



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ASERTIVIDAD SEXUAL EN ADULTOS EMERGENTES DE LA ZONA RURAL
BUENOS AIRES DEL CANTÓN CUENCA EN EL PERÍODO 2019 - 2020**

Trabajo final de titulación previo a la
obtención del título de Psicólogo
Clínico

AUTORES:

Pablo Andrés Lalangui Calero
CI: 1104823172
pablolalangui@hotmail.com

Jessica Magaly Soliz Campoverde
CI: 0502788706
www.jessiksoliz@gmail.com

TUTORA:

Mgt. María Fernanda Cordero Hermida
CI: 0105118749

**Cuenca – Ecuador
18- junio-2020**



RESUMEN:

La asertividad sexual es una habilidad social que condiciona el actuar de los individuos en el ámbito de la sexualidad, tanto para tomar la iniciativa o rechazar el acto sexual de forma adecuada y así también se trata de la negociación de los métodos de protección contra el embarazo no deseado o enfermedades de transmisión sexual. Por lo tanto, la asertividad sexual es un tema de gran interés, y en esta ocasión, aún más en contextos rurales, en donde el tema de la sexualidad se aborda con menos libertad. La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo de estudio no experimental y con un alcance descriptivo. El objetivo general fue describir los niveles de las dimensiones de asertividad sexual según las variables sociodemográficas de los adultos emergentes de la zona rural Buenos Aires del cantón Cuenca. Los participantes fueron 134 jóvenes de 18 a 25 años. Los instrumentos empleados para la recolección de información fueron una ficha sociodemográfica y la escala de asertividad sexual SAS. El procesamiento de datos se efectuó a través de los programas Excel y SPSS versión 25; para el análisis de la información se emplearon técnicas de la estadística descriptiva y se presenta a través de tablas y figuras. Los resultados evidenciaron que las dimensiones que evalúa el instrumento; inicio de la actividad sexual deseada, rechazo de la actividad sexual no deseada y negociación de los métodos de protección, tienen una media de 1,73, 1,43 y 1,27 respectivamente. En conclusión, los resultados demuestran que los participantes tienen un nivel de asertividad sexual inferior y medio inferior en general.

Palabras clave: Adultos emergentes, asertividad sexual, zona rural.



ABSTRACT:

Sexual assertiveness is a social skill that conditions the actions of individuals in the field of sexuality, both to take the initiative or reject the sexual act in an appropriate way and so it is also about negotiating the methods of protection against sexuality unwanted pregnancy or sexually transmitted diseases. Therefore, sexual assertiveness is an issue of great interest, and this time, even more so in rural contexts, where the issue of sexuality is approached with less freedom. This research has a quantitative, non-experimental study-type approach with a descriptive scope. The general objective was to describe the levels of the dimensions of sexual assertiveness according to the sociodemographic variables of emerging adults in rural Buenos Aires of the canton of Cuenca. Participants were 134 young people aged 18 to 25. The tools used for information collection were a socio-demographic tab and scale of SAS sexual assertiveness. Data processing was done through Excel and SPSS version 25 programs; descriptive statistics techniques were used for information analysis and presented through tables and graphs. The results showed that the dimensions evaluated by the instrument (onset of desired sexual activity, rejection of unwanted sexual activity and negotiation of protection methods) have an average of 1.73, 1.43 and 1.27 (respectively). In conclusion, the results show that participants have a lower level of sexual assertiveness in general

Keywords: Sexual assertiveness, emerging adults, rural area.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	10
PROCESO METODOLÓGICO	17
Instrumentos	18
Procedimiento	18
Procesamiento de datos	19
Aspectos éticos	19
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	20
Caracterización de los participantes	20
Análisis de validez del instrumento	21
Resultados de las dimensiones de asertividad sexual	21
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS CONSULTADAS	35
ANEXOS	41
Consentimiento informado	41
Operacionalización de las variables	43
Ficha sociodemográfica	44
Escala de asertividad sexual (SAS)	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Caracterización de los participantes	22
Tabla 2 Inicio de la actividad sexual deseada.....	23
Tabla 3 Rechazo de la actividad sexual no deseada	24
Tabla 4 Negociación de anticonceptivos	25
Tabla 5 Inicio de la actividad sexual deseada.....	25
Tabla 6 Rechazo de la actividad sexual no deseada	26
Tabla 7 Negociación de anticonceptivos	26



Tabla 8 Inicio de la actividad sexual deseada.....	27
Tabla 9 Rechazo de la actividad sexual no deseada	27
Tabla 10 Negociación de anticonceptivos	28
Tabla 11 Inicio de la actividad sexual deseada.....	28
Tabla 12 Rechazo de la actividad sexual no deseada	29
Tabla 13 Negociación de anticonceptivos	30
Tabla 14 Inicio de la actividad sexual deseada.....	30
Tabla 15 Rechazo de la actividad sexual no deseada	31
Tabla 16 Negociación de anticonceptivos	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Niveles de asertividad sexual en la dimensión de inicio de la actividad sexual.	22
Figura 2. Niveles de asertividad en la dimensión rechazo de la actividad sexual no deseada.....	22
Figura 3. Niveles de asertividad en la dimensión de negociación de anticonceptivos.....	23



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Yo, Pablo Andrés Lalangui Calero en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“Asertividad sexual en adultos emergentes de la zona rural Buenos Aires del cantón Cuenca en el periodo 2019-2020”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 18 de junio de 2020

Pablo Andrés Lalangui Calero

C.I.:1104823172



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Yo, Jessica Magaly Soliz Campoverde en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“Asertividad sexual en adultos emergentes de la zona rural Buenos Aires del cantón Cuenca en el periodo 2019-2020”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 18 de junio de 2020

Jessica Magaly Soliz Campoverde

C.I.:0502788706



Cláusula de Propiedad Intelectual

Pablo Andrés Lalangui Calero, autor del trabajo de titulación **“Asertividad sexual en adultos emergentes de la zona rural Buenos Aires del cantón Cuenca en el periodo 2019-2020”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 18 de junio de 2020

Pablo Andrés Lalangui Calero

C.I.:1104823172



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Jessica Magaly Soliz Campoverde, autora del trabajo de titulación **“Asertividad sexual en adultos emergentes de la zona rural Buenos Aires del cantón Cuenca en el periodo 2019-2020”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 18 de junio de 2020

Jessica Magaly Soliz Campoverde

C.I.:0502788706



FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Es sabido que los seres humanos se encuentran en constante interacción, por lo mismo necesitan de la comunicación con el fin de lograr una convivencia pacífica, por tanto, este factor resulta ser de gran relevancia para los individuos. Como indica Gómez (2016), “la comunicación es un tema tan antiguo como el hombre y tan importante como él” (p. 5). De igual forma Hechavarría, Ochoa y Zayas (2018) recalcan que esta se inició desde los albores del origen del ser humano y resulta imprescindible para la socialización por ser la única forma que posee para transmitir lo que piensa, siente, necesita y desea, por ello se convierte en el aspecto más importante de su existencia, ya que depende totalmente de las interacciones con otros.

