



UNIVERSIDAD LATINA S.C

**RELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y
ASERTIVIDAD SEXUALES Y LAS CONDUCTAS
SEXUALES DE RIESGO EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A :

BELÉN RUTH ACOSTA BELTRÁN

**ASESOR DE TESIS: DR. RENÉ ESTRADA
CERVANTES**

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE, 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Universidad Latina
Dirección de Investigación

Relación entre la autoeficacia y asertividad sexuales y las conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la Ciudad de México

La presente investigación es producto del *Programa de Investigadores en Formación* desarrollado por la Universidad Latina para la promoción del desarrollo de habilidades de investigación y producción científica en sus estudiantes de licenciatura y posgrado.

Integrantes del Grupo de Investigación
Conductas Sexuales de Riesgo

Directora del Proyecto: Dra. Rosa María García Méndez
Investigador A: Dr. Armando Rivera-Ledesma
Investigador B: Dr. René Estrada Cervantes
Investigadora en formación: Belén Ruth Acosta Beltrán
Investigador en formación: Oscar Vicente Flores Pastrana
Vicerrectora Académica: Mtra. Viviana Victoria Celia Aguirre Miranda

Septiembre, 2018

Contenido

1. Justificación	8
2. Marco Teórico.....	11
2.1. Conductas sexuales de riesgo.....	11
2.2. Conducta Sexual.....	11
2.3. Conducta Sexual de Riesgo (CSR).....	12
2.4. Teoría del Aprendizaje cognoscitivo social: Autoeficacia y Asertividad	17
2.4.1. Autoeficacia.	17
2.4.2. Asertividad.....	20
2.4.3. Autoeficacia sexual y Asertividad sexual.....	25
2.4.3.1. Autoeficacia sexual.....	26
2.4.3.2. Asertividad sexual	29
3. Problemas, Objetivos e Hipótesis de investigación	33
4. Método	36
4.1. Muestra	36
4.2. Instrumentos.....	37
4.3. Procedimiento	39
4.4. Aspectos éticos.....	40
5. Resultados.....	41
5.1. Escala de Autoeficacia para Prevenir el SIDA (SEA-27)	41
5.1.1. Validez de constructo: Estructura factorial.....	41
5.1.2. Confiabilidad.....	42
5.1.3. Validez concurrente.....	42
5.2. Escala de Asertividad Sexual (SAS)	44
5.2.1. Validez de constructo: Estructura factorial.....	44
5.2.2. Confiabilidad.....	45
5.2.3. Validez concurrente.....	45
5.3. Conductas sexuales de riesgo.....	47
5.3.1. Actividad sexual en sexopracticantes	47
5.3.2. Prevención.....	50
5.3.3. Conductas o situaciones de alto riesgo	54
5.3.4. Autoeficacia sexual, Asertividad sexual y Conductas sexuales de riesgo.....	58
5.3.4.1. Indicador General de Conductas Sexuales de Riesgo (IGCSR).....	58

5.3.4.2. Relación entre Autoeficacia sexual y Asertividad sexual, y Conductas sexuales de riesgo.....	61
6. Conclusiones.....	64
7.Recomendaciones	72
8. Re f e r e n c i a s.....	73
9. Apéndices	81
Apéndice 1	82
Apéndice 2.....	85
Apéndice 3.....	88

Relación entre la autoeficacia y asertividad sexuales y las conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la Ciudad de México

Resumen

Actualmente las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) constituyen un importante problema de salud a nivel mundial; en México las ITS se encuentran dentro de los 10 primeros citios en materia de morbilidad en sujetos entre los 15 y 44 años de edad. Este es un problema grave en el sector joven-adolescente ya que se ha calculado que el 45% de todas las infecciones por VIH mundialmente han sido en edades entre 15 y 24 años.

Por otro lado, La *autoeficacia sexual* y la *asertividad sexual* son factores de protección contra ITS, ambas variables permiten prevenir la ocurrencia de conductas sexuales de riesgo (CSR), y por tanto, favorecer los comportamientos sexuales seguros.

Este estudio tuvo como objetivos determinar las características de las CSR, evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA (SEA-27) y la escala de Asertividad Sexual (SAS), además de analizar la frecuencia y relación de CSR con dichas variables en una muestra no probabilística de 307 estudiantes universitarios de la Ciudad de México, bajo un diseño transversal, descriptivo-correlacional. Los resultados fueron consistentes con otras investigaciones realizadas en la localidad. El número habitual de parejas sexuales, la proclividad a la infidelidad, el uso diferenciado del condón en función del tipo de relación, el ejercicio sexual bajo el influjo de alcohol y drogas, el sexo ocasional y en grupo, siguen siendo problemas de prevención para resolver.

Al evaluar las escalas se halló una consistencia interna calculada por el método alfa de Cronbach de .92 para la SEA-27 Y .59 para la SAS.

Finalmente el estudio aporta evidencia acerca de que los grupos con mayores niveles de autoeficacia sexual y asertividad sexual, en la mayoría de las

variables consideradas, incurren en menores grados de incidencia de conductas sexuales de riesgo, y viceversa.

Palabras clave: Conductas sexuales de riesgo, autoeficacia sexual, asertividad sexual, factores de protección, estudiantes universitarios.

Abstract

Currently, Sexually Transmitted Diseases (STD) constitute a major global health problem; In Mexico, STD are among the top 10 in terms of morbidity in subjects between 15 and 44 years of age. This is a serious problem in the young-adolescent sector since it has been estimated that 45% of all HIV infections globally have been between the ages of 15 and 24 years.

On the other hand, sexual self-efficacy and sexual assertiveness are factors of protection against STD, both variables prevent the occurrence of sexual risk behaviors (SRB), and therefore, promote safe sexual behaviors.

The objective of this study was to determine the characteristics of SRB, to evaluate the psychometric properties of the Self-efficacy Scale for AIDS Prevention (SEA-27) and the Sexual Assertiveness Scale (SAS), in addition to analyzing the frequency and relationship of SRB with these variables in a non-probabilistic sample of 307 university students from Mexico City, under a cross-sectional, descriptive-correlational design. The results were consistent with other investigations carried out in the locality. The usual number of sexual partners, proclivity for infidelity, differential use of the condom depending on the type of relationship, sexual exercise under the influence of alcohol and drugs, occasional and group sex, remain prevention problems to solve .

When evaluating the scales, an internal consistency was calculated by Cronbach's alpha method of .92 for SEA-27 and .59 for SAS.

Finally, the study provides evidence that the groups with higher levels of sexual self-efficacy and sexual assertiveness, in the majority of the considered

variables, incur lower degrees of incidence of risky sexual behaviors, and vice versa.

Keywords. Sexual risk behaviors, sexual self-efficacy, sexual assertiveness, protective factors, university students

1. Justificación

Actualmente las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) constituyen un importante problema de salud a nivel mundial; la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) ha destacado que cada día alrededor de 1 millón de personas adquieren una Infección de Transmisión Sexual (ITS); alrededor de 357 millones de personas en el mundo se han contagiado de clamidiasis (131 millones), gonorrea (78 millones), sífilis (5.6 millones) o tricomoniasis (143 millones); más de 500 millones portan el virus del herpes genital tipo 2 (HSV2) y 290 millones de mujeres viven con el virus del papiloma humano (VPH).

En México, los datos de prevalencia de ITS son escasos y poco actualizados. Se ha reportado que las ITS en México se encuentran dentro de los 10 primeros citios en materia de morbilidad en sujetos entre los 15 y 44 años de edad. Una de las ITS que más ha concentrado la atención de las autoridades de salud y la sociedad mexicana es la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el consecuente Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); se ha reportado (CENSIDA, 2011, citado por Gutiérrez, Franco, Sansores y Shiba, 2012), que la epidemia de VIH se encuentra concentrada en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas sexoservidoras y personas que emplean drogas inyectables, siendo las relaciones sexuales el principal medio de transmisión del virus, habiéndose estimado cero-prevalencias de VIH en HSH que van del 10% al 15%.

Este es un problema grave de gran importancia en el sector joven- adolescente ya que se ha calculado que el 45 % de todas las infecciones por VIH en el mundo han sido en jóvenes entre los 15 y los 24 años de edad (Antón y Espada, 2009; citados en Rivera-Ledesma, Caballero, Pérez y Montero, 2013). De acuerdo con la ONUSIDA (ONUSIDA, 2015) la prevalencia en números brutos de individuos contagiados con VIH y de los que padecen SIDA a nivel mundial fue de 36,9 millones de personas.

Diversos estudios (e.g. Valdez, Benavides, González, Onofre y Castillo, 2015; Folch, Álvarez, Casabona, Brotons y Castellsagué, 2015), han mostrado que las ITS se han incrementado en poblaciones de personas jóvenes. En América Latina y el Caribe; se encontró que existe una población de 740,000 jóvenes en edades entre los 15 y los 24 años que están contagiados con VIH; en México, el 98.9% de los casos de jóvenes diagnosticados de SIDA fueron por transmisión sexual (Valdez, Benavides, González, Onofre y Castillo, 2015). Así, de los estudios realizados se desprende que la gran mayoría de los sujetos contagiados incurrieron en prácticas sexuales de riesgo.

Para intentar paliar el problema de las ITS, buena parte de los esfuerzos de las autoridades sanitarias se han dirigido hacia la difusión social tanto en medios como en centros de capacitación, escuelas, instituciones, centros de salud, y otros sitios similares, de la información concerniente a las prácticas que posibilitan la ocurrencia de ITS, recomendando el ejercicio de tácticas de autoprotección tales como el uso del condón. Sin embargo, diversos investigadores en diferentes latitudes han encontrado en sujetos universitarios, que de la población sexualmente activa un amplio porcentaje (alrededor de la mitad) no utilizan un preservativo y a menudo mantienen relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol y las drogas a pesar de contar con información suficiente sobre el tema (Bahamón, Vianchá, y Tobos, 2014; Pulido, Ávalos, Fernández, García, Hernández y Ruiz, 2013; Pulido, et al., 2011; Uribe y Orcasita, 2009; Antón y Espada, 2009; Hernández y Cruz, 2008; Sotelo, 2004, Kingree y Betz, 2003, citados por Pulido, 2011). Henao-Trujillo (2014), ha reportado que sólo el 49% de los estudiantes de ciencias de la salud de una muestra de estudiantes universitarios en Colombia emplean el condón en sus relaciones sexuales; Dessunti y Reis (2007) reportan sólo el 34% en universitarios de medicina y enfermería en Sao Paulo, Brasil.

Los datos epidemiológicos considerados dan cuenta de la importancia de realizar investigaciones tendientes no sólo a la estimación de las dimensiones del problema de las conductas sexuales de riesgo; es importante determinar cuáles son las variables de orden cognitivo-conductual que contribuyen a su incidencia a fin de paliar de manera más eficiente este importante problema de

salud. Al parecer, la información por sí misma no basta (Bandura, 1990); es necesario investigar cuáles son las variables capaces de mediar la relación entre el conocimiento sobre los riesgos de contraer ITS y las conductas de autoprotección.

Dos factores protectores explorados en la literatura especializada son, la autoeficacia sexual y la asertividad sexual. Ambas parecen ser variables mediadoras entre el conocimiento sobre los riesgos implicados en incurrir en conductas sexuales de riesgo, y el protegerse o no, de las ITS. Por otro lado, es importante indagar sobre su influencia en la incidencia de CSR en sujetos adolescentes y adultos jóvenes, que hoy por hoy constituyen el segmento de la población con mayor incidencia de contagio de ITS. La presente investigación se centra en estas relaciones.

2. Marco Teórico

2.1. Conductas sexuales de riesgo.

En este apartado se presentan los conceptos eje del trabajo, así como la fundamentación teórica utilizada en el desarrollo del estudio.

2.2. Conducta Sexual

Un concepto relevante en este estudio es el de *Conducta Sexual*. El término conducta puede ser definido como una acción o movimiento, dirigido o no, que ha sido determinado de manera artificial a partir de la delimitación de su ocurrencia por un principio y un final. Esta definición artificial de una conducta surge en el campo de la psicología por una necesidad fundamental: operacionalizar el objeto de estudio; es decir, definir en los términos más objetivos posibles, cómo puede ser reconocida una conducta dada. Así, una conducta es definida artificialmente (esfuerzo en el que los diversos autores pueden diferir), es observable y por tanto, medible.

Cuando aludimos a *conducta sexual* aludimos a conductas cuya ocurrencia está asociada a la vida sexual de las personas (Espada, Quiles y Méndez 2003); por ejemplo, definen el *comportamiento sexual* como la unión de diversas conductas que van encaminadas a inducir el erotismo propio y de la pareja. Aquí, las conductas forman parte de un conjunto más amplio al que le dan sentido: el comportamiento sexual.

Lanantuoni (2008, citado en Bahamón, Vianchá y Tobos, 2014) define las conductas sexuales como “patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles”. Esta definición pone de relieve el hecho de que la conducta puede ostentar una influencia de orden cultural. Ello ocurre desde el momento en que se inscribe en una comunidad y/o en la relación (que podría ser real o fantaseada), entre individuos.

Por otro lado, la predecibilidad de que habla Lanantuoni permite atender a las causas de la conducta, pero también a sus efectos. Ello permite pensar en la conducta como un efecto predecible de una causa, que puede ser otra conducta; la conducta como efecto de múltiples conductas actuando con cierta simultaneidad.

El hecho de que la conducta sea un efecto o una causa, destaca su relación con el medio ambiente, y el que sea predecible, dentro del orden de la cultura en que ocurre, permite suponer que su ocurrencia responde a las demandas culturales o ambientales de ese medio, en un intento que busca ser así, adaptativo. Como señalan Espada, Quiles y Méndez, el comportamiento sexual puede ir encaminado a *inducir el erotismo* propio y de la pareja. La respuesta a esa inducción es adaptativa.

Así, la conducta sexual es definida artificialmente, en términos objetivos y medibles; se inserta en un orden cultural, mediando la relación entre individuos (reales o fantaseados); es predecible, puede ser causa o efecto, y su fin puede ser la adaptación a las demandas del medio; este medio puede ser interno (desde la subjetividad del sujeto), o externo (desde la realidad concreta).

2.3. Conducta Sexual de Riesgo (CSR)

El comportamiento sexual de riesgo ha sido definido con relación a una situación potencialmente capaz de infligir daño a la salud del sujeto que la practica o a la de otro individuo; este daño está relacionado con la adquisición de infecciones que dan paso a Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS); está también relacionado con embarazos no deseados (Espada, Quiles y Méndez, 2003).

Se ha destacado en apoyo de variados autores (Forcada, Pacheco, Pahuá, Pérez, Todd y Pulido, 2013), que existen diversas maneras de comprender el comportamiento sexual de riesgo; sin embargo, la mayoría de las definiciones incluyen los siguientes aspectos: Falta de uso de métodos anticonceptivos de barrera (uso del preservativo), tener prácticas sexuales con múltiples y diversas

parejas, tomar la decisión de tener relaciones sexuales bajo el influjo de drogas y la iniciación de vida sexual precoz en virtud de que a menor edad es posible hallar un mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida (Granados y Sierra, 2016), tener encuentros sexuales con sexoservidores (CENSIDA, 2004), contactar personas a través del internet para tener encuentros sexuales (Folch, Álvarez, Casabona, Brotons y Castellsagué, 2015), y mantener comportamientos de tipo sexual con personas que hayan sido diagnosticadas con algún tipo de ETS (Granados y Sierra, 2016).

Se ha señalado (Rivera-Ledesma, Caballero, Pérez, y Montero-López Lena, 2013), siguiendo diversas investigaciones, que la población más susceptible de presentar conductas sexuales de riesgo parecen ser los sujetos comprendidos entre los 18 y los 30 años de edad; los jóvenes universitarios son propensos a explorar nuevas relaciones íntimas y a experimentar una sexualidad que puede provocar tensión, aumentando los riesgos de contraer alguna ETS o consumir drogas. Hernández, Cargill y Gutiérrez, (2012) han señalado que el inicio de la vida sexual de jóvenes estudiantes entre los 15 y 24 años de edad puede incluir comportamientos de alto riesgo con amplio potencial para crearles problemas de salud asociados a las ETS, incluyendo el VIH-SIDA, tener embarazos no deseados y la posibilidad de traer consigo la desilusión consecuente al ver sus planes de vida interrumpidos a causa de los daños ocasionados a su salud física. Existen informes en los Estados Unidos de América donde se muestra que este sector de la población ha representado la mitad de todas las consultas médicas por motivos de ETS (Center for Disease Control and Prevention, 2004; Weinstock, Breman y Cates, 2004, citados por Forcada et al. 2013).

Debido a que la población juvenil es la más prevalente en cuanto a conductas sexuales de riesgo es que diversos estudios se han concentrado en estudiantes de nivel medio superior y superior. Valdez, Benavides, González, Onofre y Castillo (2015) han señalado que es en esta etapa de la vida donde ocurren cambios de diversa índole, empiezan a tomar sus propias decisiones y a buscar su propia identidad, lo cual puede favorecer la adopción de

comportamientos sexuales de riesgo y la posibilidad de adquirir ITS y VIH-SIDA.

Por otra parte, se ha reportado en España (Folch, et al. 2015), que hombres y mujeres jóvenes parecen diferir en cuanto a su vida sexual. Los hombres han presentado un mayor número de encuentros sexuales con múltiples parejas, además de no utilizar el condón frecuentemente con parejas ocasionales. Por otro lado, las mujeres parecen sostener relaciones sexuales sólo con parejas estables. Sin embargo, García (2001), encontró en una muestra de mujeres estudiantes universitarias mexicanas, cuestionadas acerca del número de parejas con quienes tenían relaciones sexuales, que el 17% ostentaban un índice medio en comportamiento sexual de riesgo, en tanto que el 15% de ellas presentaban un índice de riesgo alto. En México y a nivel nacional, a los 18 años de edad (e incluso cada vez a una edad más temprana), la mitad de las mujeres en edad fértil inicia su vida sexual (INEGI, 2015). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT, 2006) refiere que *“...el 14.4% de los adolescentes del país refieren haber tenido relaciones sexuales y existe un aumento considerable conforme aumenta la edad, pues de los 12 a los 15 años, 2% de adolescentes reportan haber iniciado su vida sexual, mientras que en el grupo de 16 a 19 años, son 29.6% los que refieren ya haberla iniciado.”* (p. 68).

