iniciado su vida sexual activa a los 16 años.

Las participantes obtuvieron puntuaciones medias por debajo del punto intermedio, lo que sugiere una menor preocupación sexual, y puntuaciones medias por encima del punto intermedio, indicando mayores niveles de conducta sexual asertiva.

Se concluye que no hay diferencias en la preocupación sexual y la conducta sexual asertiva según el número de parejas, es decir, que la cantidad de parejas sexuales no influye en el nivel de preocupación sexual ni en la conducta sexual asertiva.

Además, se encontró una diferencia significativa entre la edad y la conducta sexual asertiva. Además, la preocupación sexual (PS) mostró una relación significativa con la tercera dimensión de prevención de embarazo y ETS, la cual evalúa la frecuencia con que las personas insisten en el uso del condón.

Esto sugiere la necesidad de planificar estrategias o programas de salud dirigidos a mujeres migrantes para reducir la preocupación sexual y aumentar la CSA. Se observó

que un mayor número de parejas sexuales se asocia con una mayor preocupación sexual. Asimismo, se halló que la cantidad de parejas sexuales tiene influencia en la CSA de las mujeres migrantes. Específicamente, un menor número de parejas sexuales se correlaciona con una mayor conducta sexual asertiva, lo que tiene un impacto positivo en el cuidado de su salud sexual y bienestar.

En el estudio se encontró que, a menor edad, mayor es la preocupación sexual y a mayor edad, mayor es la conducta sexual asertiva de forma positiva para la mujer migrante.

Recomendaciones

Los resultados encontrados en el estudio realizado son relevantes en el área de enfermería. Se recomienda continuar investigando la variable de preocupación sexual y sus implicaciones en la salud sexual de las mujeres migrantes, dado que se trata de una población vulnerable, poco estudiada y en constante crecimiento a nivel mundial. Por lo que sería bueno considerar los resultados del presente trabajo investigativo para elaborar programas enfocados a la prevención, promoción y disminución de la preocupación sexual en las mujeres migrantes encaminadas a concientizar los efectos que causa está en las mujeres migrantes y en su conducta sexual asertiva, con el fin de promover la disminución de ETS y VIH/sida en esta población.

Se recomienda continuar investigando los factores que contribuyen a comprender la preocupación sexual en mujeres migrantes y hombres, ya que hay muy pocos estudios sobre el sexo masculino. Realizar investigación con métodos mixtos, con el fin de tener una comprensión integral acerca de la PS en las mujeres migrantes. Asimismo, se recomienda incluir variables como el deseo sexual, la depresión sexual y el uso del condón en las parejas sexuales, ya que esto podría ofrecer una comprensión más precisa de la preocupación sexual en esta población.

La metodología empleada fue adecuada para el tipo de estudio y las variables medidas, ya que permitió el alcance a la población estimada, logrando los objetivos.

Asimismo, fue muy útil para el estudio la aplicación de los instrumentos por medio de papel y lápiz permitiendo la evaluación adecuada de las variables del estudio.

Referencias

- Amuchástegui, A. (2018). Mujeres y VIH en México. *Diálogos y tensiones entre perspectivas de atención a la salud*.
https://www.academia.edu/37275978/MUJERES_y_VIH_en_M%C3%A9xico
- Burns, N. & Grove, S.K. (2019). Investigación en enfermería: *Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. 6 Edición. Elsevier
<https://inspectioncopy.elsevier.com/book/details/9788491130116>
- Dolcini, M. M. & Catania, J. A. (2000). Psychosocial Profiles of Women with Risky Sexual Partners: *The National AIDS Behavioral Surveys (NABS)*. *AIDS and Behavior*, 4(3), 297-308
<https://link.springer.com/article/10.1023/a:1009577020621>
- Ilabaca Baeza, P., Fuertes Martín, A., & Orgaz Baz, B. (2015). Impacto de la Coerción Sexual en la Salud Mental y Actitud Hacia la Sexualidad: Un Estudio Comparativo Entre Bolivia, Chile y España. *Psykhé*, 24(1), 1–13.
<https://doi.org/10.7764/psykhe.24.1.558>
- 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.
<file:///C:/Users/52812/Downloads/MyDissertation2008.pdf>
- Lee, T., & Forbey, J.D. (2010). MMPI-2 Correlates of Sexual Preoccupation as Measured by the Sexuality Scale in a College Setting. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 17(3), 219-235. DOI: 10.1080/10720162.2010.500500
- Márquez Vargas, P.M. (2021). Teoría de situación específica de Conductas Sexuales de mujeres migrantes en tránsito en la frontera norte de México. *Tesis doctoral*. *Universidad autónoma de Nuevo León*.
<http://eprints.uanl.mx/24158/1/1080328453.pdf>

- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.4.790>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Infecciones de transmisión sexual. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)#:~:text](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)#:~:text)
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2011). Health promotion in nursing practice (5th ed.) Upper Saddle River, NJ: Practice Hall
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) (2021). Infección por el VIH (who.int) Rasgos psicométricos de un sexo multidimensional.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (2018). Hoja informativa julio de 2018. Página de internet acceso 6 de septiembre del 2018. Recuperado de: <https://www.unaids.org/es>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2017.01.001>
- Rubio-Aurioles, E. (2014). Sexualidad y salud mental. En: Fuente de la, J.R. y Heinze, G. (eds.). *Salud mental y medicina psicológica* (2ª Ed.) (pp. 51-67). México: McGraw-Hill. <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1440>
- Ruiz-Bugarin, C. L., Onofre-Rodríguez, D. J., & Servin, A. N. E (2021). Factores relacionados con la asertividad sexual en adultos: una revisión sistemática. *Revista Electrónica de PortalesMédicos.com*. 16(7), 303. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-relacionados-con-asertividad-sexual-en-adultos-una-revision-sistematica/>

- Ruiz-Bugarin, C. L., & Onofre-Rodríguez. (2021). Subestructuración teórica: Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Migrantes. *Índex de Enfermería*, 30(1-2), 85-9.
<https://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e12922>
- Santos et al., (2008). Un Estudio Psicométrico del Hurlbert Index of Sexual Assertiveness en Mujeres Hispánicas. *Terapia Psicológica*, 26(1), 117-123.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2694391>
- Santos-Iglesias, P. & Sierra, J. C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 553-577.
https://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-366.pdf
- 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(6), 1043-1052.
<https://doi.org/10.1007/s10508-012-9998-3>
- Sanz, E. (2021). Asertividad sexual: ¿qué es y por qué resulta tan importante? *La mente es maravillosa*. <https://lamenteesmaravillosa.com/asertividad-sexual/>.
- Secretaría de Salud (SSA). (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Secretaría de Salud. (02-04-2014). Reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la Salud: *Diario Oficial de la Federación*; 6-01-1987. *Texto vigente. Última reforma publicada en: México: Diario Oficial de la Federación* 02-04-2014.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Sepehrian, A. F., & Hossein, S. M. (2018). Características psicométricas de un cuestionario sexual multidimensional para hombres y mujeres iraníes.

Sexualidad y Cultura, 22, 894-908.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12119-018-9500-z>

Shyroka, A., & Zavada, T. (2022). Psychological Patterns in Sexual Relationships:

Ukrainian Adaptation of the Multidimensional Sexual Questionnaire. *Journal of Education Culture and Society*, 13(2), 431–454.

<https://doi.org/10.15503/jecs2022.2.431.454>

Sierra, J. 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(1), 117–123. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100010>

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). (2022) Hoja informativa.

<https://www.gob.mx/issste/acciones-y-programas/mujeres-e-infecciones-de-trasmision-sexual>.

Snell, W. E., Jr. & Panini, D. R. (1989). The sexuality scale: an instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *The Journal of Sex Research*, 26(2), 256-263.

Snell, W. E., Jr., Fisher, T. D., & Miller, R. S. (2001). Chapter 4: Development of the Sexual Awareness Questionnaire: Components, reliability, and validity. In W. E. Snell, Jr. (Ed.), *New directions in the psychology of human sexuality: Research and theory*, Cape Girardeau, MO: Snell Publications. WEB:

<http://cstlcla.semo.edu/snell/books/sexuality/sexuality.htm>

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. WEB: <http://cstlcla.semo.edu/snell/books/sexuality/sexuality.htm>.

- Soler, F., Gómez-Lugo, M., Espada, J., Morales, A., Sierra, J., Marchal-Bertrand, L. & Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation and Validation of the Brief Sexuality Scale in Colombian and Spanish Populations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 16(3), 343-356. t., Lviv, 79000, Ucrania
<https://orcid.org/0000-0001-9745-2772>
- Torres-Obregon, R. (2017). Modelo de conducta sexual preventiva en mujeres. *Tesis doctoral. Universidad autónoma de Nuevo León*. <http://eprints.uanl.mx/13949/>
- 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.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6638479>
- Ullman, S.E. & Vásquez, A.L. (2015) Mediators of sexual revictimization risk in adult sexual assault victims. *J Child Sex Abus.*; 24(3):300-314.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25942287/>
- Vallejo-Medina, P., Marchal-Bertrand, L., Gómez-Lugo, M., Espada, J. P., Sierra, J. C., Soler, F., & Morales, A. (2016). Adaptation and validation of the Brief Sexual Opinion Survey (SOS) in a Colombian sample and factorial equivalence with the Spanish version. *PloS one*, 11(9), e0162531.
<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0162531&type=printable>
- Varillas-Chacaltana, M. A. (2018). Rasgos de Personalidad en Universitarios con y Sin Asertividad Sexual en una Universidad Privada de Lima. Tesis. *Universidad Autónoma de Perú*.
<https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/533>
- Walker, D.P, Messman-Moore, T., Ward, R.M. (2011). Number of Sexual Partners, and Sexual Assertiveness Predict Sexual Victimization: Do More Partners Equal More Risk? *Violence Vict*; 26(6):774-787.