Gómez (2016) sostiene que la forma de relacionarnos con los demás depende fuertemente de la calidad de conversación, e igualmente señala que gran parte de los inconvenientes de las personas podrían solucionarse justamente si su comunicación se desarrollara de una manera respetuosa, con una escucha tolerante y una expresión auténtica. La habilidad social antes descrita se denomina asertividad; que significa que un individuo es capaz de decir lo que desea sin temor al desacuerdo de los otros, de igual manera: respeta la postura de los demás, escucha con serenidad y responde de forma sencilla, oportuna, directa y verdadera.

Según Salas (2017) “los orígenes de la palabra *asertividad* provienen del latín *assertio-tionis*, que es la acción, efecto y la proposición en la que se afirma o se da por cierto alguna cosa.” (p.39). Por tanto, se considera que un individuo asertivo es quien puede manifestar su postura con una convicción firme y de forma segura (Terroni, 2009). Por la importancia que representa el concepto del término *asertividad*, aparece en la historia de la psicología cuando Wolpe publica su libro sobre terapia por inhibición recíproca en el año de 1958 y posterior junto con Lazarus desarrollaron un referente teórico acerca del término y relacionan este con el uso de habilidades sociales (citados en Chávez-Kanashiro y Garrido-Arévalo, 2015). Luego en 1970, Alberti y Emmons escriben un libro cuyo tema principal es la asertividad, en adelante el constructo toma cada vez mayor relevancia hasta ser considerado como un tratamiento ideal para todo tipo de problema de relación social (citados en Caballo, 1983).

La asertividad es un rasgo de gran relevancia en la comunicación, pues al tratarse de una destreza, resulta ser un factor indispensable para la interacción adecuada con otras personas al emitir una opinión (Terroni, 2009). Dentro del ámbito psicológico, la asertividad es una habilidad de suma importancia, como lo indican Chávez-Kanashiro y Garrido-Arévalo (2015), se trata de un componente básico para mantener una adecuada relación entre humanos y es



comprendida como una habilidad social, por lo mismo se relaciona también con el respeto hacia uno y los demás.

En concordancia con lo antes mencionado, Roca (2014) sostiene que las habilidades sociales son pautas mediante las cuales se convive con otras personas y obtiene de tal convivencia tantos beneficios como sean posibles e incluso el mínimo de afecciones, sin embargo, dicho individuo dotado con habilidades sociales asertivas no solo vela por el interés personal, sino que igualmente se preocupa por el interés del otro. Es importante señalar que el déficit de asertividad hace a las personas propensas a experimentar frecuentemente emociones negativas y consecuentemente a padecer alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión o enfermedades psicosomáticas.

Como definición inicial del término *asertividad*, Wolpe (1958) manifiesta que esta es la manera adecuada de comunicar lo que se piensa, siente o desea al otro, ya sea que dichas expresiones sean de rechazo, de desacuerdo, enojo, cariño, felicidad o placer. De manera más cercana en el tiempo, en 2011, Cañón-Montañez y Rodríguez-Acelas sostienen que el ser asertivo se basa en negociar razonablemente en cuanto a la forma en la que se da la relación interpersonal, con el objetivo de alcanzar una interacción social saludable. Por su parte Rodríguez, Álvarez-Ude y Gimeno (2016) afirman que se trata de un “comportamiento comunicacional maduro en el cual la persona expresa de manera consciente, congruente, clara, directa y equilibrada sus sentimientos, pensamientos, creencias, opiniones y convicciones y defiende sus derechos sin agredir ni someterse a la voluntad de otras personas” (p. 352).

La asertividad puede abordarse de manera más concreta en referencia al ámbito del comportamiento sexual, de ahí que “una vida sexual satisfactoria parece ser de interés casi de todo el mundo” (Eklund y Hjelm, 2017, p.2). Según Chávez y Garrido (2015), la asertividad en el contexto sexual es conocida como asertividad sexual. Es necesario tener presente que la *asertividad* y la *asertividad sexual* difieren en ciertos sentidos, debido a que en muchas ocasiones una persona asertiva no necesariamente lo es en otros aspectos, como en al ámbito sexual, en el que se considera que la asertividad es aún más difícil de desarrollar (López, 2013).

La asertividad sexual es conceptualizada por primera vez por Morokoff y otros autores (1997), quien sostiene que se trata de “la capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables” (p. 554). Esta es la definición más aceptada entre todas y a la que los autores del presente trabajo investigativo se adscriben.



Según Bonifacio (2018), el desarrollo de la asertividad sexual depende de múltiples factores, como los sociodemográficos, entre ellos la edad, el género y el nivel de educación, así también factores culturales en los que la sociedad transmite una especie de guiones sociales y sexuales, además de implantar en el individuo estereotipos de género. Igualmente este estudio comprende principalmente tres aspectos de la salud sexual: (1.) el funcionamiento, que abarca aspectos como el deseo, la excitación, el orgasmo y satisfacción; (2) la victimización sexual que se asocia con la capacidad para rechazar una relación sexual, y (3.) las conductas sexuales de riesgo que tienen que ver con el uso de barreras de protección sexual (Santos-Iglesias y Sierra, 2010).

Además, la asertividad sexual consta de tres componentes diferentes: la primera se refiere a la capacidad de iniciar o propiciar la actividad sexual deseada, la segunda trata sobre la capacidad del individuo para rechazar el contacto sexual no deseado y el último componente hace referencia a la reiteración con la que una persona insiste y discute el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos deseados e infecciones de transmisión sexual (Granados, Vallejo-Medina y Sierra, 2011).