Como se ha destacado hasta aquí, tanto en México como en diferentes países las CSR destacan más en población joven. Se ha sugerido que ello puede ser a causa de la falta de información adecuada para prevenir el comportamiento sexual de riesgo y que una salud sexual plena y satisfactoria requeriría el conocer métodos anticonceptivos, el cómo prevenir las ETS, y conocer a detalle los temas que se refieren a la sexualidad (Saeteros, Pérez y Sanabria, 2013). Sin embargo, y en concordancia con la opinión de Bandura (1990), citada más arriba, se ha demostrado que no se trata de la ausencia de conocimiento dado que a pesar de tener la información adecuada y saber acerca de VIH/SIDA, la conducta sexual de las personas continúa presentando CSR (Morales, Arboleda y Segura, 2014). Diversos investigadores en diferentes latitudes han encontrado en sujetos universitarios, que de la

población sexualmente activa un amplio porcentaje (alrededor de la mitad) no utilizan un preservativo y a menudo mantienen relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol y las drogas a pesar de contar con información suficiente sobre el tema (Bahamón, Vianchá, y Tobos, 2014; Pulido, Ávalos, Fernández, García, Hernández y Ruiz, 2013; Pulido, et al., 2011; Uribe y Orcasita, 2009; Antón y Espada, 2009; Hernández y Cruz, 2008; Sotelo, 2004, Kingree y Betz, 2003, citados por Pulido, 2011). Henao-Trujillo (2014), ha reportado que sólo el 49% de los estudiantes de ciencias de la salud de una muestra de estudiantes universitarios en Colombia emplean el condón en sus relaciones sexuales; Dessunti y Reis (2007) reportan sólo el 34% en universitarios de medicina y enfermería en Sao Paulo, Brasil.

La OMS ha reportado (2016), que las estrategias preventivas para las ITS han incluido, por un lado, el asesoramiento y enfoques conductuales, y por otro, el fomento de métodos de barrera, esencialmente el uso de preservativos masculinos y femeninos. Las estrategias preventivas representan la prevención primaria contra las IES e incluyen:

- Educación sexual integral.
- Asesoramiento antes y después de pruebas de ITS y VIH.
- Asesoramiento sobre prácticas sexuales seguras, reducción de riesgos y uso de preservativos.
- Intervenciones dirigidas a grupos de poblaciones clave: Trabajadores sexuales, hombres homosexuales, consumidores de drogas inyectables.
- Asesoramiento y educación sexual para adolescentes.

Con todo, la OMS señaló en el mismo informe que los esfuerzos actuales realizados para detener la propagación de las ITS han resultado insuficientes; los cambios en los comportamientos sexuales de riesgo constituyen un desafío complejo que exige centrar la atención en poblaciones diana que deberán ser incluidas en el diseño, aplicación y evaluación de las estrategias a seguir. Pulido, Carazo, Orta, Coronel y Vera (2011), en acuerdo con la literatura especializada, han sugerido programas de prevención basados en investigación enfocada a la identificación de las causas de conductas de riesgo;

programas que *involucren varios aspectos y escenarios de la vida del estudiante* (p.25).

Se ha sugerido (Ospina y Manrique, 2007; Bahamón, et al., 2014), que las conductas sexuales de riesgo presentadas por jóvenes parecen estar relacionadas con la búsqueda de aceptación social y la autoafirmación, y no por la ausencia de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, lo cual provoca que a menudo se tenga la necesidad de tener relaciones de pareja y experimentar conductas sexuales con parejas ocasionales.

Caballero, Carrera, Sánchez, Muñoz y Blanco (2005), realizaron una investigación sobre la experiencia emocional en la predicción de prácticas de riesgo, hallando que la experiencia emocional vivida en el pasado en relación con la conducta de riesgo es un buen predictor de las intenciones de repetir la conducta de riesgo en el futuro ($R=49.1\%$); las variables emocionales resultaron ser más relevantes que las actitudes, la norma social subjetiva y el control percibido.

2.4. Teoría del Aprendizaje cognoscitivo social: Autoeficacia y Asertividad

La teoría del aprendizaje cognoscitivo social (Bandura, 1986, citado por Schunk, 1997), subraya la influencia fundamental del medio social en la adquisición del propio aprendizaje. La teoría destaca el hecho de que una amplia variedad de conductas, creencias, actitudes, reglas, etc., ocurren a través de la interacción social gracias a mecanismos de observación e imitación. Las personas están en un continuo esfuerzo adaptativo a las condiciones socioculturales del medio en que se desarrollan. Es ahí donde adquieren los recursos necesarios para integrarse a grupos sociales, y preservar una existencia positiva.

Bandura (1982) ha propuesto la reciprocidad triádica para comprender la conducta humana. Esta ocurre determinada por las interacciones recíprocas entre la propia *conducta*, el *ambiente* y *factores personales*; cada uno de estos tres elementos constituidos por diversas variables.

2.4.1. Autoeficacia. La Teoría Social Cognitiva involucra tres tipos de expectativas: situación-resultado, acción-resultado y autoeficacia o autoeficacia percibida. Esta última (un factor personal), es un constructo fundamental introducido por Bandura en 1977 en dicha teoría (Bandura, 1982); la expectativa de autoeficacia o *autoeficacia percibida* es así definida como *la capacidad de una persona de creer en sus propias habilidades para desempeñarse de manera adecuada ante alguna situación para llegar a la meta deseada* (Bandura, 1995). Y dependiendo de cómo el individuo perciba su propia capacidad para ser autoeficaz es como se verá afectada su motivación y su comportamiento (Bandura, 1982).

Para que el ser humano pueda llevar a cabo acciones apropiadas para poder alcanzar sus logros es necesario que pueda controlarse a sí mismo por ejemplo; en el pensamiento, la motivación y los estados afectivos y psicológicos. Adicionalmente es fundamental contar con las habilidades para enfrentarse a diversas circunstancias adversas, saber manejarlas y

desarrollarlas de manera adecuada para resolver el conflicto (Noboa y Serrano, 2006).

Para tener éxito en diferentes áreas de la vida y ser autoeficaz es preciso tener la voluntad de hacer las cosas, contar con el recurso y ser constante. Es por esto que la autoeficacia se basa en las creencias de las propias capacidades (Noboa y Serrano, 2006). Dicha eficacia se va obteniendo a través de la experiencia al poder controlar una situación social, lo cual es muy importante ya que las personas necesitan estar seguras de su eficacia para poder responder ante situaciones que desafíen sus capacidades, además de ser el apoyo social el que se encarga de reforzar la conducta y hacer que esta se mantenga (Bandura 1989; 1997). Otra forma de mantener la eficacia es a través de la experiencia vicaria; una persona al ver a otro individuo semejante a sí mismo realizar satisfactoriamente sus metas, hace que se fortalezca la creencia del observador de que también él cuenta con la capacidad de lograr sus objetivos (Bandura 1995).

Esa capacidad de creer en sí mismo está basada tanto en los éxitos o fracasos que cada individuo haya tenido a lo largo de su vida, así como en el aprendizaje vicario, la persuasión verbal, el peso de la sociedad y los estados físicos y afectivos (Noboa y Serrano-García, 2006, Pajares, 1996). A su vez la creencia de ser autoeficaz puede llevar a la realización de tareas novedosas (Pajares, 1996). Así, la autoeficacia está estrechamente relacionada con las conductas orientadas a los logros, además de que los logros cumplidos y observados por los sujetos son capaces de mejorar la percepción que el propio sujeto posee de su autoeficacia. También existe evidencia del efecto que los estímulos del medio ambiente (e.g. la opinión desfavorable o favorable de un maestro), pueden tener sobre el incremento o decremento de la percepción de autoeficacia (Schunk, 1997).

Una persona autoeficaz tiene la sensación de bienestar y tiene la posibilidad de mejorar en muchos aspectos. Los individuos que se sienten seguros de sus capacidades realizan tareas complicadas las cuales toman como un reto que tienen que lograr y no como algo que les causa conflicto y deben evitar. Estas

personas se animan y hacen un compromiso consigo mismos; si tienen algún tropiezo o fracasan se reponen rápidamente y lo ven como una simple falta de esfuerzo en la acción o como una insuficiencia en sus conocimientos o habilidades; suelen vincularse a situaciones desafiantes con la certeza de poder dominarlas. La percepción de ser autoeficaz trae consigo logros personales y disminuye la vulnerabilidad a la depresión (Bandura, 1994).

A diferencia de las personas que son autoeficaces, las personas que dudan de su capacidad se alejan de las tareas que perciben como difíciles e incluso pueden llegar a verlas como amenazas personales, son poco ambiciosas y ponen poco interés en los objetivos que se proponen. Cuando se ven frente a una tarea difícil insisten ellos mismos en recalcar su insuficiencia, hacen hincapié en los tropiezos que les puede causar el realizar la tarea y piensan en cualquier impedimento que pudiera pasar en lugar de enfocarse en realizar acciones para lograr la meta deseada, disminuyen su empeño y se retiran con facilidad ante lo complejo. A estas personas que son poco eficaces se les dificulta reponerse de un fracaso y con facilidad tienden a estresarse o deprimirse (Bandura, 1994).

Las creencias en la eficacia personal son el fundamento de la agenciación humana (Bandura, 1982) a la cual Bandura (1989) considera como la capacidad de poder controlar tanto nuestra forma de operar, como las circunstancias que afectan nuestra vida. En este caso el humano es quien se encarga de elegir y elaborar ambientes que mejoren el rendimiento del aprendizaje y a su vez tener la posibilidad de realizar cambios, modificar su entorno o a él mismo por medio de su esfuerzo. Por lo tanto, la agenciación es el ejercicio de la autoeficacia (Tejada, 2005).

La agenciación es un hecho intencional para crear y llevar a cabo actos de acuerdo a los propósitos deseados. De acuerdo con esto, Bandura expone que hay una conexión entre intención y acción. Además indica que para poder llevar a cabo la agenciación es necesario realizar planes de acción, prevenir, predecir y explorar los posibles efectos que comprenden las expectativas en

relación a los resultados. También se debe realizar una evaluación propia, tener motivación y autorregulación (Bandura, 2001).

Por otro lado, Pajares (1996), ha definido la autoeficacia como *creencias acerca de las propias competencias para organizar y ejecutar acciones necesarias en circunstancias esperadas o fundadas en niveles de rendimiento*; la autoeficacia está así relacionada con la ocurrencia de una *conducta* en función de una meta esperada por el *medio ambiente*. De igual manera Schunk y Zimmerman (1997) (citado en Blanco, H; Aguirre, J y Guedea, J.,2012), definen el concepto como las creencias en sus propias habilidades para aprender o realizar conductas en niveles anticipadamente definidos.

Las personas, al poner en práctica las competencias que creen tener, posibilitan el incremento de adquirir mejores resultados en cuanto a su desempeño y al potenciar su autoeficacia pueden mejorar en otros aspectos como el éxito académico y la autoestima. En contraste con lo anterior el fracaso repetitivo hace que la percepción que se tiene de sí mismo de triunfar disminuya y no ayude a que haya un aprendizaje o un desarrollo personal (Blanco, Aguirre y Guedea, 2012).

Con base en la teoría y en las investigaciones citadas parece claro que la autoeficacia influye en la forma de pensar, de actuar y de sentir de las personas. La percepción que un sujeto tenga de su propia eficacia influirá mediante pensamientos autoestimulantes o autodesvalorizantes, optimistas o pesimistas, en las acciones que decida desarrollar para lograr sus objetivos y en su nivel de compromiso hacia los mismos. (Bandura, 2001).

2.4.2. Asertividad. Caballo (1983) cita que el constructo *Asertividad* surgió en la terapia conductual bajo autores como Salter (1949), Wolpe (1958), Lazarus (1966) y Alberti y Emmons, (1978), quienes publicaron el primer libro especializado en la asertividad. Estos últimos autores definieron la conducta asertiva como *La conducta que permite a una persona actuar con base en sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin*

negar los derechos de los otros. McDonald (1978, citado por Caballo, 1983), define la aserción como *La expresión abierta de las preferencias (por medio de palabras o acciones) de una manera tal que haga que los otros las tomen en cuenta.* La Asertividad ha sido conceptualizada como *libertad emocional* (Lazarus, 1971), *Competencia conductual, Efectividad personal, Competencia social* (Heimberg y cols, 1977, citados por Caballo, 1983), y ha sido vista como una *Habilidad social* por diversos autores (Caballo, 1983).

Siguiendo a Caballo (1983), la Asertividad no es propiamente un *rasgo*; un sujeto dado *no es asertivo o no asertivo, sino que se comporta de manera asertiva o no asertiva.*

Así, para Caballo, la Asertividad “1. Es una característica de la conducta, no de las personas; 2. Es una característica específica a la persona y a la situación, no universal, 3. Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales. 4. Está basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción. 5. Es una característica de la conducta socialmente efectiva, no dañina. Pag.55). El autor describe además las dimensiones propuestas por diversos autores para la Asertividad; entre ellas parecen destacar las de Lorr y cols., a principios de los años 80. Para ellos, son cuatro las dimensiones a considerar, siendo adquiridas por el sujeto en el siguiente orden: 1. Asertividad social. Disposición y capacidad para iniciar, mantener o terminar interacciones sociales. 2. Defensa de los derechos. Capacidad para defender derechos propios y rechazar peticiones irrazonables. 3. Independencia. Resistencia activa a la presión individual o grupal para conformarse y obedecer, así como para expresar opiniones y creencias propias. 4. Liderazgo. Disposición para conducir, dirigir o influenciar a los otros en relaciones interpersonales problemáticas que exigen acción, iniciativa o asunción de responsabilidades. Al parecer, tras el surgimiento de un enfoque ecléctico que reunía aspectos conductuales, cognitivos y humanistas (Galassi Galassi, 1978, citados por Flores 2002), no parecen haberse generado variaciones significativas de las concepciones originales (Flores, 2002; cf. la descripción de Caballo, 1983).

La asertividad es un principio básico para poder relacionarnos dentro de la sociedad. A esta también se le conoce como habilidad social la cual se obtiene a través de la práctica, la destreza y las experiencias al comunicarse con individuos de cualquier estatus social. Ser asertivo incluye la capacidad de manifestar y responder a sentimientos, puntos de vista, creencias, esperanzas, valores y cosas o situaciones con las que no se esté de acuerdo, siempre actuando de una forma adecuada, concreta, justa, libre, digna y respetando tanto a uno mismo como a las demás personas (Naranjo, 2008; Aguilar, 1987).

Las personas que son asertivas se caracterizan por su libertad para comunicarse con diferentes personas de una forma apropiada, clara y sincera. Persiguen sus objetivos poniendo en práctica acciones para lograrlos, juzgan de manera respetuosa, entienden que no siempre se gana, pero siempre tratan de lograr lo que se proponen, independientemente de si consiguen o no sus metas siempre mantienen el respeto por sí mismos y su dignidad, además reconocen cuáles son sus limitaciones. Tienen bien definido quiénes serán sus amistades y quienes no, admiten o apartan a las personas con delicadeza, pero a la vez se mantienen firmes y son capaces de expresar sus sentimientos de forma libre (Rodríguez y Serralde, 1991).

Por el contrario, las personas no asertivas prefieren no comunicarse, y cuando lo hacen es de una manera muy tímida, no expresan lo que piensan, dicen lo que sienten de manera indirecta, le dan vueltas al asunto o se disculpan cuando es necesario decir las cosas claras para pedir lo que desean, esperan a que las demás personas adivinen lo que quieren en lugar de expresarlo abiertamente. La conducta no asertiva permite que los demás abusen al dejar de satisfacer las propias necesidades saciando las de los demás, causando malestar, insatisfacción y tensión en uno mismo, además de perder seguridad, el dominio de las situaciones y eficacia para resolver problemas, lo cual puede provocar que la persona que carece de asertividad se aíse o hasta se deprima (Aguilar, 1987).

Existen tres obstáculos que no permiten tener una conducta asertiva: tener una baja autoestima, sentirse incapaz para encarar las situaciones difíciles y tener una comunicación poco eficiente (Shelton y Burton, 2004).

La autoestima es el respeto que se tiene por uno mismo y hay una diferencia entre ésta y el autoconcepto, el cual es la imagen mental acerca de los puntos fuertes y débiles tales como los éxitos y los fracasos e influye de manera concreta en la autoestima. Lo que una persona piense de sí misma se verá reflejado en sus objetivos, en su disciplina y en sus acciones. Si la persona se considera capaz de lograr lo que se proponga siendo organizada y constante es probable que tenga una autoestima elevada. Sin embargo si el individuo se percibe a sí mismo con capacidad insuficiente o propenso a perder el control con facilidad es probable que su estima propia sea menor. Otro obstáculo que se mencionó fue el sentirse incapaz para enfrentar situaciones difíciles, esto es que las personas que temen a los problemas rehúyen a encararlos con firmeza. Por último se habló de la comunicación deficiente lo cual demuestra que la insuficiencia para responder en diferentes circunstancias hace que la persona tenga pensamientos y emociones negativos de ella misma (Shelton y Burton, 2004).

La asertividad es vista como un comportamiento y no como algo propio de la personalidad, por lo que es considerada como una aptitud en el ámbito de las habilidades sociales. Con base en lo anterior, es posible llevar a cabo un aprendizaje de las asertividad y con ello enriquecer las capacidades sociales personales (Naranjo, 2008). La asertividad es una habilidad y como tal quiere decir que las personas al cambiar sus comportamientos, a su vez cambian su actitud y sentimientos (Naranjo, 2008), la cual se puede desarrollar por medio de la práctica y la repetición, pero para poder adoptar una actitud asertiva es necesario contar con una autoestima alta y tener la convicción de actuar eficazmente (Shelton y Burton, 2004).

Al tener un concepto positivo de sí mismo hay mayor probabilidad de construir una autoestima alta y a su vez ser asertivo. El hecho de ser asertivo o no, depende de la autoestima, las personas que se comportan ante algunas

situaciones de manera pasiva o con agresividad es porque en sus experiencias anteriores fracasaron o se sintieron ansiosos ante tal circunstancia. Y las personas que siempre son pasivas o agresivas tienden a ponerse límites en distintos aspectos y uno de ellos es el crecimiento profesional (Shelton y Burton, 2004).

Para comportarse de forma asertiva es necesario ser realista y tomar en cuenta las habilidades y limitaciones que se tienen. Siempre hay que enfocarse en alcanzar la meta e independientemente si estas se logran o no hay que conservar el respeto por uno mismo. Contrario a esto, están las personas que se comportan de manera agresiva o pasiva, sin embargo, el actuar de ese modo implica no ser asertivos y por lo tanto tienen resultados desfavorables, tienen dificultades para comunicarse de manera adecuada y terminan impactando negativamente su integridad física y psicológica afectando sus posibilidades de desarrollo. (Velázquez, Arellanez y Martínez, 2012).

En un estudio realizado en Argentina (Granero, 1984), investigaron entre otros criterios la comparación de asertividad entre hombres y mujeres tanto homosexuales como heterosexuales en el cual hallaron que no se encuentra una diferencia significativa entre hombres heterosexuales y hombres homosexuales, sin embargo, los homosexuales tienen una puntuación más alta en comparación con los varones heterosexuales. Por otro lado, en las mujeres si se encontró una diferencia significativa, teniendo mayor puntaje en asertividad las mujeres homosexuales que las mujeres heterosexuales. La asertividad es una habilidad que se desarrolla y es probable que las mujeres que son lesbianas, debido a su integración en la sociedad, hayan tenido que desarrollar una asertividad hostil en comparación con las mujeres heterosexuales. La asertividad y la autoeficacia son atributos aprendidos (Eysenck, 1978, citado en Granero, 1984).