Apéndices

Apéndice A
Preguntas filtro

Folio: ____/____/____/____/____/

1. Edad de inicio de vida sexual activa: _____

2. ¿Con quién viajas?

Sola sin pareja _____

Con pareja _____

Algún familiar _____

Conocidos _____

Otros _____

Apéndice B

Cédula de datos personales

Instrucción: Marque con una X a la respuesta que según corresponda.

Edad: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
día mes año

¿Cuántas parejas sexuales ha tenido a lo largo de su vida? _____

Escolaridad: años aproximados de estudio: _____

1. No fui a la escuela	2. Primaria incompleta (menos de 6)	3. Primaria (6 años)
4. Secundaria incompleta (7-8 años)	5. Secundaria(9años)	6. Preparatoria incompleta (10-11 años)
7. Preparatoria (12 años)	8. Carrera técnica incompleta (10-11 años)	9. Carrera técnica (12 años)
10. Licenciatura incompleta (13-16 años)	11.Licenciatura (17 años)	12. Posgrado (+18 años)

Estado civil:

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

¿En qué país naciste?

1. México_____
2. Guatemala_____
3. Honduras_____
4. Venezuela_____
5. Cuba_____
6. Nicaragua_____
7. Colombia_____
8. Perú_____
9. Salvador_____
10. No sé_____
11. Me niego a responder_____
12. Otro (Especificar: _____)

Si contestó México en la pregunta anterior, por favor indique el estado donde nació.

¿Ha sido diagnosticada con VIH o sida? SI_____ NO_____

Apéndice C

Subescala de Preocupación Sexual

(Snell & Papini, 1989; traducida en español y validada por Soler et al., 2016)

Instrucciones: Estimada participante, su opinión es muy importante, favor de colocar una x en el enunciado según la opción que usted considere se acerque más a lo que usted piensa, no existen respuestas incorrectas.

Preguntas		En total desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Pienso en sexo todo el tiempo	1	2	3	4	5
2	Tiendo a estar preocupado con temas sexuales	1	2	3	4	5
3	Pienso en sexo más que en cualquier cosa	1	2	3	4	5
4	Estoy constantemente pensando en tener sexo	1	2	3	4	5
5	Pienso en sexo una gran parte del tiempo	1	2	3	4	5

Apéndice D

Escala de Asertividad Sexual (SAS)

(Morokoff et al., 1997; Sierra et al., 2011)

Instrucciones: Estimada participante, al usar la escala presentada favor de indicar su opinión tanto en desacuerdo como de acuerdo, siendo marcado con una X, la respuesta que usted desee y se siente identificada, no hay respuestas equivocadas.

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

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

Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
-------	---------	-----------------------	--------------	---------

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

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

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

Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
-------	---------	-----------------------	--------------	---------

6. Espero que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como acariciar mi cuerpo

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

Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
-------	---------	-----------------------	--------------	---------

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

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

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

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

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

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

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

Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
-------	---------	-----------------------	--------------	---------

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

Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
-------	---------	-----------------------	--------------	---------

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

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

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

Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
-------	---------	-----------------------	--------------	---------

Apéndice E



Consentimiento Informado para mayores de Edad
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Preocupación sexual y Conducta sexual asertiva en mujeres migrantes en albergues.

Estudiante: Lic. Marcos Yonad Cosme Iznaga.

Directora de Tesis/Asesora: Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, Dra. Cynthia Lizbeth Ruiz Bugarin.

Introducción/Objetivo del estudio: Estamos realizando un estudio para conocer la preocupación sexual y la conducta sexual asertividad en mujeres migrantes en albergues. Por tal motivo, si eres mayor de 18 años te invitamos a participar en este estudio. Si aceptas, tendrás que firmar este documento donde expresas tu conformidad de manera voluntaria, tu participación en el estudio consistirá en responder dos cuestionarios relacionados con la preocupación sexual y la conducta sexual asertiva. Este proyecto tiene la finalidad de determinar la relación entre la preocupación sexual y conducta sexual asertiva en mujeres migrantes en albergues. Tu participación en este estudio y los resultados obtenidos serán para fines académicos y para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Enfermería.