La asertividad sexual resulta esencial en todas las etapas de la vida, sin embargo, según López (2013), existen momentos clave en su desarrollo, y son precisamente la adolescencia y la edad adulta joven las etapas ideales en las que se espera que las personas aprendan las habilidades para lograr una vida sexual saludable. Actualmente la población de la edad adulta joven es mejor definida por Arnett (2015) como adultez emergente, la cual es considerada por este autor como una nueva etapa del desarrollo, un periodo de edad entre los 18 a 25 años en el que aparecen principalmente las exploraciones de identidad y que es distinto de la adolescencia y de la adultez temprana. Esta nueva etapa surge debido a que “la edad adulta temprana se está volviendo menos predecible con indefinidos contornos crecientes caracterizadas por la extensión de la escolarización y el aplazamiento del matrimonio, paternidad e inclusión en el lugar de trabajo” (Teles y Rocha, 2015, p. 32). La asertividad sexual resulta ser un factor de gran relevancia en esta etapa, ya que este es el momento preciso en el que existe una mayor posibilidad de experimentar con un número de parejas sexuales más elevado que en el resto de la vida o es el periodo en el que generalmente se forman relaciones de pareja a largo plazo (Arnett, 2000).

Por otro lado Hernández, Alberti, Pérez, Pérez, Olivera y Talavera (2014) consideran que es de gran importancia atender la sexualidad juvenil en el ámbito rural debido a que existe un incremento de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos en jóvenes adolescentes, y además existe un desconocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos, la información



que reciben los jóvenes rurales sobre el tema está muy influenciada por valores tradicionales como el machismo, lo que constituye un factor generador de la desigualdad entre géneros.

Para el desarrollo de esta investigación, se utilizará la Escala de Asertividad Sexual (Sexual Assertiveness Scale, SAS) en su versión en español, esta fue traducida en España y validada para su aplicación en hombres, si bien en un principio era únicamente destinada a mujeres. Esta escala se creó con base en la definición dada por Morokoff quien, como ya se había mencionado, es el principal exponente de la teoría de la asertividad sexual, además se trata de un instrumento que, tras su adaptación al español, cuenta con buenos niveles de validez y fiabilidad.

Existen diferentes investigaciones sobre la asertividad sexual, generalmente el alcance de estos estudios científicos se han desarrollado principalmente a nivel internacional, tal es el caso de un estudio que se ejecutó en Estados Unidos, acerca de la Escala de Asertividad Sexual (SAS) para mujeres, con enfoque cuantitativo de tipo analítico, se trabajó con 714 mujeres con una edad media de 31.1 años. Los resultados determinaron que cuanto más tiempo ha estado una mujer en una relación, menos asertiva era a negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas (Morokoff et al., 1997).

En México, Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt (2013) realizaron un estudio sobre la predicción del uso del condón en la actividad sexual de adolescentes, en este estudio se trabajó con 552 adolescentes hombres y mujeres, entre las edades de 15 a 18 años. Se utilizó un cuestionario que mide la frecuencia del uso del condón en las relaciones sexuales y 5 factores con preguntas de tipo ordinal que miden: asertividad sexual, aceptación del uso del condón, enamoramiento, sumisión sexual y baja percepción de riesgo sexual. Como resultado, los autores evidenciaron que los principales predictores del uso del condón en hombres y mujeres fueron la aceptación del uso del condón, enamoramiento y asertividad sexual.

En España, Santos-Iglesias, Sierra & Vallejo-Medina (2012), valiéndose de la Escala de Asertividad Sexual (SAS), desarrollaron una investigación sobre la evaluación de asertividad sexual con 1.619 hombres y 1.755 mujeres entre 18 y 87 años. Los participantes debían estar involucrados en una relación sexual estable, heterosexual de al menos seis meses de duración. El análisis estadístico reflejó que tanto los hombres como mujeres mostraron puntajes altos en asertividad de inicio, asertividad sin timidez y rechazo, deseo diádico, erotofilia, actitudes hacia las fantasías sexuales y la excitación.

En Colombia se desarrolló una investigación sobre la percepción de autoeficacia y la asertividad sexual. La muestra fue de 631 mujeres y hombres con edades entre 19 y 26 años



eran activos sexualmente o lo habían sido. Se utilizó el SAS y los resultados manifestaron que la percepción de autoeficacia fue un fuerte predictor del uso del condón en las relaciones sexuales de las mujeres, mientras que para el caso de los hombres solo la asertividad sexual predijo su uso (Uribe, Bahamón, Reyes, Trejos y Alarcón, 2017).

En Perú, Ávila, Espinoza, Matos y García (2016) realizaron un estudio descriptivo de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de las zonas urbanas, los participantes fueron 2388 adolescentes de 12 a 18 años. Para este se usó una encuesta con el fin de medir las conductas sexuales tempranas de riesgo. Se logró obtener que los participantes, cuyo promedio de edad fue de 14 años, tuvieron en el inicio de su actividad coital, más del 20% de adolescentes revelaron no haber utilizado un método anticonceptivo durante su primera relación coital, de igual manera en actividades posteriores, lo que da a conocer los riesgos que conllevan estas acciones.

A nivel nacional no existen investigaciones científicas referentes al tema, sin embargo, se encontraron estudios estadísticos en relación al uso de métodos anticonceptivos, lo que se relaciona directamente con la asertividad sexual, es así que, según el censo que se llevó a cabo en el Ecuador por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010), el 67.7 % de mujeres de 15 a 24 años no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Las principales razones del no uso son: no esperaba experimentar relaciones sexuales, no conocía los métodos y no pudo conseguirlos.

En Ecuador (2013), el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) presentaron los resultados de demografía y salud sexual y reproductiva de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Los participantes fueron hombres y mujeres entre las edades de 15 a 49 años. Los resultados indican que existe un mayor uso de métodos anticonceptivos en las mujeres y alrededor de siete de cada diez mujeres sexualmente activas, dos que no se encuentran casadas o unidas utilizan anticonceptivos.

A nivel local se encontraron trabajos de tesis de pregrado que dan indicios sobre esta temática. Tal es el caso de una investigación realizada por Vélez (2015) en la Universidad de Cuenca sobre los niveles de asertividad sexual de estudiantes de la Universidad de Cuenca con el objetivo de determinar la diferencia de los niveles de asertividad sexual entre hombres y mujeres estudiantes de la Universidad de Cuenca. En el estudio participaron 107 adolescentes tardíos entre 17 a 19 años de edad. Se utilizó la escala SAS, los resultados indican que los



niveles de asertividad que presentan los estudiantes universitarios son altos y en este estudio no se encontró diferencia entre hombres y mujeres.

Finalmente, Patiño y León (2018), en Cuenca, completaron un estudio sobre niveles de asertividad sexual en estudiantes universitarios con el objetivo de conocer los niveles de asertividad sexual en estudiantes universitarios y comparar diferencias entre sexos, la muestra fue de 374 estudiantes con edades entre los 18 y 29 años. Para ello se utilizó la escala SAS, los resultados manifiestan que la dimensión de negociación de anticonceptivos, los niveles de asertividad sexual son los más altos, mientras que en la dimensión de iniciativa los niveles son bajos.