Por otro lado en un estudio realizado en adolescentes mexicanos, encontraron que los estudiantes que son significativamente más asertivos con regularidad son quienes han encarado de manera eficaz el ofrecimiento y la influencia de sus amigos para consumir drogas no legales, en comparación con los que han

consumido alguna sustancia ilícita. Por otro lado, los adolescentes que consumen drogas ilícitas afrontan con menor eficacia los problemas y diferencias que tienen con las demás personas, reportan que no se han sentido complacidos con la manera en la que defienden sus ideas y derechos y no han podido resolver de forma adecuada los conflictos que tienen con otros compañeros o adultos. De igual manera se encontró que son menos eficaces para expresar su opinión y sentimientos en situaciones arbitrarias, cuentan con poca habilidad para expresarse por medio del habla, se les dificulta negarse ante situaciones aunque realmente no las deseen y claudican ante la presión de sus amistades para consumir sustancias ya sean lícitas o ilícitas (Velázquez, Arellanez y Martínez, 2012).

En el campo de la vida sexual, la Asertividad ha tomado un papel relevante en virtud de su relación con el deseo y la satisfacción sexual, menor frecuencia de victimización y coerción sexual, y conductas sexuales de riesgo (Santos-Iglesias y Sierra, 2010).

2.4.3. Autoeficacia sexual y Asertividad sexual.

La *autoeficacia sexual* y la *asertividad sexual* son factores de protección contra ITS como el VIH. Ambas variables permiten prevenir la ocurrencia de CSR, y por tanto, favorecer los comportamientos sexuales seguros (Palacios, 2015; Santos-Iglesias y Sierra, 2010). El primer constructo está enfocado hacia la autoprotección, se define como la *percepción que un sujeto posee acerca de su habilidad para llevar a cabo una conducta sexual preventiva adecuada para evitar el contagio de ITS* (López y Moral, 2001), específicamente, el SIDA y por extensión, cualquier otra infección. El segundo término, ha sido descrito por Morokoff, Quina, Harlow, Whitmire, Grimley, Gibson, et al. (1997), como la *capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual que no es deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables*. Este concepto ha encontrado respaldo en el derecho humano a la autonomía, asumiéndose que las personas pueden decidir sobre sus propios cuerpos y su sexualidad, impidiendo si es preciso, que alguien toque su cuerpo sexualmente sin su consentimiento.

2.4.3.1. Autoeficacia sexual.

Algunos investigadores (e.g. Choi, 2004; Luszczynska, Scholz y Schwarzer, 2005), han conceptualizado la autoeficacia como un atributo general; un sentimiento de capacidad general, estable, ante situaciones de estrés. Sin embargo, se ha sugerido ampliamente que es más frecuente verlo como un constructo eminentemente específico (Schunk, 1997), es decir, atribuible a ciertas actividades o ámbitos, pero no a otros; un sujeto puede percibirse auto eficaz para el álgebra, y no para el cálculo diferencial e integral, por ejemplo. Uno de los campos específicos en que el papel de la autoeficacia es crítico, es el campo de la salud y su conservación. La autoeficacia es un factor de suma importancia en cuanto a las dificultades que pueden presentarse en relación con la adquisición de comportamientos que promuevan la salud o comportamientos que eviten la ocurrencia de conductas peligrosas (Bandura, 1997).

Se ha recurrido al término de autoeficacia en temas relacionados con la salud, debido a que ésta no depende solamente del funcionamiento biológico, sino de otros factores de orden cognitivo y conductual, como la propia autoeficacia, cuya influencia ha sido ampliamente documentada. Así mismo, dado que el sólo conocimiento acerca de los riesgos a la salud, consecuentes al ejercicio de conductas de riesgo, no ha resultado suficiente para evitar estas últimas, se ha señalado la necesidad de desarrollar habilidades cognitivas y conductuales auto reguladoras que medien favorablemente la relación entre el conocimiento del riesgo y la ocurrencia de conductas preventivas (Bandura, 1995). Se ha documentado una relación inversa entre autoeficacia y conductas de riesgo; a mayor autoeficacia, existe menor implicación en comportamientos de riesgo; la baja autoeficacia está relacionada con la generación de prácticas de riesgo. (Palacios, 2015).

El modelo de autoeficacia propuesto por Bandura ha resultado muy útil para explicar las conductas sexuales de riesgo que conducen a la infección por VIH y otras infecciones, al asistir en la determinación de factores sociales, psicológicos y culturales que influyen para que los individuos tengan conductas

de riesgo. En la teoría social cognitiva se reitera la importancia de observar y modelar el comportamiento, las emociones y las acciones de los que nos rodean con el fin de aprender (Ruiz, 2014). Para Bandura (1990), si bien la prevención del VIH/SIDA requiere elementos teóricos (información suficiente), los conocimientos por sí mismos no bastan para un cambio conductual efectivo; se requieren otros elementos como la autoeficacia. Bandura ha planteado que la conducta es influida por un proceso cognitivo en el cual los individuos crean un conjunto de conocimientos y expectativas acerca de los resultados deseados de su conducta, emociones e influencias por parte de la sociedad y sus experiencias del pasado; así, las personas se crean una percepción de su propia capacidad para enfrentar una situación específica. Dado esto, el hecho de que las personas utilicen condón no depende solo de los recursos que tengan a la mano para hacer uso de él, sino de qué tan capaces se sientan para poder controlar su conducta (Wulfert y Wan, 1993), es decir, de su *autoeficacia sexual*. Por ejemplo; la familia, el medio en el que se desarrolla el sujeto, la propia eficacia para usar el condón y el convivir con una persona que tenga alguna ETS, repercute en cómo se percibe el riesgo frente al VIH debido a que pueden ver de cerca las consecuencias y efectos causados por la enfermedad y asimismo sentirse en la necesidad de obtener habilidades para auto protegerse. (Macintyre et al., 2004).

Diversos autores (cf. Noboa y Serrano, 2006; Pérez, Santiago y Serrano, 2009), han sugerido que el negociar es la estrategia más acertada para poder realizar prácticas sexuales seguras, previniendo con ello ITS como el VIH/SIDA. La autoeficacia es considerada como uno de los principales recursos que intervienen para lograr esa habilidad de negociación.

A pesar de que se ha expuesto la posibilidad de promover la negociación de prácticas sexuales más seguras a través de la comunicación entre la pareja, es indispensable creer que se tiene la habilidad o la eficacia para lograrlo (Pérez, Santiago y Serrano, 2009). A través de la autoeficacia para negociar sexo seguro, los individuos pueden explorar los intereses propios y los de su pareja, así como decidir lo que ambos quieren de acuerdo a sus planes y de esta

manera se puede fortalecer su autoestima además de tener el control sobre sí mismos (Noboa y Serrano, 2006).

Se han llevado a cabo varios estudios relacionados con la autoeficacia en relación a lo sexual, uno de ellos fue realizado en la universidad de puerto rico con una muestra de 110 mujeres y se encontró que ellas se sienten menos autoeficaces para negociar conductas sexuales no penetrativas, también se halló que se les dificulta poner en marcha su destreza para identificar con palabras los motivos que la pareja plantea para no tener sexo seguro, por otro lado se ven a sí mismas capaces de rechazar las relaciones de penetración anal que impliquen un riesgo, además de sentirse más eficaces para la negociación conforme la relación va siendo más duradera (Noboa y Serrano, 2006).

Otro estudio realizado con adolescentes y jóvenes colombianos, encontró que a mayor edad disminuye la forma de actuar positivamente respecto al uso del condón y a su vez también disminuye la autoeficacia para poder prevenir el VIH/SIDA, lo cual se ha relacionado con ideas falsas que están presentes en cuanto al contagio de VIH (Uribe, Orcasita y Vergara, 2010).

Por otro lado en una investigación que se llevó a cabo con adolescentes en el estado de Nuevo León se obtuvo que las mujeres tienen mayor autoeficacia comparada con los hombres para no aceptar tener conductas sexuales de riesgo que impliquen el contagio de SIDA, al igual que son ellas quienes se muestran más eficaces para preguntarle a sus parejas acerca de sus conductas sexuales previas y de otras conductas de riesgo. Por otro lado, los hombres se percibieron más autoeficaces que las mujeres en el uso correcto del preservativo (López y Moral, 2001).

En una investigación realizada en España para identificar si existía algún perfil psicológico para el contagio del VIH en estudiantes universitarios, se encontró que sólo el 67.9% de la muestra reportaba niveles medio-altos en cuanto a sentirse eficaces con el uso del condón; un 0.7% de los sujetos presenta niveles bajos y un 25.1% niveles medios. También se pudo observar que la

mayoría de la población evaluada autoeficaz para proponerle a su pareja el uso del condón, sin sentirse preocupados por la posibilidad de que la pareja pueda rechazarlos o pensar que tienen una ITS. En contraste con esto, se halló que a los estudiantes universitarios que participaron en la investigación se les hace más cómodo hablar sobre la utilidad del condón, que comprar preservativos o hacer uso de ellos al tener relaciones sexuales. También se halló que los estudiantes se sienten poco autoeficaces para poder detenerse y colocarse el condón cuando se sienten muy excitados (Ballester, R., et al 2013).

En otro estudio realizado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, se encontró que los hombres universitarios presentan menor autoeficacia en comparación con las mujeres universitarias en cuanto a decidir no tener relaciones sexuales con personas que hayan estado ingiriendo bebidas alcohólicas; de igual manera no se sienten seguros de ser capaces de utilizar el preservativo bajo el influjo de alcohol. También se halló que los hombres son quienes hacen mayor mención acerca de que utilizar condón en sus relaciones sexuales es menos placentero que si no lo usaran; por lo tanto, son ellos quienes más prefieren arriesgarse y están más expuestos al contagio de VIH y contraer SIDA. Aunado a esto, son ellos quienes tienen una cantidad más alta de parejas sexuales a lo largo de su vida que las mujeres (Robles, et al., 2006).

En otro estudio realizado en el Estado de Guerrero, México, se aportó evidencia significativa acerca de que cuando las personas son más asertivas sexualmente, también son más autoeficaces para prevenir el VIH/SIDA o cualquier otra ETS, lo cual también favorece el tener conductas sexuales sanas. Existe una relación significativa entre autoestima y asertividad (Osorio; et al, 2017).

2.4.3.2. Asertividad sexual

La asertividad es un elemento básico para temas relacionados con la salud y la educación sexual; es fundamental para obtener una sexualidad responsable. Chávez y Garrido (2015) realizaron un estudio con población universitaria para

saber si existía relación entre asertividad y asertividad sexual, obteniendo como resultado que no existe relación significativa entre ambas variables. En otra investigación se examinó la relación entre la comunicación, la asertividad en general y la asertividad sexual como predictores del uso del preservativo en estudiantes universitarios, resultando que las variables están relacionadas entre sí, sin embargo la asertividad general no predice la asertividad sexual (Zamboni, B; Crawford ,I & Williams P, 2000), lo cual señala que el hecho de ser asertivo en otros aspectos de la vida no significa que se tenga que ser necesariamente asertivo en el ámbito sexual.

La asertividad sexual ha sido definida como la *Habilidad para comunicarse con la pareja en el ámbito sexual* (Painter, 1997), o para llevar a cabo acciones *para obtener placer sexual en las relaciones sexuales* Dunn, Lloyd y Phelps (1979); sin embargo, parece ser que Morokoff, et al. (1997) quien proporciona la definición más clara al definirla como la *capacidad de dar inicio a la actividad sexual cuando se desee, así mismo poder rechazarla cuando no quiera tener un encuentro sexual y negociar las conductas sexuales esperadas* (Citados por Santos, 2012 pag.18). Esta última definición hace alusión al interés de la asertividad sexual en cuanto a la salud; el propósito de ser asertivos sexualmente es llevar a cabo conductas de tipo sexual saludables (Morockoff et al. 1997). Para poder ser asertivos sexualmente es indispensable tener la capacidad de manifestar los sentimientos y deseos de manera abierta y directa, sin tabúes ni miedos, siempre manteniendo el respeto por uno mismo y por los sentimientos, deseos y derechos del consorte (Zaldivar, 2005, citado en Sierra, Santos, Gutiérrez, Gómez y Maeso, 2008).

Aun con estas definiciones existe cierto desacuerdo sobre lo que significa la asertividad sexual y lo que conlleva una práctica sexual asertiva; se ha hecho mención sobre ésta como una habilidad social o como un rasgo de personalidad, pero debido a que no se llega a un término generalmente aceptado, se complica el poder comparar diferentes estudios. Aunado a esto, el hecho de no tener una sola definición hace que existan varios y diferentes instrumentos para medir esta variable; sin embargo, parece ser que sólo la *Sexual Assertiveness Scale* de Morocoff et al. (1997), se desarrolló basándose

en completos estudios instrumentales. Se ha destacado la importancia de realizar estudios psicométricos con instrumentos de medición confiables y válidos sobre asertividad (Santos, 2012). Pese a que la asertividad sexual es un término que tiene alrededor de 40 años (cf. Jakubowski- Spector, 1973, citado en Santos, 2012), no ha sido un tema indagado a lo largo de estas décadas y cuando se llega a hablar de este constructo no se hace refiriéndose a él de manera específica sino apuntando a otros términos relacionados (Santos y Sierra, 2010).

La asertividad ha sido objeto de atención en distintos campos; en el entrenamiento para la prevención del acoso en las escuelas, en las adicciones y las conductas sexuales de riesgo; como tratamiento para corregir trastornos de ansiedad, y en el desarrollo de habilidades pertinentes a cierto tipo de relaciones como las relaciones de pareja y las relaciones laborales (Gaeta y Galvanovskis, 2009).

Sikkema, Winett y Lombard (1995), llevaron a cabo una investigación con mujeres universitarias heterosexuales en la cual se implementó un programa de entrenamiento para el desarrollo de habilidades de asertividad sexual; se previó la reducción de conductas de riesgo al comparar los resultados contra los de un programa de sólo-educación. Se encontró que las personas que participaron en la formación de habilidades tuvieron un puntaje más alto en habilidades de asertividad sexual y en el conocimiento concreto del contagio de VIH, además de ser más autoeficaces para tener menos conductas sexuales de riesgo en comparación con el programa de sólo- educación. Greene y Faulkner (2005), en un estudio realizado con una muestra de 698 parejas heterosexuales con edades entre los 18 y 30 años de un campus universitario del noreste de Estados Unidos, hallaron que las mujeres reportan tener mayor tendencia para negociar con su pareja acerca de su sexualidad, sin embargo su eficacia en las negociaciones sexuales es menor que el de sus parejas hombres. Además, encontraron que las mujeres asertivas sexualmente hablando tienen encuentros sexuales de forma más constante, con mayor variedad en el sexo, mayor apetito sexual y mayor satisfacción sexual y de pareja.

Por otro lado en una investigación realizada por Schooler y Ward (2006, citado en Santos y Sierra, 2010), con una muestra de 184 hombres heterosexuales universitarios, se estudiaron las actitudes que los participantes tienen acerca de su propio cuerpo y el de su pareja, encontrando entre otros resultados que los sujetos que informan sentirse satisfechos con su propios cuerpos son quienes demostraron tener mayor asertividad sexual y autoeficacia del sexo seguro, al igual que los participantes que reportaron estar conformes con los cuerpos de sus parejas son más asertivos sexualmente que los que muestran inconformidad. A contrario, Morocoff, et al. (1997) relacionaron la asertividad sexual con abusos y victimización sexual; asociaron el hecho de no ser asertivos sexualmente al haber sufrido una o varias violaciones sexuales durante la infancia; asimismo, Rickert, Neal, Wiemann y Berenson (2000) encontraron que mujeres con baja asertividad sexual con edades entre 14 y 26 años habían sido abusadas sexualmente en el último año; también mencionaron que aparte de relacionar la asertividad sexual baja con abuso sexual, también se relaciona con depresión. Así diferentes autores han asociado la abaja asertividad con una relación negativa con el propio cuerpo, y viceversa (Schooler, Ward, Merriwether y Caruthers, 2005; Weaver y Byers, 2006; Yamayima, Cash y Thompson, 2006; citados por Santos y Sierra, 2010); en otro sentido, las personas que poseen mayor dominio de la sexualidad, y mejores prácticas protectoras con respecto a las ITS, poseen mayor asertividad (Kiefer y Sánchez, 2007; Noar, Morokoff y Redding, 2002; Noar, Morokoff y Redding, 2002; Onuoha y Munakata, 2005; Roberts y Kennedy, 2006; Weinstein, Walsh y Ward, 2008; citados por Santos y Sierra, 2010).

En algunas investigaciones señalan que existen diferentes causas que serelacionan con el uso o rechazo del preservativo en el acto sexual en la población adolescente y juvenil, como la creencia de que al usar condón la relación sexual es menos placentera (Alvaré, Lobato, Melo, Torres, Luis y González, 2011) o el nivel de conocimiento sobre sexo seguro y como perciben el riesgo, a pesar de eso hay pruebas de que ciertas variables influyen en el uso del condón como: la comunicación asertiva, la negociación de la pareja en cuanto a las relaciones sexuales, las conductas y el cortejo (Uribe, et al, 2013).

El hecho de aminorar el comportamiento sexual de riesgo va más allá de saber utilizar de manera adecuada el preservativo, ya que sin la habilidad de poder comunicarse o negociar con la pareja y pedir desde un principio que se haga uso del condón aun cuando esta no quiera, no sirve de nada ser un experto en el uso del preservativo, es por esto que se sugiere introducir en las estrategias para prevenir las conductas sexuales de riesgo, habilidades acordes con la negociación en pareja para hacer uso del condón (García, 2005; Tena y Hickman, 2003, citados en Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz, et al., 2006).

3. Problemas, Objetivos e Hipótesis de investigación

Hemos dado cuenta del importante problema que significan las ITS y las consecuentes ETS, entre las cuales el contagio por HIV-SIDA continúa siendo un objetivo de prevención muy importante en las estrategias de salud seguidas a nivel mundial por las más diversas instituciones de prácticamente todos los países (OMS, 2016). México no ha sido la excepción, y los esfuerzos por prevenir las ITS continúan siendo intensos y apremiantes (CENSIDA, 2012).

La OMS (2016), ha reportado que los esfuerzos actuales realizados para detener la propagación de las ITS han resultado insuficientes; los cambios en los comportamientos sexuales de riesgo constituyen un desafío complejo que exige centrar la atención en poblaciones diana (población de estudio) que deberán ser incluidas en el diseño, aplicación y evaluación de las estrategias a seguir. Pulido, Carazo, Orta, Coronel y Vera (2011), en acuerdo con la literatura especializada, han sugerido programas de prevención basados en investigación enfocada a la identificación de las causas de conductas de riesgo; programas que *involucren varios aspectos y escenarios de la vida del estudiante* (p.25).