Descripción del Estudio/Procedimiento: Primeramente, si aceptas participar en el estudio, tendrás que firmar este documento. Después, tendrás que llenar la cédula de datos personales, posterior a ello se te aplicarán dos cuestionarios para que los puedas responder de forma voluntaria. El llenado de los instrumentos es de aproximadamente de 15 minutos. Mi participación es confidencial, ninguna mujer, miembros de la comunidad, ni familiares, sabrán lo que he contestado, y que mi identidad será protegida con un folio. Solo sabrán de mi participación el encargado directo de la investigación y, aun así, no podrá conocer las respuestas. Los resultados del estudio que se publiquen en artículos científicos no aparecerán los datos personales. Es importante que sepas que, si en algún momento ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ninguna repercusión en tu contra.

Riesgos e inquietudes: Al participar en este estudio no te expones a ningún riesgo físico o emocional. Sin embargo, si te sientes incómoda al contestar alguna pregunta puedes dejar de contestarlas en el momento en que lo decidas. Participar en este estudio no te genera ningún costo.

Beneficios esperados: No existe ningún beneficio de participar en este estudio, sin embargo, la información recabada ayudará a diseñar programas para mejorar la salud sexual considerando contexto de las poblaciones migrantes.

Compromisos del investigador: Cualquier duda que surja al leer el consentimiento o durante su participación en el estudio será aclarada en el momento que lo haga saber.

Dudas y preguntas: Si te surge alguna duda de tu participación, puedes llamar a la Comisión de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma Nuevo León ubicada en la Subdirección de Posgrado e Investigación, al teléfono 8183481847, en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, N. L. He leído este documento en su totalidad y las dudas surgidas fueron aclaradas y acepto participar de manera voluntaria, aunque si decido participar, no renuncio a los derechos y en cualquier momento si así lo deseo podre cancelar mi participación.

Firma: _____

Fecha:

Día/Mes/Año

Testigo 1: _____

Fecha:

Día/Mes/Año

Dirección: _____

Testigo 2: _____

Fecha:

Día/Mes/Año

Dirección: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

Fecha:

Día/Mes/Año

Apéndice F

Datos descriptivos de los ítems de la Subescala de Preocupación Sexual

Ítems de la Subescala de Preocupación Sexual

<i>Ítems</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Pienso en sexo todo el tiempo	2.21	1.40
Tiendo a estar preocupado con temas sexuales	2.18	1,32
Pienso en sexo más que en cualquier cosa	1.99	1.22
Estoy constantemente pensando en tener sexo	2.00	1.23
Pienso en sexo una gran parte del tiempo	2.57	1.54

M=Media; DE= Desviación Estándar; n=300

Apéndice G

Datos descriptivos de los ítems de la Escala de Asertividad Sexual

Ítems de la Escala de Asertividad sexual

<i>Ítems</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo	1.95	1.29
Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo	1.56	1.29
En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero que me toque los genitales	1.84	1.38
En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero que acaricie mi cuerpo	2.08	1.33
Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo	1.46	1.24
Espero que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como acariciar mi cuerpo	1.68	1.23
Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no	1.26	1.18
Si mi pareja lo desea, estimula sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece	1.53	1.42
Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste	1.38	1.27
Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece	1.43	1.35
Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales, aunque me presione	1.59	1.47
Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste	1.38	1.27
Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón, incluso aunque yo prefiera usarlos	1.60	1.44
Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón, incluso aunque yo no quiera	1.55	1.44
Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón	1.59	1.40
Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón	1.69	1.45
Insisto en usar condón cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos	1.53	1.39
Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón	1.45	1.36

M=Media; *DE*= Desviación Estándar; *n*=300

Resumen Autobiográfico

Marcos Yonad Cosme Iznaga

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: PREOCUPACIÓN SEXUAL Y CONDUCTA SEXUAL ASERTIVA EN MUJERES MIGRANTES EN ALBERGUES

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

Biografía: Nacido en La Habana/Centro Habana, Cuba el 11 de diciembre de 1991; hijo de Regla Iznaga Hernández y Marcos Filiberto Cosme Cuello.

Educación: Egresado de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, en el año 2021. Becario del consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT) para desarrollar los estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, durante el periodo 2022-2024.

Experiencia profesional: En Urgencias Médicas del Instituto de Cirugía Cardiovascular, en La Habana, Vedado en agosto del 2006 a julio de 2010 en el área de Cuerpo de Guardia, y como enfermero quirúrgico en el Hospital Especializado Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" en abril del 2011 a julio del 2022 en el área de cirugía quirúrgicas.

Distinciones y Membresías: Miembro activo de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing; Capítulo Tau Alpha.

Correo electrónico: marcosyonadci@gmail.com