La motivación para desarrollar el presente estudio surge debido a que se considera que la asertividad sexual es un tema vital, necesario y de gran importancia durante la etapa de la adultez emergente ya que esta puede ser vista como un periodo de prueba para experimentar sexual y emocionalmente con diversas personas en relaciones informales, e incluso en muchos de los casos es una etapa en la que se da la selección definitiva de la pareja y se conforma la familia. De acuerdo con Arnett (2014), se trata no únicamente de la aparición de un nuevo paradigma, sino también de un nuevo período del desarrollo distinto de la adolescencia y se refiere a esta como la edad de la inestabilidad. El tema también resulta relevante en razón de que el desarrollo de la mencionada habilidad social durante estos períodos no es fácil, debido a la poca experiencia en la negociación sexual; escaso conocimiento de los derechos sexuales; tendencia de actuar bajo presión de pares; y poca probabilidad de negarse a la intimidad por miedo a la desaprobación de la pareja sexual (Crooks y Baur, 2009; y Rickert, Sanghvi, y Wietmann, 2002).

La adultez emergente es además una etapa en la que los jóvenes gozan de una gran libertad sexual, debido a que no encuentran tantas opresiones sobre los roles de género como en el pasado, la mayoría experimenta con varios compañeros sexuales y, aunque conocen los riesgos, consideran que nada les ocurrirá o lo ven como un problema que podría afectarlos, sin embargo están dispuestos a arriesgarse por disfrutar del momento (Arnett, 2015). Estos patrones comportamentales afectan el uso de anticonceptivos y de medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, principalmente en la población que vive en contextos tradicionales en materia sexual y de género como son las zonas rurales (Szasz, 1998), lugares en los que se ha dado un incremento de enfermedades de transmisión sexual y embarazos tempranos (Hernández, Alberti, Pérez, Pérez, Olivera y Talavera, 2014), esto puede deberse a qué condiciones como la pobreza, falta de empleos, trayectorias educativas muy cortas,



violencia, alcoholismo, entre otras, son situaciones que condicionan permanentemente el actuar de los jóvenes (Rivera, 2012), y ello podría posicionarlos como agentes de riesgo, En consecuencia, el actuar de forma no asertiva, podría desencadenar una serie de secuelas negativas entre las cuales se puede mencionar el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes es el virus del papiloma humano, que es el causante del cáncer de cuello uterino, el que, según el informe del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017), es el cáncer más común en las mujeres y además la segunda causa de muerte por esta enfermedad en América Latina. Según este informe, durante el año 2008 en el Ecuador el 50 % de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino murieron por este diagnóstico; así también, de acuerdo con el más reciente reporte global sobre la epidemia del VIH elaborado por ONUSIDA, en coordinación con los Ministerios de Salud de los países miembros de las Naciones Unidas, se estima que en el Ecuador viven con VIH un total de 33.000 personas. Por otro lado, es sabido que las enfermedades de transmisión sexual son producto directo de la ausencia de uso de métodos anticonceptivos. A propósito, en el área rural se estima que la prevalencia de uso es 10 % menor que en el área urbana, lo que evidencia las brechas existentes.

De la misma forma otra de las consecuencias de la inasertividad sexual son los embarazos no deseados, en este sentido, según el último informe otorgado por el Gobierno Autónomo Descentralizado parroquial de Sayausí (2015), lugar en donde se encuentra la zona rural objeto de estudio, en un lapso de 5 años se dio un incremento de 30 casos de embarazos tempranos. El embarazo no deseado es un factor que se relaciona directamente con la tasa de abortos, incluso en Ecuador los grupos más pobres, de menor nivel de educación, rurales e indígenas, son los que presentan mayor tasa de fecundidad (INEC, 2010).

De manera puntual, el problema de esta investigación radica en que la inasertividad sexual puede propiciar o traer consecuencias perjudiciales para la vida de los adultos emergentes, por lo que es evidente la importancia de investigar esta problemática. En respaldo a ello Morokoff et al. (1997) sostiene que la asertividad sexual es importante para alcanzar los objetivos sexuales y la autoprotección frente a la actividad sexual no deseada. Estos autores la definen como la capacidad para mantener comportamientos sexuales saludables, al ejercer su derecho a la autonomía y al decidir cuándo iniciarlas o rechazarlas, puesto que cada individuo es el único responsable de elegir sobre su experiencia sexual, al igual que tomar las precauciones con el uso de los métodos anticonceptivos y de prevención de las enfermedades de transmisión sexual.



Adicionalmente, es necesario especificar que el presente proyecto está conectado con algunas de las áreas de investigación priorizadas por el Ministerio de Salud Pública del año 2013 – 2017: en primer lugar con la sublínea de infecciones oportunistas e infecciones de transmisión sexual (área de VIH y tuberculosis), asimismo está ligado con la sublínea derechos en salud sexual y reproductiva (línea aborto del área materna) y, finalmente, se encuentra relacionado con las sublíneas embarazo, VIH, enfermedades de transmisión sexual y calidad de vida (línea violencia sexual del área lesiones autoinfligidas y violencia interpersonal) (Ministerio de Salud Pública, 2016).

La realización de este estudio fue factible, ya que fue posible acceder a la muestra, gracias a la predisposición de las autoridades barriales, con los materiales, tiempo y recursos económicos necesarios. Además, aunque en este medio existen investigaciones de pregrado sobre la asertividad sexual, ninguna se ha enfocado en las zonas rurales del cantón Cuenca, por lo que mediante el desarrollo de este trabajo se pretende beneficiar de forma directa a los adultos emergentes de zonas rurales y de manera indirecta a la sociedad, pues es de sumo interés aportar datos que permitan obtener una referencia clara acerca del tema para propiciar así futuras investigaciones académicas que puedan dar lugar a posibles programas de prevención e intervención.

Por lo antes señalado, surge en los investigadores de este trabajo la siguiente pregunta ¿qué niveles y frecuencias de asertividad sexual predominan en adultos emergentes de la zona rural Buenos Aires del cantón Cuenca? Para dar respuesta a dicha interrogante se propone como objetivo general describir los niveles de las dimensiones de asertividad sexual según las variables sociodemográficas, y como objetivo específico identificar las frecuencias de las dimensiones de asertividad sexual en adultos emergentes en una zona rural del cantón Cuenca que puntúan más alto y más bajo dentro de cada variable sociodemográfica.