Uno de los sectores más importantes para el establecimiento de estrategias de prevención es el sector joven de la población comprendido entre los 16 y los 24

años de edad (cf. CENSIDA, 2012); dentro de este segmento se encuentra la población universitaria. Dada la importancia de contribuir a la prevención de ITS, existe la necesidad de realizar investigaciones en los distintos centros de educación superior, tendientes a identificar la medida en que la población estudiantil incurre en conductas sexuales de riesgo, identificar factores de protección y factores de riesgo, como paso previo al desarrollo de estrategias de intervención efectivas.

Hemos dado cuenta de la importancia tanto de la Autoeficacia como de la Asertividad sexuales, para la adecuada protección de las personas en el ejercicio de su vida sexual. Parece claro que ambos constructos son factores de protección que deben ser investigados en poblaciones diana a fin de favorecer su desarrollo para el fortalecimiento de conductas sexuales protectoras.

Al efecto, como una primera aproximación del grupo de investigación abierto para la línea de investigación en CSR, y dado que no parece existir mucha investigación con respecto al desarrollo y validación de instrumentos de medición pertinentes a este problema en sujetos mexicanos, se decidió investigar las propiedades psicométricas de instrumentos adaptados ya en otros contextos. Adicionalmente, se decidió describir y analizar la frecuencia y relación de conductas sexuales de riesgo con las variables Autoeficacia sexual y Asertividad sexual en una muestra de estudiantes universitarios.

Así, los problemas de investigación y los objetivos correspondientes que dirigieron la investigación inscrita en esta tesis, fueron los siguientes:

Problemas

Objetivos

- | | |
|--|---|
| <p>1. ¿Son válidos y confiables la Escala de Autoeficacia para la prevención del SIDA (SEA-27) y la Escala de Asertividad sexual (SAS), en sujetos universitarios?</p> | <p>1. Determinar para la SEA-27 y la SAS:
-Validez de constructo
-Validez concurrente
-Consistencia interna</p> |
| <p>2. ¿Qué frecuencia y cualidad tiene la actividad sexual de los estudiantes universitarios con vida sexual activa?</p> | <p>2. Determinar:
-Frecuencia de sexopracticantes
-Edad de inicio
-Edad de inicio y ejercicio sexual
-Partenaires a lo largo de la vida y últimos 3 meses.</p> |
| <p>3. ¿Con qué frecuencia se presentan las Conductas Sexuales de Riesgo en sujetos universitarios?</p> | <p>3. Determinar:
-Frecuencia de uso de condón en primera relación sexual.
-Frecuencia de uso actual del condón
-Frecuencia de Infidelidad
Frecuencia de uso del condón con partenaires actuales.
-Frecuencia de relaciones sexuales bajo influjo de alcohol y drogas.
-Frecuencia de relaciones sexuales en grupo.
-Frecuencia de comercio de relaciones sexuales.
-Frecuencia de Conocimientos y/o Padecimientos de ETS
-Historia de abuso sexual</p> |
| <p>4. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre sujetos con alta y baja frecuencia de CSR con respecto a Autoeficacia sexual?</p> | <p>4. Determinar:
-Existencia de diferencias estadísticamente significativas entre sujetos con baja incidencia de CSR y sujetos con alta incidencia de CSR en la condición <i>Autoeficacia sexual</i>.</p> |

Hipótesis:

Ho. No existen diferencias significativas entre la alta y baja incidencia de CSR en cuanto a Autoeficacia sexual.

Ho. Alta CSR = Baja CSR en Autoeficacia sexual.

H1. Si existen diferencias significativas entre la alta y baja incidencia de CSR en cuanto a

- Autoeficacia sexual.
- H1. Alta CSR \neq Baja CSR en Autoeficacia sexual.
5. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre sujetos con alta y baja frecuencia de CSR con respecto a Asertividad sexual?
5. Determinar:
- Existencia de diferencias estadísticamente significativas entre sujetos con baja incidencia de CSR y sujetos con alta incidencia de CSR en la condición *Asertividad sexual*.
- Hipótesis:**
- Ho. No existen diferencias significativas entre la alta y baja incidencia de CSR en cuanto a Asertividad sexual.
- Ho. Alta CSR = Baja CSR en Asertividad sexual.
- H1. Si existen diferencias significativas entre la alta y baja incidencia de CSR en cuanto a Asertividad sexual.
- H1. Alta CSR \neq Baja CSR en Asertividad sexual

4. Método

En los apartados siguientes se describe el procedimiento desarrollado en la investigación que se ha venido detallando en los apartados anteriores. Se caracterizan la muestra, los instrumentos y el método de trabajo empleado.

4.1. Muestra

La muestra fue seleccionada por disponibilidad en el Campus Sur de la Universidad Latina; las características sociodemográficas se encuentran descritas en la Tabla 1.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra

Muestra total	n= 386		
	M	DS	IC al 95%
Edad general	22.43	2.55	22.18 μ 22.68
Mujeres	22.02	2.11	21.81 μ 22.23
Hombres	22.93	2.92	22.64 μ 23.22
Sexo	f	%	
Femenino	212	54.9%	49.9% - 59.9%
Masculino	174	45.1%	40.1% - 50.1%
Preferencia sexual			
Heterosexual	359	93%	90.5% - 95.5%
Homosexual	12	3.1%	1.4% - 4.8%
Bisexual	15	3.9%	2.0% - 5.8%
Estado civil			
Soltero sin pareja	145	37.6%	32.8% - 42.4%
Soltero con pareja	210	54.4%	49.4% - 59.4%
Casado	11	2.8%	1.2% - 4.4%
Separado sin pareja	3	0.8%	-0.1% - 1.7%
Separado con pareja	1	0.3%	-0.2% - 0.8%
Divorciado sin pareja	1	0.3%	-0.2% - 0.8%
Unión libre	15	3.9%	2.0% - 5.8%
Carrera			
Pedagogía	18	4.7%	2.6% - 6.8%
Psicología	78	20.2%	16.2% - 24.2%
Derecho	121	31.3%	26.7% - 35.9%
Contaduría y Gestión Financiera	28	7.3%	4.7% - 9.9%
Informática	41	10.6%	7.5% - 13.7%
Administración	43	11.1%	8.0% - 14.2%
Mercadotecnia Publicidad	34	8.8%	6.0% - 11.6%
Comunicación y periodismo	23	6.0%	3.6% - 8.4%
Religión			
Católico	266	68.9%	64.3% - 73.5%
Cristiano	29	7.6%	5.0% - 10.2%
Judio	1	0.3%	-0.2 - 0.8%
Otra	14	3.6%	1.7% - 5.5%
Ninguna	76	19.7%	15.7% - 23.7%
Semestre / Cuatrimestre			
1	11	2.8%	1.2% - 4.4%
2	13	3.4%	1.6% - 5.2%
3	62	16.1%	12.4% - 19.8%
4	4	1.0%	0.0% - 2.0%
5	152	39.4%	34.5% - 44.3%
6	33	8.5%	5.7% - 11.3%
7	90	23.3%	19.1% - 27.5%
8	20	5.2%	3.0% - 7.4%
9	1	0.3%	-0.2% - 0.8%

FUENTE: Elaborado con datos propios.

4.2. Instrumentos

Para los fines de esta investigación, se emplearon dos escalas, una de autoeficacia sexual y otra de asertividad sexual; un cuestionario sobre conductas sexuales de riesgo, y un cuestionario de datos sociodemográficos.

Todos estos instrumentos fueron integrados en un único cuestionario compuesto de 172 preguntas; el cuestionario puede ser consultado en el apéndice de este documento (Apéndice 1). Los instrumentos fueron los siguientes:

Cuestionario de datos sociodemográficos. Diseñado para esta investigación, incluyó las variables: Sexo, Preferencia sexual, Edad, Carrera, Cuatrimestre / Semestre y religión.

Cuestionario sobre conductas sexuales de riesgo. Se empleó el cuestionario desarrollado por Rivera-Ledesma, Caballero, Pérez y Montero (2013). El instrumento explora Experiencia sexual, uso de anticonceptivos y barreras de protección, número de parejas, parejas ocasionales, consumo de drogas y alcohol durante el ejercicio sexual, parejas simultáneas, infidelidad, enfermedades de transmisión contagiadas y haber sufrido abuso sexual.

Escala de Autoeficacia para la prevención del SIDA (SEA-27). La escala fue desarrollada originalmente por Kasen, Vaughan y Walter (1995) con 22 reactivos validados en población norteamericana. En México, Bayes, Villamarín y Ochoa (1995) y López y Padilla (1999), analizaron la escala, y en el año de 2001, López-Rosales y Moral de la Rubia publicaron la validación del instrumento en una muestra de adolescentes de la Ciudad de Monterrey, México, ampliándolo a 27 reactivos. El SEA-27 quedó así conformado por cuatro factores que miden:

Factor 1. Capacidad para decir no a las relaciones sexuales;

Factor 2. Uso de preservativo;

Factor 3. Matrimonio, Fidelidad y Comunicación con los padres;

Factor 4. Capacidad para preguntar al compañero sobre historia sexual y de drogas. En la presente investigación, aunque con ligeras diferencias la escala arrojó una estructura similar a la de López-Rosales y Moral de la Rubia (2001), que en conjunto explicó el 73.5% de la varianza con una consistencia interna alfa de .91 Los detalles del análisis se incluyeron en la sección de resultados en este documento.

Escala de Asertividad sexual. La *Sexual Assertiveness Scale* (SAS), fue desarrollada por Morokoff, Quina, Harlow, Whitmire, Grimley, Gibson, et al. (1997), y adaptada al castellano por Sierra, Vallejo-Medina y Santos-Iglesias (2011), en una muestra de sujetos españoles. La escala está constituida por tres factores:

Factor 1. Inicio. Inicio de relaciones sexuales deseadas.

Factor 2. Rechazo. Rechazo de las relaciones no deseadas, y

Factor 3. Embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

En la presente investigación se exploraron las propiedades psicométricas de la escala obteniéndose una estructura que explicó el 70.3% de la varianza con una consistencia interna alfa general apenas considerable de .59, y de .71 a .85 para sus factores. Los factores fueron:

Factor 1. Baja asertividad en uso de condón y prácticas. Tendencia percibida a ceder a los deseos de la pareja con respecto a prácticas sexuales o no uso de condón, aun a pesar de no estar de acuerdo.

Factor 2. Asertividad sexual. Capacidad percibida de negarse a prácticas sexuales si no se desean.

Factor 3. Alta Asertividad en el uso del condón. Tendencia percibida a sujetar la relación sexual al uso de condón.

Factor 4. Rol sexualmente Pasivo. Tendencia a conferir la iniciativa a la pareja durante la relación sexual.

Factor 5. Rol sexualmente Activo. Tendencia a asumir la iniciativa durante la relación sexual.

Los detalles del análisis se incluyeron en la sección de resultados en este documento.

4.3. Procedimiento

La presente investigación se llevó a cabo en el Campus Sur de la Universidad Latina ubicado en la Ciudad de México. En principio, se tramitaron los permisos necesarios para tener acceso a las instalaciones y a la población estudiantil de la universidad. Entre estas autorizaciones se obtuvo permiso y apoyo para

aplicar el cuestionario diseñado para esta investigación a través de los ordenadores de una sala de cómputo, a fin de disminuir el tiempo de aplicación y eliminar varianza de error derivada del proceso de captura. Al efecto, los reactivos incluidos en el cuestionario fueron instrumentados en la aplicación *Formularios* de Google, y aplicados a través de 30 ordenadores en sesiones sucesivas hasta completar 386 cuestionarios resueltos. El formulario fue programado para exigirles a las personas encuestadas el responder totalmente el cuestionario. Esto evitó preguntas sin respuesta.

Toda la encuesta transcurrió en un solo día, y los datos resultantes fueron descargados en una base de datos de Excel y de ahí a la versión 22 del IBM SPSS Statistics, donde se procedió al análisis estadístico de los datos.

Las escalas empleadas fueron evaluadas psicométricamente en acuerdo con los resultados obtenidos en la muestra, y empleadas en los análisis siguientes generando las conclusiones de dichas evaluaciones.

4.4. Aspectos éticos

Durante el desarrollo del proyecto se cuidó lo siguiente:

Respondientes. A los sujetos que participaron en la investigación respondiendo los cuestionarios se les pidió su apoyo con carácter voluntario; se les informó que en cualquier momento podrían abandonar la investigación de considerarlo pertinente. Se les garantizó el anonimato de su participación, solicitándoles expresamente que no anotasen en el cuestionario ni su nombre, ni cualquier otro dato que les identificase.

Por la naturaleza de la investigación se contó con la presencia de un psicólogo del Centro de Orientación y Apoyo Psicopedagógico a Alumnos (COAPA) de la UNILA con conocimientos y experiencia en intervención en crisis. No se reportaron casos que demandasen su intervención.

Revisión hemerográfica. Toda información consultada y reportada en los antecedentes del presente proyecto siguió los criterios de respeto de autoría y edición de la *American Psychological Association (APA)*.

5. Resultados

En principio se procedió a la evaluación de las escalas empleadas:

5.1. Escala de Autoeficacia para Prevenir el SIDA (SEA-27)

En esta escala se verificaron tres elementos fundamentales: 1 validez de constructo, 2 confiabilidad y 3 validez concurrente.

5.1.1. Validez de constructo: Estructura factorial.

Se analizaron los 27 ítems originales propuestos por la escala. Se calculó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin para la adecuación de muestreo obteniéndose un valor de .905; la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó una $X^2 = 9029.11$, con $gl = 351$, y $p = .000$; con ambos datos se concluyó la adecuada procedencia del análisis inicial.

El análisis fue practicado en dos momentos, obteniéndose en ambos una estructura factorial en buena medida coincidente con la original. La estructura factorial más claramente definida se obtuvo después de eliminar los ítems 6 y 11; esta presentó cinco factores que en conjunto explicaron el 73.5% de la varianza, con una consistencia interna calculada por el método alfa de Cronbach de .92 La estructura resultante se muestra en la Tabla 2.

Como puede observarse en la Tabla 2, los tres factores iniciales (sombreados), coincidieron con la estructura original, a excepción de los ítems 25 y 24, por un lado, y los ítems 26 y 27, por otro, que formaron sendos grupos independientes. Los factores fueron nombrados como: *Autoeficacia en relaciones*, *Autoeficacia en uso de condón*, *Autoeficacia en evaluación de pareja*, *Moralidad sexual tradicional* y *Comunicación con padres sobre sexualidad*.

5.1.2. Confiabilidad. La confiabilidad calculada con el Alfa de Cronbach en cada factor fue satisfactoria, oscilando entre .97 y .84. La consistencia interna general, como ya se ha señalado arriba fue de .92 (Tabla 2).

5.1.3. Validez concurrente. Se comparó la escala SEA-27 contra la Escala de Asertividad Sexual (SAS) cuyas propiedades psicométricas han sido descritas en el punto 4.2. Los resultados pueden verse en la Tabla 3. Las cinco sub-escalas y la puntuación total de la SEA-27 correlacionaron moderada, directa y significativamente contra la sub-escala de Alta asertividad en el uso del condón, lo cual aportó evidencia acerca de que ambas escalas evalúan constructos relacionados aunque independientes.

Por otro lado, se correlacionó la SEA-27 contra el Indicador General de Conductas Sexuales de Riesgo (IGCSR) con los resultados descritos en la Tabla 4. En este análisis, el total de la SEA-27, la Sub-escala de Autoeficacia en Relaciones (decir no, a la posibilidad de tener relaciones con desconocidos, entre otros), y la Sub-escala de Moral sexual, correlacionaron significativa y negativamente contra la frecuencia de relaciones sexuales ocasionales. Por otro lado, la autoeficacia en el uso del condón correlacionó importante y negativamente contra el no uso del condón con la novia (o) y en relaciones de tipo vaginal. Estos resultados, aunque no aportaron validez concurrente para todas las sub-escalas de la SEA-27, aportan evidencia sobre su pertinencia.

Tabla 2
Escala de Autoeficacia para Prevenir el SIDA (SEA-27)
Matriz de Componente Rotado

Ítem	Descripción	Auto eficacia en relaciones	Auto eficacia en Uso de Condón	Auto eficacia en evaluación de pareja	Moralidad sexual tradicional	Comu nicación con padres sobre sexualidad
¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir no, cuando te propone tener relaciones sexuales alguien...						
2	...cuya historia sexual es desconocida para ti.	.928				
3	...cuya historia de drogas es desconocida para ti.	.909				
1	...conocido hace 30 días o menos.	.907				
9	...con quien has estado bebiendo alcohol.	.906				
10	...con quien has estado utilizando drogas.	.892				
8	...que te presiona a tener relaciones sexuales	.883				
5	...a quien deseas tratar de nuevo.	.840				
4	...a quien has tratado con anterioridad.	.820				
7	...a quien necesitas que se enamore de ti.	.812				
¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...						
20	...insistir en el uso del condón durante el acto sexual, incluso si tu novi@ prefiere no usarlo.		.809			
23	...acudir a la tienda a comprar condones.		.773			
16	...usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales.		.765			
18	...usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol.		.762			
17	...usar correctamente el condón.		.743			
22	...contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones.		.708			
21	...negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón.		.706			
19	...usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga (marihuana, resistol, thinner, otro).		.620			
15	...preguntar a tu novi@ si ha tenido alguna experiencia homosexual.			.844		
14	...preguntar a tu novi@ sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado.			.821		
13	...discutir sobre la prevención del SIDA con tu novi@			.758		
12	...preguntar a tu novi@ si se ha inyectado alguna droga.			.758		
25	...mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida.				.832	
24	...no tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio				.798	
27	...platicar con tu mamá sobre temas sexuales.					.892
26	...platicar con tu papá sobre temas sexuales.					.876
S² Explicada		37.9%	15.0%	9.0%	7.1%	4.5%
Alfa de Cronbach		.97	.89	.84	.76	.84

FUENTE: Elaborado con datos propios.

Tabla 3
Correlación entre Escalas SEA-27 y SAS

Descripción	Auto eficacia en relaciones	Auto eficacia en Uso de Condón	Auto eficacia en evaluación de pareja	Moralidad sexual tradicional	Comu nicación con padres sobre sexualidad	Auto eficacia General
Baja Asertividad en uso del condón y prácticas Asertividad sexual		.22**				
Alta Asertividad en uso del condón	.10*	.79**	.17**	.27**	.29**	.12*
Rol sexual Pasivo			-.12*			
Rol sexual Activo			.21**	-.15**		.67**

* p<=.05 **p<=.01 Sólo se reportan correlaciones significativas.

Tabla 4
Correlación entre Escala SEA-27 e IGCSR

Autoeficacia	Conductas Sexuales de Riesgo		
	Relaciones Ocasionales	Uso Condón Relaciones Ocasionales	Uso Condón Novia Relación vaginal
Total Autoeficacia	-,33**		-,19**
Relaciones	-,32**		
Uso Condón	-,18**	-,13*	-,40**
Evalúa Pareja	-,15**		
Moral Sex	-,28**		

* p<=.05 **p<=.01 Sólo se reportan correlaciones significativas.

5.2. Escala de Asertividad Sexual (SAS)

En la presente escala se tratan aspectos importantes como: 1 validez de constructo, 2 confiabilidad y 3, validez concurrente.

5.2.1. Validez de constructo: Estructura factorial.

Se analizaron los 18 ítems originales propuestos por la escala. Se calculó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin para la adecuación de muestreo obteniéndose un valor de .762; la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó una $X^2 = 3459.46$, con $gl = 136$, y $p = .000$; con ambos datos se concluyó la adecuada procedencia del análisis inicial. El análisis practicado permitió obtener una estructura factorial compuesta de cinco factores, que en conjunto explicaron el 70.3% de la varianza con una consistencia interna general calculada por el método alfa de Cronbach de .59 El ítem 8 no logró reunir una carga igual o superior a .40, y

por ello fue excluido. La estructura resultante se muestra en la Tabla 5. Los factores quedaron definidos como:

- **Baja asertividad en uso de condón y prácticas.** Tendencia percibida a ceder a los deseos de la pareja con respecto a prácticas sexuales o no uso de condón, aun a pesar de no estar de acuerdo.
- **Asertividad sexual.** Capacidad percibida de negarse a prácticas sexuales si no se desean.
- **Alta Asertividad en el uso del condón.** Tendencia percibida a sujetar la relación sexual al uso de condón.
- **Rol sexualmente Pasivo.** Tendencia a conferir la iniciativa a la pareja durante la relación sexual.
- **Rol sexualmente Activo.** Tendencia a asumir la iniciativa durante la relación sexual.

5.2.2. Confiabilidad.

Como puede observarse en la Tabla 5, la confiabilidad calculada por el método de Cronbach para cada factor fue superior a la generada por el total de los reactivos juntos (alfa = .59). Aunque la consistencia interna de la escala total roza trabajosamente el límite aceptable, sus factores ostentan índices adecuados entre .71 y .85 cuando se les considera en forma independiente. El ítem 8 fue eliminado a fin de mejorar la confiabilidad del factor 4 donde había quedado asignado, favoreciendo en él una consistencia interna final de .71

5.2.3. Validez concurrente. Como se ha señalado en el punto 4.1.4, se comparó la escala SEA-27 contra la Escala de Asertividad Sexual (SAS). Los resultados pueden verse en la Tabla 4. Las cinco sub-escalas y la puntuación total de la SEA-27 correlacionó moderada, directa y significativamente contra la sub-escala de Alta asertividad en el uso del condón, lo cual aportó evidencia acerca de que ambas escalas evalúan constructos relacionados, aunque independientes.

Por otro lado, se correlacionó el SAS contra el Indicador General de Conductas Sexuales de Riesgo (IGCSR) con los resultados descritos en la Tabla 6. Aquí, la Asertividad alta en el uso del condón correlacionó importante y negativamente contra el no uso del condón en las relaciones con la novia (o) o en relaciones de tipo vaginal. Esto aporta evidencia concurrente parcial con respecto a la SAS.

Tabla 5
Escala de Asertividad Sexual (SAS)
Matriz de Componente Rotado

Ítem	Descripción	Componente				
		Baja Asertividad en uso del condón y prácticas	Asertividad sexual	Alta Asertividad en uso del condón	Rol sexual Pasivo	Rol sexual Activo
16	Si mi pareja así lo desea tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de latex.	.902				
10	Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece.	.890				
14	Si mi pareja insiste tengo relaciones sexuales sin utilizar condón o barrera de latex, incluso aunque yo no quiera.	.712				
13	Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de latex, incluso aunque yo prefiera utilizarlo.	.703				
7	Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no.	.459				
11	Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales aunque me presione.		.866			
12	Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste.		.852			
9	Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste.		.800			
17	Insisto en usar condón o barrera de latex cuando quiero, incluso cuando mi pareja prefiera no usarlo.			.898		
15	Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón o barrera de latex.			.870		
18	Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón o barrera de latex.			.793		
4	En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que acaricie mi cuerpo.				.878	
6	Espero a que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como por ejemplo acariciar mi cuerpo.				.797	
3	En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que me toque los genitales.				.782	
2	Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo.					.842
5	Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo.					.802
1	Inicio relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo.					.623
S2 Explicada		27.3%	17.0%	9.6%	8.4%	8.0%
Alfa Cronbach		.85	.85	.81	.83	.71

FUENTE: Elaborado con datos propios.

Siguiendo los criterios de Sierra, Vallejo-Medina y Santos-Iglesias (2011), se consideraron como ítems inversos los siguientes: 3,4,6,7,8,10,13,14,16. Se sugiere invertir sus valores nuevamente si se desea utilizar los factores de la escala en forma independiente.

Tabla 6
Correlación entre Escala SAS e IGCSR

Asertividad	Conductas Sexuales de Riesgo		
	Relaciones	Uso Condón Relaciones	Uso Condón Novia Relación vaginal
	Ocasionales	Ocasionales	
Asertividad baja Condón Práctica	-.13*		-.18**
Asertividad sexual	-.22**	-.15**	
Asertividad alta condón			-.51**
Ros sexual pasivo			
Rol sexual activo	.12*		.18**

* p<=.05 **p<=.01 Sólo se reportan correlaciones significativas.

5.3. Conductas sexuales de riesgo.

En los subapartados siguientes se muestran los datos con los que se alcanzaron los objetivos del problema 2 de la investigación efectuada: 1 estimación de sexopracticantes, 2 edad de inicio de vida sexual, 3 edad y ejercicio sexual., 4 Partenaires a lo largo de la vida y 5 parejas sexuales en los últimos tres meses.

5.3.1. Actividad sexual en sexopracticantes

Estimación de sexopracticantes. En principio, se depuró la muestra original de 12 casos que al momento de la investigación no contaban con experiencia sexual, es decir no habían tenido relaciones sexuales con otra persona. De los 374 sujetos restantes se identificaron 67 que al ser encuestados confirmaron el no estar ejerciendo su vida sexual; entre este grupo fueron las mujeres las que ostentaron una conducta más conservadora con una mayor participación en el total (Tabla 7; $X^2 = 4.46$, $gl = 1$, $p = .03$).

A partir de aquí se tomó como base del análisis la muestra de sujetos practicantes ($n = 307$ sujetos), es decir, sujetos en ejercicio de su vida sexual (Tabla 7). La muestra ostentó las características sociodemográficas que se resumen en la Tabla 8.

Tabla 7
Muestra de sujetos con experiencia sexual que practican y no su sexualidad al momento de la encuesta

	¿Practican su sexualidad con otro en la actualidad?		
	No	Si	Totales
Mujeres	44 (21.8%)	158 (78.2%)	202 (100%)
Hombres	23 (13.4%)	149 (86.6%)	172 (100%)
Totales	67	307	374 (100%)

FUENTE: Datos propios.

Tabla 8
Resumen de Características sociodemográficas de la muestra de sujetos sexualmente practicantes

Variable	n		
Muestra total	307		
Sexo	f	%	IC al 95%
Femenino	158	51.5	45.9% - 57.1%
Masculino	149	48.5	42.9% - 54.1%
Preferencia sexual			
Heterosexual	285	92.8	89.9% - 95.7%
Homosexual	10	3.3	1.3% - 5.3%
Bisexual	12	3.9	1.7% - 6.1%
Estado civil			
Soltero con pareja	203	66.1	60.8% - 71.4%
Soltero sin pareja	75	24.4	19.6% - 29.2%
Carrera			
Derecho	99	32.2	27.0% - 37.4%
Psicología	58	18.9	14.5% - 23.3%
Informática	34	11.1	7.6% - 14.6%
Administración	34	11.1	7.6% - 14.6%

FUENTE: Datos propios.

Edad de inicio de vida sexual. Se estimó la edad de inicio de la vida sexual obteniéndose una media de edad general de 16.7 años (DE = 2.1). Se encontraron diferencias significativas entre sexos, resultando ser los varones los que inician a una edad más temprana su vida sexual (Hombres, M = 16.2 años, DE = 2.0, Mujeres = 17.3 años, DE = 1.9; $t = 5.09$, $gl = 305$, $p = .000$). Con respecto al tiempo de conocer a la persona con quien tuvieron su primera relación sexual el 47.2% ($n = 145$), tenía meses de conocerla (IC 95%: 41.6% - 52.8%), y el 45.6% ($n = 140$), años, (IC 95%: 40.0% - 51.2%). El 78.5% ($n = 241$), tuvieron esa primera relación sexual con su novia (IC 95%: 73.9% - 83.1%), y el 14.3% ($n = 44$), con una amiga (IC 95%: 10.4% - 18.2%).

Edad y Ejercicio sexual. Se exploró el papel de la edad con respecto al ejercicio o no de la vida sexual entre los sujetos, sin encontrarse diferencias significativas entre las edades de ambos (Sin ejercicio, M = 22.3 años con DE =

2.3; En ejercicio, 22.5 años con DE = 2.6; $t = .516$, $gl = 372$, $p = .606$). Con todo, al comparar hombres vs mujeres en el grupo de los que si practicaban su sexualidad con otro al momento de la encuesta, los varones reportaron una diferencia significativa de aproximadamente un año sobre las mujeres (Mujeres, $M = 22.03$ años, $DE = 2.10$; Hombres, 23.04 años, $DE = 2.95$; $t = 3.42$, $gl = 265.6$, $p = .001$). Sin embargo, hay que recordar que la muestra general ya reportaba esta diferencia en la edad de ambos sexos (cf. Tabla 1).

Partenaires a lo largo de la vida. A fin de calcular con cuantas personas habían tenido relaciones sexuales los sujetos a lo largo de su vida, se eliminaron veinte de ellos en virtud de que registraban datos atípicos, en buena medida improbables (e.g. de 30 a 60 personas). Así, la media final para los varones fue de 6.1 personas ($DE = 4.3$), y para las mujeres de 3.5 personas ($DE = 2.3$). Como puede verse, a lo largo de su vida los hombres parecen ser más activos en la búsqueda de parejas sexuales ($t = 6.16$, $gl = 196.7$, $p = .000$), diferencia que apenas se conservó en la media de parejas sexuales que ambos presentaron en los últimos 3 meses (Mujeres, $M = 1.2$, $DE = 0.74$, Hombres, $M = 1.6$, $DE = 1.3$; $t = 2.97$, $gl = 207.3$, $p = .003$).

Ahora bien; las personas con las que la muestra ha reportado haber tenido relaciones sexuales a lo largo de su vida fueron básicamente: *Novias o Novios* ($n = 303$; 98.7%), *Amigas o Amigos* ($n = 176$; 57.3%) o *Parejas ocasionales* ($n = 132$; 43.0%). Estas proporciones son similares para la primera categoría; para la categoría *Amigos o Amigas*, existen diferencias entre hombres y mujeres; el 76.5% ($n = 114$) de los primeros han tenido estas relaciones en comparación con un 39.2% ($n = 62$), de las mujeres ($X^2 = 43.5$, $gl = 1$, $p = .000$). Algo similar reportaron con relación a *Parejas ocasionales*; los hombres superan ampliamente a las mujeres (Hombres, 60.4%, $n = 90$; Mujeres, 26.6%, $n = 42$; $X^2 = 35.7$, $gl = 1$, $p = .000$), lo que también ocurrió con el tener relaciones con *Sexoservidoras* (Hombres, 8.7%, $n = 13$; Mujeres, 0.06%, $n = 1$; $X^2 = 11.5$, $gl = 1$, $p = .001$).

Últimos tres meses. Al preguntarle a la muestra *¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos tres meses?*, la media general de parejas fue de 1.6

(DE = 1.3), con claras diferencias entre mujeres (M = 1.32, DE = 1.0), y Hombres (M = 1.83, DE = 1.5; $t = 3.39$, $gl = 258.22$ $p = .001$). Las personas con las que han solido tener relaciones sexuales en este periodo son básicamente las novias y novios en su mayor parte, seguido por las amigas y amigos, como puede verse en la Tabla 9

Tabla 9
Frecuencia y personas con las que los sujetos tienen o han tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
Novi@	14.0%	2.6%	18.6%	29.6%	35.2%
Amig@	63.8%	6.5%	15.3%	12.4%	2.0%
Familiar	97.7%	1.6%	0%	0%	0.7%
Pareja ocasional	71.7%	7.5%	10.1%	8.1%	2.6%
Sexoservidor(a)	96.1%	2.0%	1.0%	0%	1.0%

FUENTE: Datos propios.

5.3.2. Prevención

Prevención durante la Primera relación sexual. La Tabla 10 muestra las medidas preventivas que asumió la muestra durante su primera relación sexual. Como puede verse, la gran mayoría recurrió al uso del condón, pero también a otros medios preventivos de manera simultánea. Varios sujetos eligieron más de una medida preventiva en su primera relación sexual. Tanto hombres como mujeres parecen recurrir a las mismas opciones, con excepción del caso de las *Pastillas del día siguiente*. Estas fueron empleadas por un porcentaje importante de mujeres. Por otro lado, es de notar que el 16.6% de la muestra confió en el *Coitus interruptus*, y que el 10.4% no utilizó medidas de prevención.

Tabla 10
Medidas preventivas asumidas por la muestra de sexopracticantes durante su primera relación sexual

Medida preventiva	Hombres y Mujeres		Mujeres		Hombres		p
	n	% ¹	n	% ²	n	% ³	
Condón	244	79.5%	132	83.5%	112	75.2	.069
Pastilla día siguiente	88	28.7%	60	38.0%	28	18.8%	.000
Coitus interruptus	51	16.6%	28	17.7%	23	15.4%	.591
Pastillas	34	11.1%	22	13.9%	12	8.1%	.101
Ninguno	32	10.4%	15	9.5%	17	11.4%	.583
Ritmo	24	7.8%	12	7.6%	12	8.1%	.881

FUENTE: Datos propios. %¹ = Porcentaje calculado sobre n = 307, muestra total. %² = Porcentaje calculado sobre n = 158, el total de mujeres. %³ = Porcentaje calculado sobre n = 149, el total de hombres. p = contraste entre hombres y mujeres mediante X².

Prevención en la actualidad. A fin de conocer las medidas de prevención que emplean los estudiantes, se exploró el uso del condón. Parece existir un uso diferenciado en el uso del condón según el tipo de práctica sexual. Existen claras diferencias entre el número de personas sexo practicantes que si lo usan en prácticas de orden vaginal, oral y anal. La Tabla 11 describe su uso en prácticas de tipo vaginal, oral y anal en la muestra de sujetos sexo practicantes.

Tabla 11
Uso de condón en prácticas sexuales de tipo vaginal, oral y anal.
Proporción del total de la muestra de sexopracticantes que si lo usan

Práctica sexual	n	%	IC 95%	
Si lo usa				
Vaginal	235	76.5%	71.8%	81.2%
Oral	68	22.1%	17.5%	26.7%
Anal	36	11.7	8.1%	15.3%
No lo usa				
Vaginal	57	18.6%	14.2%	23.0%
Oral	77	25.1%	20.2%	30.0%
Anal	204	66.4%	61.1%	71.7%
No lo ha experimentado				
Vaginal	15	4.9%	2.5%	7.3%
Oral	162	52.8%	47.2%	58.4%
Anal	67	21.8%	17.2%	26.4%

FUENTE: Datos propios. % = Porcentajes calculados sobre n =307, muestra total.

De acuerdo con la Tabla 11, el 76.5% de la muestra usó condón en relaciones de tipo vaginal, en tanto sólo un 22.1% y un 11.7% lo emplean en relaciones orales y anales respectivamente; entre los que no usan el condón, destaca el 66.4% de los que sostienen relaciones de tipo anal, lo cual implica un alto riesgo de contagio de ITS.

Prevención actual Hombres vs. Mujeres. Al ahondar en estos datos a través del análisis por sexo, la Tabla 12 describe que en las relaciones sexuales de tipo vaginal, más mujeres suelen emplear el condón (80.4%), en comparación con los hombres (72.5%); pero son estos quienes usan más el condón (34.9%), en sus relaciones orales en comparación a las mujeres (10.1%). En las relaciones anales son los hombres quienes lo utilizan menos (73.2%) que las mujeres (60.1%).

Tabla 12
Uso de condón en prácticas sexuales de tipo vaginal, oral y anal.
Proporciones de sexopracticantes por sexo.

Práctica sexual	Mujeres (n = 158)			Hombres (n = 149)		
	n	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Si lo usa						
Vaginal	127	80.4%	74.2 – 86.6	108	72.5%	65.3 – 79.7
Oral	16	10.1%	5.4 – 14.8	52	34.9%	27.2 – 42.6
Anal	16	10.1%	5.4 – 14.8	20	13.4%	7.9 – 18.9
No lo usa						
Vaginal	21	13.3%	8.0 – 18.6	36	24.2%	17.3 – 31.1
Oral	40	25.3%	18.5 – 32.1	37	24.8%	17.9 – 31.7
Anal	95	60.1%	52.5 – 67.7	109	73.2%	66.1 – 80.3
No lo ha experimentado						
Vaginal	10	6.3%	2.5 – 10.1	5	3.4	0.5 – 6.3
Oral	102	64.6%	57.1 – 72.1	60	40.3%	32.4 – 48.2
Anal	47	29.7%	22.6 – 36.8	20	13.4%	7.9 – 18.9

FUENTE: Datos propios.

Infidelidad con y sin pareja. Explorando el uso del condón en aquellos sujetos que han experimentado con relaciones de tipo vaginal, oral y anal, se investigó la relación entre el tener o no pareja y la proclividad a la infidelidad. Se definió como *proclive a la infidelidad* a aquellos sujetos que a la pregunta “*Teniendo una pareja estable, ¿has tenido relaciones sexuales ocasionales con alguien más?*” eligieron las respuestas: *Casi nunca, Ocasionalmente, Frecuentemente o Siempre*; los que eligieron la respuesta *Nunca*, fueron clasificados como *No proclives a la infidelidad*. Los resultados se muestran en la Tabla 13.

En las relaciones vaginales se aprecia que las personas que no poseen una pareja estable usan más el condón (90%), que las que sí la tienen (77.5%). Este efecto no es apreciable en las relaciones de tipo anal u oral, donde no se halló una relación significativa. Ninguna de las comparaciones hechas con la variable infidelidad resultó significativa, por lo que se concluye que esta variable no parece influir la decisión de usar o no condón.

Tabla 13
Uso de condón en practicantes que al momento de la encuesta practicaban su sexualidad.
Uso de condón en sujetos con y sin pareja actual, con y sin proclividad a la infidelidad.