PROCESO METODOLÓGICO

Este trabajo de investigación tuvo un enfoque metodológico cuantitativo, de alcance descriptivo, con un diseño no experimental y una población de 200 adultos emergentes hombres y mujeres, este valor se obtuvo mediante los informes otorgados por el gobierno autónomo descentralizado parroquial de Sayausí (2015). El proyecto se llevó a cabo en el barrio Buenos Aires, perteneciente a la parroquia de Sayausí de la ciudad Cuenca, los instrumentos se aplicaron a la población que corresponde a hombres y mujeres entre 18 a 25 años, posteriormente se seleccionaron a partir de la información obtenida, a aquellos participantes



que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio, dicha población fue de 134 personas.

Los criterios de inclusión para esta investigación fueron: aquellos participantes que firmaron el consentimiento informado (Anexo 1) y que viven en la zona de estudio. Como criterios de exclusión: personas que no hayan tenido relaciones sexuales y personas que padezcan alguna discapacidad intelectual.

Las variables que se consideran en este estudio son la edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, la edad en la que el participante inició su vida sexual activa y el número de parejas sexuales que ha tenido desde entonces, la operacionalización de dichas variables se encuentra detallada en el anexo 2.

Instrumentos

Ficha sociodemográfica con el fin de explorar las variables biológicas y sociales como: sexo, edad, escolaridad, estado civil, número de parejas sexuales y edad de inicio de la actividad sexual. (Anexo 3)

SAS: Escala de Asertividad Sexual (Morokoff et al., 1997) adaptada al español (Sierra, Vallejo-Medina y Santos-Iglesias, 2011) para evaluar la frecuencia con la que se inicia una actividad sexual, la frecuencia con la que se rechaza una actividad sexual no deseada y la frecuencia del uso de preservativo con la pareja. La adaptación de este instrumento es autoadministrable con propiedades psicométricas que indican un alfa de Cronbach para la escala total de .82, y consta de tres subescalas: 1) iniciativa de relaciones sexuales; 2) rechazo de relaciones sexuales; 3) prevención de embarazos y de infecciones de transmisión sexual (ITS). Originalmente la escala contaba con 121 ítems, sin embargo, posteriormente, tras haber realizado diversos análisis de validez, estos fueron disminuidos únicamente a 18 ítems que abarcaban las tres dimensiones de la asertividad sexual, estos ítems se evalúan mediante una escala de Likert que va desde el cero que equivale a *nunca*, hasta el cuatro equivalente a *siempre* (Torres-Obregon, Onofre-Rodríguez, Sierra, Benavides-Torres y Garza-Elizondo, 2017). (Anexo 4).

Procedimiento

Este trabajo investigativo se inició solicitando el permiso pertinente a la máxima autoridad del sector, en este caso al presidente de la comunidad. A continuación, se dio un primer acercamiento en el cual se recorrió el lugar con el fin de sondear el sector e identificar la ubicación de los participantes y socializar los objetivos del trabajo a realizar. Posteriormente, se hizo un segundo y último acercamiento a los domicilios de los participantes y se les solicitó



su colaboración, mediante la firma del consentimiento informado. Una vez firmado el documento, procedieron a llenar la ficha sociodemográfica y luego contestaron el test. El tiempo de la aplicación de la batería fue de 20 a 30 minutos aproximadamente, el proceso de recolección de datos duró aproximadamente 2 meses.

Procesamiento de datos

Una vez recolectada la información, esta se digitalizó en el programa estadístico IBM SPSS, versión 25, a través del cual se calculó las medidas representativas y descriptivas como: distribuciones de frecuencias y porcentajes, media y medianas, desviación típica, puntuaciones mínimas y máximas, tablas cruzadas y además se calculó el alfa de Cronbach del instrumento que se aplicó a la población objeto de estudio. Para el cumplimiento de los objetivos se analizó en qué situaciones presentan una mayor o menor frecuencia de asertividad sexual, ya sea en relación del sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, número de parejas sexuales y edad de inicio de la actividad sexual.

Aspectos éticos

La presente investigación se llevó a cabo de acuerdo a los Principios Éticos de los Psicólogos y el Código de Conducta de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010)-Código de Ética- al cuidar que se cumplan principios generales como: 1. Beneficencia y no maleficencia, 2. Fidelidad y responsabilidad, 3. Integridad, 4. Justicia y 5. Respeto por los derechos y la dignidad de las personas. Todos los principios señalados fueron acatados de manera estricta durante el desarrollo de la investigación, y ello se pudo evidenciar en el modo de proceder de los autores de este trabajo investigativo en vista de que se informó al participante tanto de manera verbal y escrita los posibles riesgos y beneficios que podrían provocarse por el presente trabajo investigativo. Se les indicó que su participación era estrictamente voluntaria y que en el caso de que se hubiera suscitado una afección a sus derechos, se contó con el respaldo necesario del respectivo seguimiento de protocolos y normas establecidas por instituciones para la protección de estos. De la misma manera, esta investigación se desarrolló bajo un principio de honestidad, pues los datos obtenidos se manejaron con total veracidad y objetividad, al igual que en todo momento fue prioridad la protección del anonimato, confidencialidad e integridad del participante.

Este proyecto también se halló influenciado por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, puesto que se ha cumplido con sus principios generales los cuales señalan que en la investigación médica en seres humanos los derechos de la persona que participa en la investigación deben



tener siempre primacía sobre todos los demás intereses. Esta publicación asimismo hace referencia al coste de riesgos beneficios, en cuanto a ello, se ha evidenciado que esta investigación podría aportar con beneficios que superan las posibles desventajas, esto se encuentra respaldado con el hecho de que la presente investigación fue previamente evaluada y aprobada por parte de un comité de ética independiente, requisito que, del mismo modo se contempla dentro de la declaración de Helsinki. Además, se recalca la importancia del consentimiento informado individual en toda investigación biomédica y a la privacidad y confidencialidad, principios que en este caso fueron cumplidos con rigurosidad.

De la misma forma, esta investigación se desarrolló según la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), y como ideal común, el respeto a estos derechos y libertades, por ello se dio cumplimiento a los artículos desde el 1 hasta el 30, proclamados por la Asamblea General.