Muestra de practicantes actuales de vida sexual			Muestra de Practicantes que inciden en infidelidad			
Relaciones de tipo vaginal						
	No	Si	Totales	No	Si	Totales
Sin pareja	7 10.0%	63 90.0%	70 100,0%	7 13,5%	45 86,5%	52 100,0%
Con pareja	50 22.5%	172 77.5%	222 100,0%	23 24,0%	73 76,0%	96 100,0%
Totales	57 19,5%	235 80,5%	292 100,0%	30 20,3%	118 79,7%	148 100,0%
$X^2 = 5.31, gl = 1, p = .021$			$X^2 = 2.30, gl = 1, p = .129$			
Relaciones de tipo anal						
Sin pareja	51 86,4%	8 13,6%	59 100,0%	40 87,0%	6 13,0%	46 100,0%
Con pareja	153 84,5%	28 15,5%	181 100,0%	75 87,2%	11 12,8%	86 100,0%
Totales	204 85,0%	36 15,0%	240 100,0%	115 87,1%	17 12,9%	132 100,0%
$X^2 = 0.127, gl = 1, p = .721$			$X^2 = .002, gl = 1, p = .967$			
Relaciones de tipo oral						
Sin pareja	16 40,0%	24 60,0%	40 100,0%	12 36,4%	21 63,6%	33 100,0%
Con pareja	61 58,1%	44 41,9%	105 100,0%	29 50,9%	28 49,1%	57 100,0%
Totales	77 53,1%	68 46,9%	145 100,0%	41 45,6%	49 54,4%	90 100,0%
$X^2 = 3.80, gl = 1, p = .051$			$X^2 = 1.775, gl = 1, p = .183$			

FUENTE: Datos propios

Partenaires actuales y uso del condón. ¿Con quién tienen relaciones sexuales los sujetos encuestados, y con qué frecuencia usan el condón con ellos? Básicamente son tres los principales proveedores de actividad sexual: *Novia(o)*, *Amigas(os)* y *Proveedores (as) ocasionales*, seguidas en menor medida por la categoría *Sexoservidoras (es)*. Por su bajo número de elecciones, no se incluyeron en el análisis las categorías *Cónyuge* y *Familiares* (Tabla 14).

La comparación entre sexos con respecto a las relaciones sexuales con *novias* y *amigas* no reportó diferencias significativas; es interesante notar que para las *novias (os)* el uso del condón se circunscribe a alrededor del 41% de las

ocasiones para la opción de respuesta *Siempre*, y el 21.4% para la opción *Frecuentemente*. Para la categoría *amigas (os)*, los porcentajes son, respectivamente, 55.7% y 22.6%. Esto muestra que existe un porcentaje de sujetos que no emplean el condón en estas relaciones, exponiéndose.

En *relaciones ocasionales y sexoservidoras (es)*, sí se encontraron diferencias. En *Relaciones ocasionales*, las mujeres suelen protegerse más que los hombres, dejando sólo un 27.6% de ellas que no lo hacen siempre. Un alarmante 61% de los hombres, tampoco se protege siempre. La comparación en la categoría de *sexoservidoras (es)*, reportó lo contrario a favor de los hombres, aunque con un reducido número de casos.

5.3.3. Conductas o situaciones de alto riesgo

Sexo bajo alcohol o drogas. Se preguntó a los sujetos la frecuencia con la que solían mantener relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol o las drogas. Las respuestas se muestran en la Tabla 15. Los resultados muestran que al parecer es más frecuente incidir en esta conducta de riesgo bajo el influjo del alcohol que de las drogas. El 37.4% de la muestra incurre en esta conducta (*Alcohol / Sexo*), de *ocasionalmente a siempre*. Cuando se analizan estos datos por sexo, se obtiene que los hombres inciden mayoritariamente con respecto a las mujeres a razón de 2.23 a 1. Con respecto al consumo de drogas se halló que la frecuencia era más baja; sólo el 8.2% de los sujetos incurre en esta conducta (*Drogas / Sexo*), de *ocasionalmente a siempre*, pero la razón entre Hombres y Mujeres es notablemente mayor que en el alcohol; aquí se encuentran 5.64 hombres por cada mujer incidente.

Sexo en grupo. Esta práctica sexual fue muy poco frecuente en la muestra investigada. Solamente una mujer y 11 hombres la practican; diferencia que reportó valores significativos ($p < .000$). (Tabla 16).

Sexo a cambio de algo. Con respecto a la realización de relaciones sexuales a cambio de recibir algo, se obtuvo que la frecuencia con que esta conducta

ocurre es muy baja y más común en hombres; entre los que la llevaron a cabo existe una razón de 8.33 hombres por cada mujer (Tabla 17).

Tabla 14
¿Con qué frecuencia usan condón y con quién?

Novia(o)					
	Casi nunca	Ocasional mente	Frecuente mente	Siempre	Totales
Mujer	22 18,0%	33 27,0%	24 19,7%	43 35,2%	122 100,0%
Hombre	16 14,3%	17 15,2%	26 23,2%	53 47,3%	112 100,0%
Total	38 16,2%	50 21,4%	50 21,4%	96 41,0%	234 100,0%
X² = 6.77, gl = 3, p = .079					
Amiga (o)					
	Casi nunca	Ocasional mente	Frecuente mente	Siempre	Totales
Mujer	1 3,1%	3 9,4%	6 18,8%	22 68,8%	32 100,0%
Hombre	6 7,2%	15 18,1%	20 24,1%	42 50,6%	83 100,0%
Total	7 6,1%	18 15,7%	26 22,6%	64 55,7%	115 100,0%
X² = 3.41, gl = 3, p = .332					
Ocasional					
	Casi nunca	Ocasional mente	Frecuente mente	Siempre	Totales
Mujer	0 0,0%	4 13,8%	4 13,8%	21 72,4%	29 100,0%
Hombre	3 5,1%	15 25,4%	18 30,5%	23 39,0%	59 100,0%
Total	3 3,4%	19 21,6%	22 25,0%	44 50,0%	88 100,0%
X² = 9.21, gl = 3, p = .027					
Sexoservidor(a)					
	Casi nunca	Ocasional mente	Frecuente mente	Siempre	Totales
Mujer	0 0,0%	1 50,0%	0 0,0%	1 50,0%	2 100,0%
Hombre	2 18,2%	0 0,0%	0 0,0%	9 81,8%	11 100,0%
Total	2 15,4%	1 7,7%	0 0,0%	10 76,9%	13 100,0%
X² = 8.59, gl = 3, p = .035					

FUENTE: Datos propios

Tabla 15
Consumo de Alcohol y Drogas durante las relaciones sexuales por sexo
Alcohol

	Nunca	Casi nunca	Ocasional mente	Frecuente mente	Siempre	No bebo	Total
Mujer	53 33,5%	41 25,9%	27 17,1%	9 5,7%	1 0,6%	27 17,1%	158 100,0%
Hombre	26 17,4%	30 20,1%	44 29,5%	26 17,4%	8 5,4%	15 10,1%	149 100,0%
Total	79 25,7%	71 23,1%	71 23,1%	35 11,4%	9 2,9%	42 13,7%	307 100,0%

X² = 31.8, gl = 5, p = .000

	Nunca	Casi nunca	Ocasional mente	Frecuente mente	Siempre	No bebo	Total
Mujer	54 34,2%	3 1,9%	3 1,9%	1 0,6%	0 0,0%	97 61,4%	158 100,0%
Hombre	52 34,9%	9 6,0%	12 8,1%	6 4,0%	3 2,0%	67 45,0%	149 100,0%
Total	106 34,5%	12 3,9%	15 4,9%	7 2,3%	3 1,0%	164 53,4%	307 100,0%

X² = 20.2, gl = 5, p = .001

FUENTE: Datos propios.

Tabla 16
Frecuencia de sexo en grupo

	Nunca	Casi nunca	Ocasional mente	Total
Mujer	155 98,1%	2 1,3%	1 0,6%	158 100,0%
Hombre	115 77,2%	23 15,4%	11 7,4%	149 100,0%
Total	270 87,9%	25 8,1%	12 3,9%	307 100,0%

X² = 31.66, gl = 2, p = .000

FUENTE: Datos propios.

Tabla 17
Frecuencia de relaciones sexuales a cambio de algo

	Nunca	Casi nunca	Total
Mujer	155 98,1%	3 1,9%	158 100,0%
Hombre	124 83,2%	25 16,8%	149 100,0%
Total	279 90,9%	28 9,1%	307 100,0%

X² = 20.48, gl = 1, p = .000

FUENTE: Datos propios.

Conocimiento y/o Padecimiento de ETS. Se investigó la percepción de conocimiento acerca de enfermedades de transmisión sexual y el haber padecido alguna. Chancros y Candidiasis son las categorías sobre las que parece existir mayor frecuencia de desconocimiento. Sólo un caso de contagio se reportó para Papiloma y 9 para Candidiasis (Tabla 18).

Tabla 18
Infecciones de Transmisión Sexual
Conocimiento o Padecimiento.

ITS	¿Conoces?			¿Infectado?		
	Si	No	P	Si	No	p
VIH-SIDA	306	1	.000	0	307	.000
Papiloma	300	7	.000	1	306	.000
Sífilis	281	26	.000	0	307	.000
Gonorrea	287	20	.000	0	307	.000
Herpes genital	292	15	.000	0	307	.000
Chancros	159	148	.568	0	307	.000
Candidiasis	155	152	.909	9	298	.000

FUENTE: Datos propios.

Historia de abuso sexual. Finalmente, se preguntó a los sujetos acerca de haber padecido abuso sexual en alguna época de su vida, con los resultados descritos en la Tabla 19. El abuso se presentó con mayor frecuencia en las mujeres y a lo largo de los diferentes periodos considerados.

Tabla 19
¿Ha padecido abuso sexual en alguna época de su vida?

	0 a 3 años	4 a 6 años	7 a 11 años	12 a 18 años	19 +	Total
Mujer	0 0.0%	4 2.5%	2 1.3%	5 3.2%	2 1.3%	13 100%
Hombre	1 0.7%	0 0.0%	3 2.0%	0 0.0%	4 2.7%	8 100%
Total	1 0.3%	4 1.3%	5 1.6%	5 1.6%	6 2.0%	21 100%
p	.302	.051	.605	.029	.369	

FUENTE: Datos propios. n Total: 307 n Hombres: 149 n Mujeres: 158 $X^2 = 20.2$, $gl = 4$, $p = .001$

5.3.4. Autoeficacia sexual, Asertividad sexual y Conductas sexuales de riesgo.

Derivado del estudio se construyeron dos indicadores.

5.3.4.1. Indicador General de Conductas Sexuales de Riesgo (IGCSR)

A fin de contar con un indicador de conductas sexuales de riesgo que permitiese analizar las relaciones entre este constructo y las escalas de Autoeficacia sexual y Asertividad sexual, se desarrolló un *Indicador General de Conductas Sexuales de Riesgo* a partir de los ítems empleados para evaluar estas prácticas en la presente investigación. Ello permitió clasificar a los sujetos de la muestra con base en la frecuencia en la que incurren en este tipo de conductas, desde una perspectiva general, dado que algunos sujetos cumplen con algunas conductas protectoras, y no con otras; en conjunto, las conductas de riesgo arrojarían un indicador general de riesgo. Siguiendo esta lógica se seleccionaron aquellos reactivos que mostraron en análisis previos una frecuencia importante en la muestra de sexopracticantes; variables como el haber sido infectado por una ITS, cuya frecuencia en varios casos fue prácticamente inexistente, no fueron incluidos.

A partir de estos reactivos se practicó un análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales con rotación varimax y eigenvalues mayores a 1; la medida de Kaiser-Meyer-Olkin para la adecuación de muestreo arrojó .725, y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa con una $p = .000$, lo cual aprobó el seguimiento del procedimiento de análisis factorial a los datos. Así, se obtuvo una estructura compuesta de 3 factores con 10 reactivos, que en conjunto explicaron el 74.3% de la varianza con una consistencia interna general por el método de Cronbach de .69. La confiabilidad de cada factor fue superior a la general como puede observarse en la estructura resultante que ha sido incluida en la Tabla 20. Los reactivos iniciales de CSR se describen en la Tabla 21.

Tabla 20
Indicador General de Conductas Sexuales de Riesgo
Estructura factorial

Reactivo	Relaciones sexuales ocasionales	Uso de condón en relaciones ocasionales	Uso de condón con novia y vaginal
03. Frecuencia de relaciones sexuales con ocasionales en los últimos 3 meses.	.865		
02. Frecuencia de relaciones sexuales con amigas en los últimos 3 meses.	.864		
15. Frecuencia de relaciones sexuales con alguien adicional a la pareja estable (infidelidad).	.818		
01. Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses	.706		
13. Frecuencia de uso de condón en relaciones ocasionales		.957	
14. Frecuencia de uso de condón con sexoservidoras		.929	
12. Frecuencia de uso de condón con amigas		.914	
08. Frecuencia de uso de condón			.863
11. Frecuencia de uso de condón con novia			.858
05. Uso de condón en relaciones de tipo vaginal			.761
%Varianza explicada	28.0%	26.7%	19.6%
Confiabilidad Alfa de Cronbach	.82	.92	.70

FUENTE: Datos propios

Tabla 21
Conductas Sexuales de Riesgo
Items considerados para la estimación del
Indicador General de Conductas Sexuales de Riesgo (IGCSR).

Indicador	Codificación
1. Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses.	Valor proporcionado por el sujeto
2. Frecuencia de relaciones sexuales con Amigas en los últimos 3 meses.	"0" : nunca "1" : Casi nunca "2" : Ocasionalmente "3" : Frecuentemente "4" : Siempre
3. Frecuencia de relaciones sexuales Ocasionales en los últimos 3 meses.	Idem
4. Frecuencia de relaciones sexuales con Sexoservidoras en los últimos 3 meses.	Idem
5. Uso de condón de relaciones vaginales.	"0" : Si y No lo he experimentado "1" : No.
6. Uso de condón de relaciones orales.	Idem
7. Uso de condón de relaciones anales.	Idem
8. Frecuencia de uso del condón.	"4" : nunca "3" : Casi nunca "2" : Ocasionalmente "1" : Frecuentemente "0" : Siempre
9. Practicar relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol	"0" : nunca "1" : Casi nunca "2" : Ocasionalmente "3" : Frecuentemente "4" : Siempre "9" : No bebo (perdido)
10. Practicar relaciones sexuales bajo el influjo de drogas	"0" : nunca "1" : Casi nunca "2" : Ocasionalmente "3" : Frecuentemente "4" : Siempre "9" : No uso drogas (perdido)
11. Frecuencia de uso de condón con Novia.	"4" : nunca "3" : Casi nunca "2" : Ocasionalmente "1" : Frecuentemente "0" : Siempre "9" : No aplica (perdido)
12. Frecuencia de uso de condón con Amiga.	Idem
13. Frecuencia de uso de condón con relaciones ocasionales.	Idem
14. Frecuencia de uso de condón con Sexoservidoras.	Idem
15. Frecuencia de relaciones sexuales con alguien adicional a la pareja estable (infidelidad)	"0" : nunca "1" : Casi nunca "2" : Ocasionalmente "3" : Frecuentemente "4" : Siempre

FUENTE: Datos propios

5.3.4.2. Relación entre Autoeficacia sexual y Asertividad sexual, y Conductas sexuales de riesgo.

A fin de evaluar la relación entre Autoeficacia sexual y Asertividad sexual, y Conductas sexuales de riesgo, se procedió a clasificar a la muestra en dos grupos opuestos entre sí: Por un lado, un grupo con baja incidencia de CSR, y por otro, un grupo con alta incidencia de CSR. Al efecto, se calcularon los valores correspondientes al primero y tercer cuartil de los valores totales del IGCSR, con los resultados descritos en la Tabla 22.

Tabla 22
Grupos de mayor y menor incidencia de CSR

Grupo	Rango de puntuaciones	Tamaño de la muestra
1 Baja incidencia CSR	0 a 5	94
2 Alta incidencia CSR	15 a 33	84

FUENTE: Datos propios

Empleando los grupos de baja y alta incidencia de CSR se procedió a contrastarlos mediante el empleo de la prueba U de Mann Whitney, en virtud de que los datos no contaban con una distribución normal. Los resultados se muestran en la Tabla 23

Tabla 23
Contraste entre los medios de baja y alta incidencia en CSR en variables de Autoeficacia sexual y Asertividad sexual

	Grupo 1 Baja Incidencia CSR		Grupo 2 Alta Incidencia CSR		p
	M	DE	M	DE	
Autoef Relaciones	37,51	11,720	29,85	12,701	,000
Autoef Uso Condón	36,49	4,113	29,81	8,055	,000
Autoef_Eval_Pareja	18,52	2,285	17,04	3,941	,017
Autoef Moral Sex	5,59	2,698	4,07	2,399	,000
Autoef Comunic Padres	6,63	2,862	6,44	2,721	,580
Total autoeficacia	104,73	16,162	87,20	20,626	,000
Aserti Baja Uso Condón	14,67	5,445	11,93	5,555	,000
Aserti Sexual	7,19	4,276	4,98	4,045	,000
Aserti Alta uso Condón	13,70	1,436	11,82	2,537	,000
Aserti Rol Pasivo	6,81	3,424	6,61	3,412	,706
Aserti Rol Activo	6,98	3,246	7,94	3,102	,052

FUENTE: Datos propios

Este análisis aporta evidencia acerca de que los grupos con mayores niveles de autoeficacia sexual y asertividad sexual, en la mayoría de las variables consideradas, incurren en menores grados de incidencia de conductas sexuales de riesgo, y viceversa.

Ahora bien; a fin de conocer si existen las mismas relaciones encontradas en un análisis por género se procedió a elaborar el mismo análisis para hombres y mujeres por separado con los resultados descritos en las Tablas 24 y 25

Para el caso de la muestra femenina, los grupos 1 y 2 quedaron representados por 60 y 32 mujeres respectivamente.

Tabla 24
Contraste entre los medios de baja y alta incidencia en CSR en variables de Autoeficacia sexual y Asertividad sexual
Muestra de Mujeres

	Grupo 1 Baja Incidencia CSR		Grupo 2 Alta Incidencia CSR		p
	M	DE	M	DE	
Autoef Relaciones	38,17	13	35,47	13.87	0.121
Autoef Uso Condón	36,62	4	33,00	6.40	0.005
Autoef_Eval_Pareja	18,77	2.08	17,50	3.98	0.257
Autoef Moral Sex	5,80	2.66	4,44	2.61	0.014
Autoef Comunic Padres	6,30	2.85	7,09	2.69	0.237
Total autoeficacia	105,65	17.28	97,50	20.43	0.034
Aserti Baja Uso Condón	15,20	5.26	14,59	4.80	0.268
Aserti Sexual	8,10	4.10	5,31	4.31	0.002
Aserti Alta uso Condón	13,78	1.43	12,38	2.69	0.007
Aserti Rol Pasivo	6,85	3.44	7,13	3.34	0.668
Aserti Rol Activo	6,95	3.33	8,16	3.12	0.092

FUENTE: Datos propios

Para el caso de la muestra masculina, los grupos 1 y 2 quedaron representados por 34 y 52 hombres respectivamente.

Tabla 25
Contraste entre los medios de baja y alta incidencia en CSR en variables de
Autoeficacia sexual y Asertividad sexual
Muestra de Hombres

	Grupo 1 Baja Incidencia CSR		Grupo 2 Alta Incidencia CSR		p
	M	DE	M	DE	
Autoef Relaciones	36,35	9.77	26,38	10.65	0.000
Autoef Uso Condón	36,26	4.17	27,85	8.39	0.000
Autoef_Eval_Pareja	18,09	2.59	16,75	3.93	0.162
Autoef Moral Sex	5,21	2.76	3,85	2.25	0.018
Autoef Comunic Padres	7,21	2.84	6,04	2.69	0.054
Total autoeficacia	103,12	14.06	80,87	18.20	0.000
Aserti Baja Uso Condón	13,74	5.71	10,29	5.39	0.005
Aserti Sexual	5,59	4.16	4,77	3.90	0.357
Aserti Alta uso Condón	13,56	1.46	11,48	2.41	0.000
Aserti Rol Pasivo	6,74	3.44	6,29	3.45	0.594
Aserti Rol Activo	7,03	3.15	7,81	3.11	0.299

FUENTE: Datos propios

Se analizó la existencia de diferencias significativas por género entre la baja y alta incidencia de CSR; los hombres sobrepasan a las mujeres en buena medida en la proporción de sujetos que producen una alta incidencia de CSR (Tabla 26).

Tabla 26
Frecuencia de Baja y Alta incidencia de CSR por sexo

	Baja incidencia	Alta incidencia	Total
Mujer	60	32	92
	65.2%	34.8%	100%
Hombre	34	52	86
	39.5%	60.5%	100%
Total	94	84	178
	52.8%	47.2%	100%

$X^2 = 11.7$, $gl = 1$, $p = .001$

FUENTE: Datos propios.

Se compararon las medias de puntuaciones del IGCSR y sus componentes; existen diferencias estadísticamente significativas entre los sexos en las variables *Relaciones sexuales ocasionales*, *Uso del condón en estas relaciones*

y en el IGCSR. El *Uso del condón con la novia (o)* y en relaciones de tipo vaginal ambos sexos mantienen puntajes similares. Efectivamente, en general los hombres parecen incurrir con mayor frecuencia en CSR (Tabla 27).

Tabla 27
Contraste entre las medias de baja y alta incidencia en CSR en variables de Autoeficacia sexual y Asertividad sexual
Muestra de Hombres

	Mujeres (n = 158)		Hombres (n = 149)		p
	M	DE	M	DE	
Relaciones sexuales ocasionales	2.61	2.72	5.21	4.25	.000
Uso de condón en relaciones ocasionales	2.86	4.88	3.19	4.22	.023
Uso de condón con novia (o) y en relación tipo vaginal	3.34	2.75	2.99	2.95	.172
Total IGCSR	8.80	6.11	11.39	7.40	.002

FUENTE: Datos propios

CONCLUSIONES

Los objetivos de la presente investigación fueron determinar las características del comportamiento sexual de estudiantes universitarios en la Ciudad de México, en términos de la ocurrencia de conductas sexuales de riesgo, evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para la Prevención del SIDA (SEA-27) y la escala de Asertividad Sexual (SAS), además de analizar la frecuencia y la relación de conductas sexuales de riesgo con las variables de autoeficacia sexual y asertividad sexual.

-
1. **Problema:** ¿Son válidos y **Objetivo:** Determinar para el SEA-27 confiables la Escala de Autoeficacia y la SAS:
para la prevención del SIDA (SEA-27) -Validez de constructo
y la Escala de Asertividad sexual -Validez concurrente
(SAS), en sujetos universitarios? -Consistencia interna
-

Escala de Autoeficacia para la prevención del SIDA (SEA-27)

Validez de constructo: Estructura factorial.

Se analizaron los 27 ítems originales propuestos por la escala. La estructura factorial más claramente definida se obtuvo después de eliminar los ítems 6 y 11; esta presentó cinco factores que en conjunto explicaron el 73.5% de la varianza, con una consistencia interna calculada por el método alfa de Cronbach de .92.

Validez concurrente. Al comparar la escala SEA-27 vs la Escala de Asertividad Sexual (SAS) se obtuvo una correlación moderada, directa y significativa contra la sub-escala de Alta asertividad en el uso del condón, esto demuestra que ambas escalas evalúan constructos relacionados pero independientes.

Por otro lado, se correlacionó la SEA-27 contra el Indicador General de Conductas Sexuales de Riesgo (IGCSR), el total de la SEA-27, la Sub-escala de Autoeficacia en Relaciones (decir no, a la posibilidad de tener relaciones con desconocidos, entre otros), y la Sub-escala de Moral sexual, correlacionaron significativa y negativamente contra la frecuencia de relaciones sexuales ocasionales.

Escala de Asertividad Sexual (SAS)

Validez de constructo: Estructura factorial.

Se analizaron los 18 ítems originales propuestos por la escala. Se calculó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin para la adecuación de muestreo obteniéndose un valor de .762; la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó una $X^2 = 3459.46$, con $gl = 136$, y $p = .000$; con ambos datos se concluyó la adecuada procedencia del análisis inicial. El análisis practicado permitió obtener una estructura factorial compuesta de cinco factores, que en conjunto explicaron el 70.3% de la varianza con una consistencia interna general calculada por el método alfa de Cronbach de .59 El ítem 8 no logró reunir una carga igual o superior a .40, y por ello fue excluido.

Validez concurrente.

Se comparó la escala SEA-27 contra la Escala de Asertividad Sexual (SAS). Los resultados pueden verse en la Tabla 6. Las cinco sub-escalas y la puntuación total de la SEA-27 correlacionó moderada, directa y significativamente contra la sub-escala de Alta asertividad en el uso del condón, lo cual aportó evidencia acerca de que ambas escalas evalúan constructos relacionados, aunque independientes.

Por otro lado, se correlacionó el SAS contra el contra el Indicador General de Conductas Sexuales de Riesgo (IGCSR), la Asertividad alta en el uso del condón correlacionó importante y negativamente contra el no uso del condón en las relaciones con la novia (o) o en relaciones de tipo vaginal. Esto aporta evidencia concurrente parcial con respecto a la SAS.

2. Problema: ¿Qué frecuencia y	Objetivo: Determinar:
cuálidad tiene la actividad sexual de	-Frecuencia de sexopracticantes
los estudiantes universitarios con vida	-Edad de inicio
sexual activa	-Edad y ejercicio sexual
	Partenaires a lo largo de la vida y últimos 3 meses

Frecuencia de sexopracticantes: El 82% del total de la muestra tenía una vida sexual activa. El 78.2% de las mujeres y el 86.6% de los hombres tenían una vida sexual activa.

Edad de inicio: En general, la edad de inicio de la vida sexual fue 16.7 años (DE = 2.1). El análisis por sexo aportó diferencias significativas para Hombres (16.2, DE = 2.0) y Mujeres (17.3, DE = 1.9). Así, las mujeres inician un año después que los hombres antes de la mayoría de edad en ambos casos.

Edad y ejercicio sexual: La edad no parece estar relacionada o condicionar una vida sexual activa en los sujetos al momento de la encuesta. No hay

diferencias significativas entre las edades de quienes tienen una vida sexual activa y los que no.

Partenaires a lo largo de la vida y últimos 3 meses: A lo largo de su vida, los hombres reportaron haber tenido una media de 6.1 parejas sexuales (DE = 4.3) y las mujeres 3.5 (DE = 2.3), diferencia estadísticamente significativa. En los últimos 3 meses las medias fueron, respectivamente: M = 1.6, DE = 1.3 y M = 1.2, DS = 0.74, $p = .003$. En general, las personas con quienes suelen mantener relaciones sexuales son sus novias (os) (98.7%), Amigas (os) (57.3%) y parejas ocasionales (43%).

<p>3. Problema: ¿Con qué frecuencia se presentan las Conductas Sexuales de Riesgo en sujetos universitarios?</p>	<p>Objetivo: Determinar</p> <ul style="list-style-type: none"> -Frecuencia de uso de condón en primera relación sexual. -Frecuencia de uso actual del condón -Frecuencia de Infidelidad Frecuencia de uso del condón con partenaires actuales. -Frecuencia de relaciones sexuales bajo influjo de alcohol y drogas. -Frecuencia de relaciones sexuales en grupo. -Frecuencia de comercio de relaciones sexuales. -Frecuencia de Conocimientos y/o Padecimientos de ETS -Historia de abuso sexual
---	--

Frecuencia de uso de condón en primera relación sexual. 244 sujetos (79.5%); 132 mujeres (83.5%) y 112 hombres (75.2%)

Frecuencia de uso actual del condón. Varía según el tipo de actividad. Relaciones vaginales: 235 sujetos (76.5%); Relaciones orales: 68 sujetos (22.1%); Relaciones anales: 36 sujetos (11.7%). Al realizar el análisis por sexo

se halló que las mujeres se protegen menos en las relaciones orales y anales en comparación con los hombres, que se protegen más.

Frecuencia de Infidelidad. Las personas que no poseen una pareja estable parecen usar más el condón que las que sí la tienen. La infidelidad no parece ser una variable relacionada con un mayor o menor uso del condón.

Frecuencia de uso del condón con partenaires actuales. Con novias (os) el uso del condón ocurre sólo en el 41% de los casos en la categoría “siempre los uso” y 21.4% en la categoría “frecuentemente los uso”. Para la categoría de Amigas (os), los porcentajes son, respectivamente 55.7% y 22.6%. Para la categoría de relaciones ocasionales las mujeres se protegen siempre en el 27.6% de los casos; el 61% de los hombres no se protege siempre. De lo anterior se concluye que el uso del condón es inconstante y la frecuencia de conductas sexuales de riesgo, alta.

Frecuencia de relaciones sexuales bajo influjo de alcohol y drogas. El 37.4% incurre en relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol. Los hombres incurren en esta conducta en una razón de 2.23 por cada mujer. Sólo el 8.2% de los sujetos mantiene relaciones sexuales bajo el influjo de las drogas.

Frecuencia de relaciones sexuales en grupo. Muy poco frecuente; sólo 11 hombres y 1 mujer reportaron practicarlo.

Frecuencia de comercio de relaciones sexuales. Muy poco frecuente; 25 hombres y 3 mujeres, con muy baja frecuencia.

Frecuencia de Conocimientos y/o Padecimientos de ETS. 148 sujetos (48.2%) no conocen sobre Chancros y 152 (49.5%) no conocen sobre Candidiasis. Sólo se reportó una infección por Papiloma.

Historia de abuso sexual. Sólo se reportaron 21 casos (13 mujeres y 8 hombres) que fueron abusados sexualmente en distintos momentos a lo largo de su vida.

4. Problema: ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre sujetos con alta y baja frecuencia de CSR con respecto a Autoeficacia sexual?

Objetivo: Determinar -Existencia de diferencias estadísticamente significativas entre sujetos con baja incidencia de CSR y sujetos con alta incidencia de CSR en la condición *Autoeficacia sexual*.

Hipótesis:

Ho. No existen diferencias significativas entre la alta y baja incidencia de CSR en cuanto a Autoeficacia sexual.

Ho. Alta CSR = Baja CSR en Autoeficacia sexual.

H1. Si existen diferencias significativas entre la alta y baja incidencia de CSR en cuanto a Autoeficacia sexual.

H1. Alta CSR \neq Baja CSR en Autoeficacia sexual.

Existe evidencia acerca de que los grupos con mayores niveles de autoeficacia sexual, en la mayoría de las variables consideradas, incurren en menores grados de incidencia de conductas sexuales de riesgo, y viceversa.

Se analizó la existencia de diferencias significativas por género entre la baja y alta incidencia de CSR; los hombres sobrepasan a las mujeres en buena medida en la proporción de sujetos que producen una alta incidencia de CSR, siendo en ellos el 60.5% y en ellas 34.8%

5. Problema: ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre sujetos con alta y baja frecuencia de CSR con respecto a Asertividad sexual?

Objetivo: - Determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre sujetos con baja incidencia de CSR y sujetos con alta incidencia de CSR en la condición *Asertividad sexual*.

Hipótesis:

Ho. No existen diferencias significativas entre la alta y baja incidencia de CSR en cuanto a Asertividad sexual.

Ho. Alta CSR = Baja CSR en Asertividad sexual.

H1. Si existen diferencias significativas entre la alta y baja incidencia de CSR en cuanto a Asertividad sexual.

H1. Alta CSR \neq Baja CSR en Asertividad sexual

Existe evidencia acerca de que los grupos con mayores niveles de asertividad sexual, en la mayoría de las variables consideradas, incurren en menores grados de incidencia en conductas sexuales de riesgo, y viceversa.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL ESTUDIO.

La presente investigación constituye una aportación al conocimiento de las conductas sexuales de riesgo en México, al contribuir a la validación de dos instrumentos de medición relacionados con este importante problema de salud.

Por otro lado, se ha explorado la frecuencia con la que se presentan las conductas sexuales de riesgo en una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad de México, siguiendo en ello el esfuerzo de otros investigadores que con la misma inquietud han analizado muestras equivalentes de universidades de la misma localidad. Esfuerzos como este son necesarios a fin de conocer la respuesta que han dado los jóvenes mexicanos al problema de las infecciones de transmisión sexual. Al efecto hemos podido dar cuenta de la medida en que hallazgos como el no uso del preservativo en modalidades de ejercicio sexual como el sexo oral y anal, continúan siendo una potencial fuente de contagio de ITS. Esperamos que los datos vertidos al respecto contribuyan al seguimiento de campañas de prevención eficientes entre la población universitaria.

También se ha podido dar cuenta de la importancia de la relación entre las variables autoeficacia sexual, asertividad sexual y las conductas sexuales de riesgo ya que los resultados de la presente investigación demuestran que los jóvenes que cuentan con niveles altos de asertividad sexual y autoeficacia sexual incurren en menores grados de incidencia en conductas sexuales de riesgo, y viceversa. Lo cual concuerda con el estudio realizado por Osorio; et al, (2017), en el cual encontraron que las personas que son más asertivas sexualmente, también son más autoeficaces para prevenir el VIH/SIDA o cualquier otra ETS, lo cual favorece a tener conductas sexuales sanas.

Otro punto importante a considerar es la necesidad de llevar a cabo investigaciones similares a la presente que consideren muestras aleatorias, a fin de estar en condiciones de poder generalizar los resultados, en este caso, a toda la población de la Universidad Latina. Los resultados de la presente investigación son en ese sentido, limitados.

En términos puramente académicos, esta investigación formó parte de un proyecto más amplio sobre CSR. Los hallazgos reportados aquí coinciden con los reportados en otro informe similar en virtud de que constituyen aproximaciones relacionadas. Con todo, en este trabajo han coincidido los esfuerzos de estudiantes e investigadores en el desarrollo de una investigación que pone a prueba la idea de formar investigadores a través de su incorporación a un trabajo conjunto entre ellos. La experiencia aportó datos que permitirán sin duda afinar la idea en futuras intervenciones académicas.

RECOMENDACIONES

Se sugiere implementar un taller dentro de la universidad Latina para desarrollar habilidades de asertividad y autoeficacia sexual tanto en hombres como en mujeres universitarios, tal como el que efectuaron Sikkema, Winett y Lombard (1995), ya que demostraron con este programa que los estudiantes tuvieron un porcentaje mayor en cuanto a las habilidades de AS, además de ser más autoeficaces para aminorar las CSR.

REFERENCIAS

- Aguilar, E. (1987). *Asertividad: cómo ser tú mismo sin culpas*. D, F, México: Pax México. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=F2opdLe72uQC&pg=PA1&lpg=PA1&dq=Asertividad:+c%C3%B3mo+ser+t%C3%BA+mismo+sin+culpas.+M%C3%A9xico:+Pax.&source=bl&ots=e00Jkg8mW&sig=MRUi45zTNWXmomQOAewn1pZkr04&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjutaGPjOHSaHUK22MKHe32ADoQ6AEIKzAE#v=onepage&q=Asertividad%3A%20c%C3%B3mo%20ser%20c%C3%BA%20mismo%20sin%20culpas.%20M%C3%A9xico%3A%20Pax.&_false
- Alvaré, L., Lobato, D., Melo, M., Torres, B., Luis, M., y González, I. (2011). Percepción del adolescente varón frente a las conductas sexuales de riesgo. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(3), 133-138. Recuperado de:
- Antón, R.F.A. y Espada, J.P. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 25(2), 344-350. Recuperado el 16 de noviembre del 2016 en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/14450/1/84721.pdf>
- Bahamón, M.M.J., Vianchá, P.M.A., y Tobos, V.A.R. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 3(2), 327-353. ISSN: 0123-417X. Recuperado el 16 de noviembre del 2016, de: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21331836009.pdf>
- Ballester, R., Gil, M., Ruiz, E y Giménez, C, (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de psicología*. 29(1) 76-82. Recuperado el 10 de enero del 2017 de: scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n1/psico_clinica9.pdf
- Bandura, A. (1982). Self- efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist Association*. 37 (2) 122- 147. Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1982AP.pdf>
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist Association*. 44(9), 1175-1184. Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1989AP.pdf>
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*, 13, 9-17. Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1990EPP.pdf>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* 4, 71-81. Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>
- Bandura, A. (1995). Self-efficacy in Changing Societies. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Barry_Zimmerman/publication/2474802

[03_Selfefficacy_and_educational_development/links/549b67770cf2b80371371ad5.pdf](https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1999BCTT.pdf)

Bandura, A. (1997). *Exercise of agency in personal and social change*. Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1999BCTT.pdf>

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An Agentive Perspective. *Psychol.* 52. 1-26. Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2001ARPr.pdf>

Caballero, A., Carrera, P., Sánchez, F., Muñoz, D. y Blanco, A. (2003). La experiencia emocional como predictor de los comportamientos de riesgo. *Psicothema*, 15(3), 427-432. Recuperado el 20 de enero del 2017 de: www.psicothema.com/pdf/1083.pdf

Caballo, V.E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*, 13, 52-62. Recuperado el 10 de enero de 2017 de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/65876.pdf>

CENSIDA. (2012). VIH-SIDA en México 2012. Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA. Recuperado el 17 de abril del 2017 de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf

CENSIDA. (2004). Manual para Capacitadores en el Manejo Sindromático de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). *Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA CENSIDA*. Recuperado el 14 de Octubre de 2016, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7609.pdf>

Chávez, M y Garrido, S. (2015). Asertividad y asertividad sexual: un análisis de relación en estudiantes universitarios de lima metropolitana, *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería* 11(1). Recuperado de: <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/738/577>

Choi, N. (2004). Sex role group differences in specific, academic, and general self-efficacy. *Journal of Psychology, Interdisciplinary and Applied*. 138(2), 149-159. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15218786>