Con el cumplimiento de lo declarado, se resume que en esta investigación se garantizó la confidencialidad de los participantes, la participación voluntaria y anónima través de la firma del consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento aprobado por el COBIAS de la Universidad de Cuenca. La finalidad fue únicamente académica y se consideró la responsabilidad social de la investigación de la universidad, cuyos resultados, una vez sustentado y aprobado el trabajo final de titulación, serán socializados con los participantes.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, se describen los resultados encontrados luego del análisis de datos en los programas estadísticos SPSS y Excel. En primer lugar, se dará a conocer las características de la población, posteriormente se informará el resultado del análisis de validez del instrumento y finalmente se cumplirá con los objetivos planteados describiendo cada variable de la asertividad sexual en relación a las variables sociodemográficas.

Caracterización de los participantes

La población que se consideró para este estudio fue un total de 200 adultos emergentes, comprendidos entre las edades de 18 a 25 años de la zona rural Buenos Aires del cantón Cuenca. Sin embargo, para el análisis estadístico, únicamente se tomó en cuenta la participación de 134, debido a que de los participantes que se consideraron en un principio, 66 personas no cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión. La edad media de los participantes fue de 21.9, la participación de población masculina fue ligeramente mayor que la femenina. Se evidenció además la prevalencia de individuos solteros, con un nivel predominante de



escolaridad secundaria, un inicio de vida sexual de entre los 17 y 19, y con una sola pareja sexual hasta el momento de su participación. A continuación, en la Tabla 1 se detallan más datos.

Tabla 1
Caracterización de los participantes

Datos Generales	Variable	N	%	Datos generales	Variable	N	%
Sexo	Masculino	70	52.2 %	Edad de inicio de la vida sexual	8-10	1	0.7 %
	Femenino	64	47.8 %		11-13	6	4.48 %
Estado civil	Soltero	84	62.7 %		14-16	48	35.82 %
	Casado	20	14.9 %		17-19	68	50.75 %
	Unión libre	25	18.7 %		20-22	10	7.46 %
	Divorciado	5	3.7 %		23-25	1	0.7 %
Nivel de escolaridad	Viudo	0	0 %	Número de parejas sexuales	1	34	25.4 %
	Nula	3	2.2 %		2	27	20.1 %
	Primaria	10	7.5 %		3	30	22.4 %
	Secundaria	75	56.0 %		4	18	13.4 %
	Superior	46	34.3 %		5	9	6.7 %
				6 o más	16	11.9 %	

Análisis de validez del instrumento

El coeficiente obtenido a partir del alfa de Cronbach para la escala de asertividad sexual SAS fue de .774, a pesar de que este resultado no es el mismo que el de la escala original (.82) (Morokoff et al., 1997), este valor es aceptable para comprobar la validez del instrumento. La diferencia puede deberse al número de participantes, la población estudiada y sobre todo el contexto en el que se llevó a cabo.

Resultados de las dimensiones de asertividad sexual

A continuación, se presentan los resultados de los niveles de asertividad en las dimensiones consideradas dentro del instrumento; primero se exponen los resultados sobre el inicio de la actividad sexual deseada, variable que dentro del test se evalúa en los primeros 6 ítems.

Al evaluar la dimensión de inicio de actividad sexual deseada, se encontró que la mayoría de las personas, es decir un 38.81 % tienen un nivel de asertividad medio inferior, seguido por el nivel medio con un porcentaje de 33.58 %, mientras que apenas un 0.75 % se ubica en el nivel alto. La media es de 1.73, por lo que se puede aseverar que no existe un nivel satisfactorio en la habilidad social de interés. Estos resultados coinciden con el estudio de León y Patiño (2018) quienes encontraron niveles bajos en la dimensión de iniciativa en estudiantes universitarios. Asimismo, los datos también son confirmados por Onofre y Torres (2017)

quienes obtuvieron un nivel bajo en la iniciativa, con una media de 1,85. Se exponen más detalles en el figura 1.

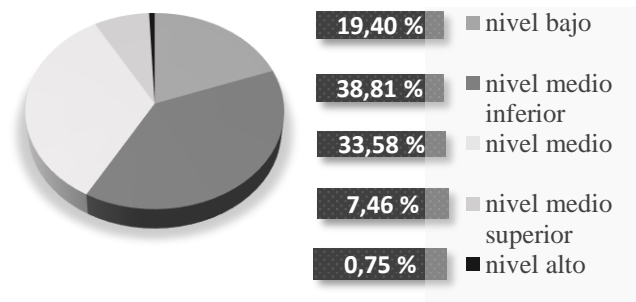


Figura 1. Niveles de asertividad sexual en la dimensión de inicio de la actividad sexual

Esta misma tendencia puede evidenciarse en la figura 2, en donde la dimensión de rechazo de la actividad sexual no deseada presenta una media de 1,23, tal valor representa un nivel medio inferior en el cual se encuentran la mayoría de las personas (46.27 %), de igual forma el porcentaje de individuos que se ubican en los niveles altos es insignificante, tanto para el nivel alto (.0 %) como para el nivel medio superior (0.75 %). En este sentido se encontraron resultados paralelos en la investigación de Varillas (2018) quien descubrió en esta dimensión que, en estudiantes universitarios el 36.7% tiene un nivel deficiente; el 34.0 %, nivel regular; el 9.4 %, nivel bueno y el 19.8 % un nivel muy bueno. Este hallazgo resalta la importancia de este factor para expresar el rechazo y poner limitaciones al contacto sexual no deseado.

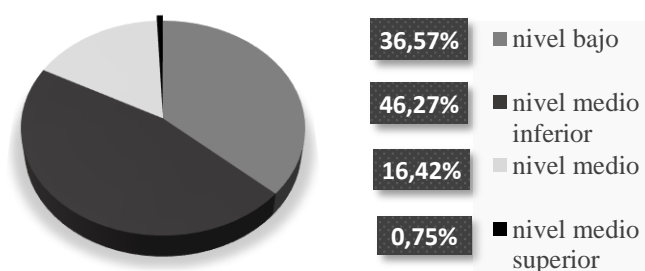


Figura 2. Niveles de asertividad en la dimensión rechazo de la actividad sexual no deseada

En referencia a la dimensión de negociación de anticonceptivos la media es de 1.47. Solo el 0.75 % de las personas están en un nivel alto. La mayor parte de los participantes se ubican en el nivel medio con un 36.57 % seguida del nivel medio inferior con un porcentaje del 32.09 % (figura 3). Los dato se asemeja a los resultados de Onofre y Torres (2017) quienes reportaron un nivel bajo, también que aquella población estudiada consideró el uso del condón en sus relaciones sexuales, sin embargo, terminaron aceptándolas sin protección, esto resultó

alarmante, ya que contribuye a la alta incidencia de embarazos no deseados, alta natalidad y un aumento de ITS-VIH. Por su parte, Pérez de la Barrera y Pick (2006) manifiestan que contar con la habilidad de comunicación asertiva con la pareja sexual regular, aumenta la probabilidad de que los adolescentes se protejan.

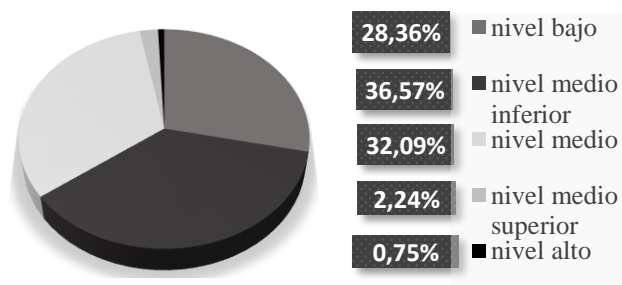


Figura 3 Niveles de asertividad en la dimensión de negociación de métodos de protección.

Niveles de asertividad sexual de cada dimensión en relación con las variables sociodemográficas

Para dar cumplimiento a los objetivos, a continuación, se describen los datos obtenidos en referencia a cada variable sociodemográfica, en este apartado es prioridad identificar aquellas frecuencias que puntúan más alto y más bajo en cada dimensión de la asertividad.

La primera variable abordada es la edad de los participantes en relación con la dimensión inicio de la actividad sexual deseada, en donde existe mayor prevalencia de jóvenes de 25 años en el nivel medio con un 8.2 %. La minoría se ubica en el nivel alto, con solo el 0.7 % en la edad de 21 años, como se observa en la Tabla 2. Al respecto Torres (2017) sostiene que la edad influye positivamente sobre la conducta sexual asertiva, es decir a mayor edad, mayor conducta sexual asertiva.

Tabla 2
Inicio de la actividad sexual deseada

Edad de los participantes	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior		Nivel alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18	4	3.0 %	6	4.5 %	5	3.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %
19	5	3.7 %	1	0.7 %	1	0.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %
20	6	4.5 %	10	7.5 %	4	3.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
21	1	0.7 %	8	6.0 %	5	3.7 %	2	1.5 %	1	0.7 %
22	3	2.2 %	6	4.5 %	6	4.5 %	3	2.2 %	0	0.0 %
23	2	1.5 %	7	5.2 %	4	3.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %
24	3	2.2 %	7	5.2 %	9	6.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %
25	2	1.5 %	7	5.2 %	11	8.2 %	4	3.0 %	0	0.0 %
Total	26	19.4 %	52	38.8 %	45	33.6 %	10	7.5 %	1	0.7 %



En cuanto a la dimensión rechazo de la actividad sexual no deseada, se evidencia una mayor tendencia a posicionarse en el nivel medio inferior (46.3 %), en la que también se ubica el mayor porcentaje de personas con 21 años de edad (8.2 %), mientras que la minoría de la población se encuentra en el nivel medio superior, concretamente en la edad de 25 años (0.7 %), esto significa además que no existe ningún individuo que puntuó en el nivel alto. Más detalles en la Tabla 3.

Tabla 3
Rechazo de la actividad sexual no deseada

Edad de los participantes	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
18	4	3.0 %	8	6.0 %	3	2.2 %	0	0.0 %
19	3	2.2 %	4	3.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
20	9	6.7 %	9	6.7 %	2	1.5 %	0	0.0 %
21	3	2.2 %	11	8.2 %	3	2.2 %	0	0.0 %
22	8	6.0 %	5	3.7 %	5	3.7 %	0	0.0 %
23	3	2.2 %	10	7.5 %	1	0.7 %	0	0.0 %
24	9	6.7 %	7	5.2 %	3	2.2 %	0	0.0 %
25	10	7.5 %	8	6.0 %	5	3.7 %	1	0.7 %
Total	49	36.6 %	62	46.3 %	22	16.4 %	1	0.7 %

Finalmente, la variable edad se relacionó con la dimensión negociación de anticonceptivos. Los resultados muestran que, de forma general, existe una mayor tendencia a ubicarse en el nivel medio inferior (36.6 %) esto indica déficit de esta habilidad, como podemos observar en la tabla 4 la mayoría de los datos se agrupan en el nivel bajo por los jóvenes de 25 años y en el nivel medio con los jóvenes de 22 años, los dos con un porcentaje de 7.5 %. Existe un porcentaje insignificante (0.7 %) en el nivel alto. Estos hallazgos se asemejan al estudio de Escalante, Cerrón, Salazar y Mezones (2008) quienes encontraron que el 54 % de hombres han tenido relaciones sexuales sin protección. No obstante, este hallazgo no es similar al estudio de Alfaro, Vázquez, Fierro, Muñoz, Rodríguez & González (2015) quienes al preguntar sobre el rechazo a una relación sexual sin preservativo encontraron que, un 58.8 % contestó afirmativamente.



Tabla 4
Negociación de anticonceptivos

Edad de los participantes	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior		Nivel alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18	4	3.0 %	8	6.0 %	3	2.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %
19	0	0.0 %	3	2.2 %	3	2.2 %	0	0.0 %	1	0.7 %
20	6	4.5 %	7	5.2 %	6	4.5 %	1	0.7 %	0	0.0 %
21	5	3.7 %	7	5.2 %	5	3.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %
22	2	1.5 %	6	4.5 %	10	7.5 %	0	0.0 %	0	0.0 %
23	4	3.0 %	6	4.5 %	4	3.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
24	7	5.2 %	5	3.7 %	7	5.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %
25	10	7.5 %	7	5.2 %	5	3.7 %	2	1.5 %	0	0.0 %
Total	38	28.4 %	49	36.6 %	43	32.1 %	3	2.2 %	1	0.7 %

La segunda variable es el sexo de los participantes, la que al ser relacionada con la dimensión de inicio de la actividad sexual no deseada arroja que la mayoría de la población, es decir un 21.6 %, está representada por hombres con un nivel medio inferior en la dimensión mencionada, mientras que la minoría, que corresponde al 0.7 % es del sexo femenino y está en un nivel alto, se muestran más detalles en la Tabla 5. Estos resultados son coherentes con lo obtenidos por Vélez (2015) quien encontró niveles de iniciación, en hombres y mujeres, que oscilan entre el nivel medio a bajo.