Dessunti, E.M. y Reiz, A.O.A. (2007). Factores psicosociales y comportamentales asociados al riesgo de ETS/SIDA entre estudiantes del área de la salud. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 15(2). Recuperado el 20 de enero de 2017 en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a12.pdf

El sida en cifras. (2015). Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf

ENSANUT, (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>

- Espada, J; Quiles, M y Méndez, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 29-36. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808504>
- Flores, G.M.M. (2002). Asertividad: una habilidad social necesaria en el mundo de hoy. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*. 221, 34-47. Recuperado el 10 de enero de 2017 de: <http://www.cirsociales.uady.mx/revUADY/pdf/221/ru2214.pdf>
- Folch, C; Álvarez, J; Casabona, J; Brotons, M y Castellsagué, X. (2015). Determinantes De Las Conductas Sexuales De Riesgo En Jóvenes De Cataluña. *Española de Salud Pública*. 89(5), 471- 485 Recuperado el 19 de noviembre del 2016, de: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_crom/vol89/vol89_5/RS895C_CF.pdf
- Forcada, P., Pacheco, A., Pahuja, E., Pérez, P., Todd, N., y Pulido, M. (2013). Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios: factores de riesgo y protección. *Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 23-46. ISSN: 0187-7690. Recuperado el 16 de noviembre del 2016, de: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80225697003.pdf>
- Gaeta, L y Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 403-425. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29211992013.pdf>
- García, R.C. (2001). Factores sociales y su asociación con el comportamiento sexual de riesgo para adquirir enfermedades de transmisión sexual. *Ciencia Ergo Sum*, 8(2),162-168. Recuperado el 14 de Octubre del 2016, de: <http://www.redalyc.org/pdf/104/10402106.pdf>
- Gracia, E., Menéndez, E., Fernández, P., y Cuesta, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87. ISSN: 2011-2084 Recuperado el 16 de noviembre del 2016, de: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539010.pdf>
- Granados, M y Sierra, J (2016). Excitación sexual: una revisión sobre su relación con las conductas sexuales de riesgo. *Terapia psicológica* 34(1), 59-70. Recuperado el 13 enero de 2017 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082016000100007
- Granero, M. (1984) Diferencias entre homosexuales y heterosexuales (varones y mujeres) en temores. Asertividad y autosuficiencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 16(1), 39-52. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80516104.pdf>
- Greene, K & Faulkner, S. (2005). Gender, Belief in the Sexual Double Standard, and Sexual Talk in Heterosexual Dating Relationships. *Sex roles* 53(3), 239, 251. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11199-005-5682-6>

- Gutiérrez, J; Franco, A; Sansores, D y Shiba, A (2012). Informe técnico analítico sobre prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres homosexuales y hombres bisexuales. *Instituto Nacional de Salud Pública*. Recuperado el 14 de Octubre del 2016, de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Informe_Tecnico_Analitico_HSH.pdf
- Henao-Trujillo, O.M. (2014). Factores de riesgo y protectores en las prácticas y comportamientos sexuales de los estudiantes de pregrado presencial en una universidad de la ciudad de Manizales. *Universidad y Salud*, 16(1), 182 – 192. Recuperado el 20 de enero del 2017, en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v16n1/v16n1a08.pdf>
- Hernández, L; Cargill, N y Gutiérrez, G. (2011). Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior. *Salud en Tabasco*, 18(1), 14-24. Recuperado el 18 de noviembre del 2016, de: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48724427004.pdf>
- INEGI (2015). Encuesta nacional de la dinámica demográfica 2014. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Recuperado el 14 de Octubre de 2016, de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf
- López-Rosales F. y Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43:421-432. Recuperado el 7 de noviembre del 2016 en: www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n5/6721.pdf
- Luszczynska, A., Scholz, U. y Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *Journal of Psychology, Interdisciplinary and Applied*, 139 (5), 439-457. Recuperado el 20 de enero del 2017 en: http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/gse-multicult_2005.pdf
- Macintyre, K; Rutenberg, N; Brown, L y Karim, A. (2004). Understanding Perceptions of HIV Risk Among Adolescents in KwaZulu-Natal. *AIDS and behavior* 8(3), 237–250. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1023/B:AIBE.0000044072.71361.b3>
- Morales, S.; Arboleda, O. y Segura, A. (2014). Las prácticas sexuales de riesgo al VIH en población universitaria. *Revista de Salud Pública*. 16(1), 27-39. Recuperado el 18 de octubre del 2016 de: <http://www.redalyc.org/pdf/422/42232032003.pdf>
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R., et al. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 790-804. Recuperado el 10 de noviembre del 2016 en: www.psychwiki.com/dms/other/labgroup/Measufsdbsdbger345resWeek1/Marliyn/Morokoff1997.pdf
- Naranjo, M. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas *Revista Actualidades Investigativas en Educación*. 8(1), 1-27. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44780111>

- Noboa, P y Serrano, I. (2006) Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Latinoamericana de Psicología*. 38(1) 21-43. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538102>
- OMS. (Agosto de 2016). *Infecciones de transmisión sexual*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 14 de Octubre de 2016, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Ornelas, M, Blanco, H; Aguirre, J y Guedea, J. (2012). Autoeficacia percibida en conductas de cuidado de la salud en universitarios de primer ingreso. Un estudio con alumnos de educación física. *Perfiles educativos* 34(138). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982012000400005
- Osorio, A; Álvarez, A; Hernández, V; Sánchez, M y Muñoz, L. (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en jóvenes universitarios del área de la salud. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. 8(14). Recuperado de: <https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/264>
- Ospina, D.J.M. y Manrique-Abril, F.G. (2007). Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. *Avances en Enfermería*. Recuperado el 20 de enero del 2017 en: www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12814/13633
- Pajares, F (1996), Current Directions in Self-efficacy Research, *Advances in motivation and achievement*. 10, 1-49. Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/effchapter.html>
- Palacios, J. (2015). Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial Intervention*, 24(1), 1-7. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179837738001.pdf>
- Pérez, D; Santiago, M y Serrano, I. (2009). Comportamiento Sexual y Autoeficacia para la Negociación de Sexo Más Seguro en Personas Heterosexuales. *Interamerican Journal of Psychology*, 43,(2), 414-424. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/284/28412891022.pdf>
- Pulido, R.M.A., Ávalos, T.C., Fernández, M.J.C., García, F.L., Hernández, M.L., y Ruiz C.A.K. (2013). Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. *Psicología y Salud*, 23(1) 25-32. Recuperado el 20 de enero del 2017 de: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-1/23-1/Marco%20Antonio%20Pulido%20Rull.pdf>
- Pulido, R.M.A., Carazo, C.V., Orta, G.S.G., Coronel, V.M. y Vera, G.F. (2011), Conducta sexual de riesgo en los estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(1), 11-27. Recuperado el 20 de enero del 2017 de: www.redalyc.org/pdf/802/80218382002.pdf

- Rickert, V.I., Neal, W.P., Wiemann, C.M. & Berenson, A.B. (2000). Prevalence and predictors of low sexual assertiveness. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 13(2), 88-89. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10869973>
- Rivera-Ledesma, A; Caballero, N; Pérez, I. y Montero-López Lena, M. (2013) SCL-90 R: Distrés psicológico, género y conductas de riesgo *Universitas Psychologica*. 12(1), 105-117 Recuperado el 19 de noviembre del 2016, de: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64728729011.pdf>
- Robles,S; Moreno,D; Frías, B; Rodríguez, M; Barroso, R; Díaz,E; Rodríguez, M Y Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de psicología*. 22(1), 60, 71. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16722108.pdf>
- Rodríguez, M. y Serralde, M. (1991). Asertividad para negociar. México: McGraw-Hill. Recuperado de: <http://documents.mx/documents/asertividad-para-negociar-mauro-rodriguez-estrada.pdf.html>
- Ruiz, E. (2014). Autoeficacia de negociación sexual en mujeres. (tesis de maestría). Recupeado de: <http://eprints.uanl.mx/4108/1/1080253787.pdf>
- Saeteros R; Pérez J y Sanabria G (2013) Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39, 915-928. Recuperado el 24 de octubre del 2016 de: <http://eprints.uanl.mx/4108/1/1080253787.pdf>
- Santos, P. (2012). Asertividad sexual: análisis de variables relacionadas e implicaciones clínicas. Tesis de doctorado. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=61667>
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la secualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 553-577. Recuperado el 10 de enero de 2017 de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-366.pdf
- Schunk, D.H. (1997). *Teorías del aprendizaje*. 2ª Edición. México: Pearson Prentice Hall.

- Shelton, N y Burton, S. (2004). Asertividad: Haga oír su voz sin gritar. Madrid, España: FC. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=UCazcZafq7gC&pg=PA48&dq=Desarrolle+su+asertividad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwix7sTXunSAhWO3oMKHXAUDa4Q6AEIIDAB#v=onepage&q=Desarrolle%20su%20asertividad&f=false>
- Sierra, J.C., Vallejo-Medina, P y Santos-Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología*, 27(1): 17-26, Recuperado el 10 de noviembre del 2016 en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=16717018003
- Sierra, J; Santos, P; Gutiérrez, J; Gómez, P y Maeso, M. (2008). Un Estudio Psicométrico del Hurlbert Index of Sexual Assertiveness en Mujeres Hispanas. *Terapia psicológica*. 26(1), 117- 123. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100010
- Sikkema, K; Winett, R y Lombard, D. (1995). Development and evaluation of an HIVrisk reduction program for female college students. *AIDS Education and Prevention*, 7(2) 145-59. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7619644>
- Tejada, Z.A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico*, 1 (5), 117-123. Recuperado el 20 de febrero de 2017 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80100510>
- Uribe, A y Orcasita, L (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. Recuperado el 19 de Enero de 2016 de: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194215432004.pdf>
- Uribe, I; Andrade, P; Zacarías, X y Betancourt, D.(2013) Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 15(2), 75-92. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80228344005.pdf>
- Valdez, C., Benavides, R., González, V., Onofre, D y Castillo, L. (2015) Internet y conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes. *Enfermería Global*. 14(2), 151-159 Recuperado el 19 de noviembre del 2016, de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/196561>
- Velázquez M; Arellanez, J y Martínez, A. (2012). ASERTIVIDAD Y CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES MEXICANOS. *Acta Colombiana de Psicología*. 15(1), 131-141. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79824560013>
- Wulfert, E. y Wan, Ch. K. (1993). Condom use: a Self-efficacy Model. *Health Psychology*, 12(5), 346-353. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/14976646_Condom_Use_A_Self-Efficacy_Model

Zamboni, B; Crawford ,I & Williams P. (2000)Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: Implications for HIV prevention. AIDS Education and Prevention. 12(6), 492-504. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11220502>

9. Apéndices

Apéndice 1

Escala de Autoeficacia para la prevención del SIDA (SEA-27).

La escala fue desarrollada originalmente por Kasen, Vaughan y Walter (1995) con 22 reactivos validados en población norteamericana y adaptada y validada en población mexicana, específicamente en estudiantes regiomontanos de educación media superior, ampliando la escala a 27 reactivos. El SEA-27 quedó así conformado por cuatro factores que miden: Factor 1. Capacidad para decir no a las relaciones sexuales; Factor 2. Uso de preservativo; Factor 3. Matrimonio, Fidelidad y Comunicación con los padres; Factor 4. Capacidad para preguntar al compañero sobre historia sexual y de drogas. La presente investigación, aunque con ligeras diferencias la escala arrojó una estructura similar a la de López-Rosales y Moral de la Rubia (2001), que en conjunto explicó el 73.5% de la varianza con una consistencia interna alfa de .91.

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a tachar el grado de seguridad que creas tener.

	A. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir NO, cuando te propone tener relaciones sexuales...	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Total seguro
1.	Alguien conocido hace 30 días o menos	0	1	2	3	4
2.	Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	0	1	2	3	4
3.	Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	0	1	2	3	4
4.	Alguien a quien has tratado con anterioridad	0	1	2	3	4
5.	Alguien a quien deseas tratar de nuevo	0	1	2	3	4
6.	Alguien con quien ya has tenido relaciones	0	1	2	3	4

	sexuales					
7.	Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	0	1	2	3	4
8.	Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	0	1	2	3	4
9.	Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	0	1	2	3	4
10.	Alguien con quien has estado utilizando drogas	0	1	2	3	4
11.	Alguien con quien tu nivel de excitación es muy alto	0	1	2	3	4

	B. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Total seguro
1.	Preguntar a tu novi@ si se ha inyectado alguna droga	0	1	2	3	4
2.	Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novi@	0	1	2	3	4
3.	Preguntar a tu novi@ sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado	0	1	2	3	4
4.	Preguntar a tu novi@ si ha tenido alguna experiencia homosexual	0	1	2	3	4

	C. ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Total seguro
1.	Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales	0	1	2	3	4
2.	Usar correctamente el condón?	0	1	2	3	4
3.	Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	0	1	2	3	4
4.	Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga? (mariguana, resista, thinner, otro)	0	1	2	3	4
5.	Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novi@ prefiere no usarlo?	0	1	2	3	4
6.	Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	0	1	2	3	4
7.	Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	0	1	2	3	4
8.	Acudir a la tienda a comprar condones?	0	1	2	3	4
9.	No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?	0	1	2	3	4
10.	Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	0	1	2	3	4
11.	Platicar con tu papá sobre temas sexuales?	0	1	2	3	4
12.	Platicar con tu mamá sobre temas sexuales?	0	1	2	3	4

Apéndice 2

Escala de Asertividad sexual (SAS)

La *Sexual Assertiveness Scale* (SAS), fue desarrollada por Morokoff, Quina, Harlow, Whitmire, Grimley, Gibson, et al. (1997), y adaptada al castellano por Sierra, Vallejo-Medina y Santos-Iglesias (2011), en una muestra de sujetos españoles. La escala está constituida por tres factores: *Factor 1. Inicio*. Inicio de relaciones sexuales deseadas. *Factor 2. Rechazo*. Rechazo de las relaciones no deseadas, y *Factor 3. Embarazo y enfermedades de transmisión sexual*. En la presente investigación se exploraron las propiedades psicométricas de la escala obteniéndose una estructura que explicó el 70.3% de la varianza con una consistencia interna alfa general apenas considerable de .59, y de .71 a .85 para sus factores. Los factores fueron: *Factor 1. Baja asertividad en uso de condón y prácticas*. Tendencia percibida a ceder a los deseos de la pareja con respecto a prácticas sexuales o no uso de condón, aun a pesar de no estar de acuerdo. *Factor 2. Asertividad sexual*. Capacidad percibida de negarse a prácticas sexuales si no se desean. *Factor 3. Alta Asertividad en el uso del condón*. Tendencia percibida a sujetar la relación sexual al uso de condón. *Factor 4. Rol sexualmente Pasivo*. Tendencia a conferir la iniciativa a la pareja durante la relación sexual. *Factor 5. Rol sexualmente Activo*. Tendencia a asumir la iniciativa durante la relación sexual.

		Nunca	Casi nunca	La mitad de las veces	Casi siempre	siempre
1.	Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo	0	1	2	3	4
2.	Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo	0	1	2	3	4
3.	En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que me toque los genitales	0	1	2	3	4

4.	En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que acaricie mi cuerpo	0	1	2	3	4
5.	Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo	0	1	2	3	4
6.	Espero a que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como por ejemplo acariciar mi cuerpo	0	1	2	3	4
7.	Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no	0	1	2	3	4
8.	Si mi pareja lo desea, estimo sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece	0	1	2	3	4
9.	Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste	0	1	2	3	4
10.	Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece	0	1	2	3	4
11.	Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales aunque me presione	0	1	2	3	4
12.	Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste	0	1	2	3	4
13.	Si a mi pareja no le gusta usarlo, tengo relaciones sexuales sin condón, incluso aunque yo prefiera utilizarlo	0	1	2	3	4
14.	Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón, incluso aunque yo no quiera	0	1	2	3	4
15.	Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me	0	1	2	3	4

	aseguro de utilizar condón					
16.	Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón	0	1	2	3	4
17.	Insisto en usar condón cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlo	0	1	2	3	4
18.	Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón	0	1	2	3	4

Apéndice 3

Indicador General de Conductas Sexuales de Riesgo (IGCSR)

A fin de contar con un indicador de conductas sexuales de riesgo que permitiese analizar las relaciones entre este constructo y la Escala de Compulsividad sexual y la Escala de Adicción sexual, se desarrolló un *Indicador General de Conductas Sexuales de Riesgo* a partir de los ítems empleados para evaluar estas prácticas en la presente investigación. Ello permitió clasificar a los sujetos de la muestra con base en la frecuencia en la que incurren en este tipo de conductas, desde una perspectiva general, dado que algunos sujetos cumplen con algunas conductas protectoras, y no con otras; en conjunto, las conductas de riesgo arrojarían un indicador general de riesgo. Siguiendo esta lógica se seleccionaron aquellos reactivos que mostraron en análisis previos una frecuencia importante en la muestra de sexopracticantes; variables como el haber sido infectado por una ITS, cuya frecuencia en varios casos fue prácticamente inexistente, no fueron incluidos. A partir de estos reactivos se obtuvo una estructura compuesta de 3 factores con 10 reactivos, que en conjunto explicaron el 74.3% de la varianza con una consistencia interna general por el método de Cronbach de .69.

Indicador General de Conductas Sexuales de Riesgo

Relaciones sexuales ocasionales

03. Frecuencia de relaciones sexuales con ocasionales en los últimos 3 meses.
 02. Frecuencia de relaciones sexuales con amigas en los últimos 3 meses.
 10. Frecuencia de relaciones sexuales con alguien adicional a la pareja estable (infidelidad).
 01. Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses

Uso de condón en relaciones ocasionales

08. Frecuencia de uso de condón en relaciones ocasionales
 09. Frecuencia de uso de condón con sexoservidoras
 07. Frecuencia de uso de condón con amigas

Uso de condón con novia y en relaciones vaginales

05. Frecuencia de uso de condón
 06. Frecuencia de uso de condón con novia
 04. Uso de condón en relaciones de tipo vaginal

Opciones de respuestas del IGCSR

Indicador	Codificación
Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses.	Valor proporcionado por el sujeto
Frecuencia de relaciones sexuales con Amigas en los últimos 3 meses.	"0" : nunca
Frecuencia de relaciones sexuales Ocasionales en los últimos 3 meses.	"1" : Casi nunca
Frecuencia de relaciones sexuales con alguien adicional a la pareja estable (infidelidad)	"2" : Ocasionalmente "3" : Frecuentemente "4" : Siempre
Uso de condón de relaciones vaginales.	"0" : Si "1" : No
Frecuencia de uso del condón.	"4" : nunca
Frecuencia de uso de condón con Novia.	"3" : Casi nunca
Frecuencia de uso de condón con Amiga.	"2" : Ocasionalmente
Frecuencia de uso de condón con relaciones ocasionales.	"1" : Frecuentemente
Frecuencia de uso de condón con Sexoservidoras.	"0" : Siempre