Tabla 5
Inicio de la actividad sexual deseada

Sexo de los participantes	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior		Nivel alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hombre	15	11.2 %	29	21.6 %	19	14.2 %	7	5.2 %	0	0.0 %
Mujer	11	8.2 %	23	17.2 %	26	19.4 %	3	2.2 %	1	0.7 %
Total	26	19.4 %	52	38.8 %	45	33.6 %	10	7.5 %	1	0.7 %

En la dimensión de rechazo de la actividad sexual no deseada la mayoría de los individuos son mujeres ubicadas en el nivel medio inferior, esto es un 25.4 %. Sin embargo en el nivel más bajo se observa que los hombres muestran menor asertividad, ello se puede evidenciar en mayor detalle en Tabla 6. Al respecto existen hallazgos que indican que efectivamente las mujeres puntúan significativamente más en asertividad en la dimensión de rechazo que los hombres (Sierra, Santos-Iglesias, y Vallejo-Medina, 2012).



Tabla 6
Rechazo de la actividad sexual no deseada

Sexo de los participantes	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hombre	27	20.1 %	28	20.9 %	14	10.4 %	1	0.7 %
Mujer	22	16.4 %	34	25.4 %	8	6.0 %	0	0.0 %
Total	49	36.6 %	62	46.3 %	22	16.4 %	1	0.7 %

En cuanto a la negociación de anticonceptivos y protección de enfermedades de transmisión sexual se evidencia que existe una mayor tendencia a ubicarse en el nivel medio inferior, de forma particular, hay un 21.6 % de hombres en este nivel. En concordancia Uribe, Aguilar, Zacarías y Aguilar (2015) realizaron un estudio en el que encontraron diferencias significativas tanto en hombres y mujeres, cuyo promedio sugiere inconsistencia en el uso del condón, que se vincula al desarrollo de habilidades asertivas.

Tabla 7
Negociación de anticonceptivos

Sexo de los participantes	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior		Nivel alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hombre	16	11.9 %	29	21.6 %	22	16.4 %	3	2.2 %	0	0.0 %
Mujer	22	16.4 %	20	14.9 %	21	15.7 %	0	0.0 %	1	0.7 %
Total	38	28.4 %	49	36.6 %	43	32.1 %	3	2.2 %	1	0.7 %

Al relacionar la información acerca de la variable estado civil con la dimensión de inicio de actividad sexual deseada, se encontró que prima la población soltera con un nivel medio de asertividad en dicha dimensión, el menor porcentaje está representado por la población de solteros en el nivel alto (0.7 %).

Con respecto a la variable estado civil, los participantes en la segunda dimensión denominada rechazo de la actividad sexual, puntuaron más alto en el nivel medio inferior con un 28.4 % de individuos solteros, la puntuación más baja es de 0.7 % de individuos casados, quienes están situados en el nivel medio superior. Por último, con la variable estado civil en la dimensión negociación de anticonceptivos, se evidencia que la población de solteros en el nivel medio inferior predomina con un porcentaje del 24,6 %, en cambio la puntuación menos representativa (0.7 %), esta se encuentra en un nivel alto con el mismo estado civil. Este hallazgo no coincide con los resultados obtenidos por Osorio et al. (2017) quienes manifiestan en su estudio que, el 84.8 % de participantes son solteros, el 39.5 % se encuentra en un nivel promedio alto y 15.5 % en nivel alto con respecto a su asertividad sexual.



En cuanto a la variable nivel de escolaridad en la dimensión inicio de la actividad sexual deseada. Los participantes reflejan la menor puntuación en el nivel alto (0.7 %). Se registra mayor prevalencia en el nivel medio inferior de escolaridad secundaria con un 24.6 %. Estos resultados se corroboran en el estudio de Robinson (2010) quien descubrió que diferentes variables sociodemográficas influyen en las conductas sexuales. Asimismo, los resultados encontrados por Bermúdez, Ramiro y Ramiro (2014) reportan que los adolescentes que estudian tienen mayor probabilidad de tener experiencia sexual. Más datos se detallan en la tabla 8.

Tabla 8

Inicio de la actividad sexual deseada

Nivel de escolaridad	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior		Nivel alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nula	3	2.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
Primaria	2	1.5 %	5	3.7 %	2	1.5 %	0	0.0 %	1	0.7 %
Secundaria	14	10.4 %	33	24.6 %	23	17.2 %	5	3.7 %	0	0.0 %
Superior	7	5.2 %	14	10.4 %	20	14.9 %	5	3.7 %	0	0.0 %
Total	26	19.4 %	52	38.8 %	45	33.6 %	10	7.5 %	1	0.7 %

En la dimensión rechazo de la actividad sexual no deseada, se obtuvo que existe un menor grado de participantes en un nivel medio superior con un nivel de escolaridad secundaria (0.7 %), además una mayor puntuación de participantes con un 24.6 % en un nivel medio inferior, seguido del nivel bajo (22.4 %), dichos resultados coinciden con el estudio de Rickert, Neal, Wiemann y Berenson (2006) quienes afirmaron que no haber concluido estudios de secundaria genera más probabilidad de tener baja asertividad sexual en comparación con las de mayor nivel de escolaridad. Seguidamente, se detallan más datos en la tabla 9.

Tabla 9

Rechazo de la actividad sexual no deseada

Nivel de escolaridad	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nula	3	2.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
Primaria	4	3.0 %	6	4.5 %	0	0.0 %	0	0.0 %
Secundaria	30	22.4 %	33	24.6 %	11	8.2 %	1	0.7 %
Superior	12	9.0 %	23	17.2 %	11	8.2 %	0	0.0 %
Total	49	36.6 %	62	46.3 %	22	16.4 %	1	0.7 %

Para la variable de negociación de anticonceptivos, los participantes presentaron una mayor puntuación en el nivel medio inferior (21.6 %) lo que indica una tendencia a no hacer uso de protección para las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Las menores puntuaciones se sitúan en el nivel alto (0.0 %). Este hallazgo no coincide con los resultados de

la investigación realizada por Pérez de la Barrera y Pick (2006) quienes manifiestan que la habilidad de comunicación asertiva es el mejor predictor de conducta sexual protegida, esto indica que contar con la habilidad de comunicación asertiva con la pareja sexual regular, aumenta la probabilidad de que los adolescentes se protejan. En la tabla 10 se puntualizan más datos.

Tabla 10
Negociación de anticonceptivos

Nivel de escolaridad	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior		Nivel alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nula	2	1.5 %	1	0.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
Primaria	6	4.5 %	1	0.7 %	2	1.5 %	0	0.0 %	1	0.7 %
Secundaria	21	15.7 %	29	21.6 %	23	17.2 %	2	1.5 %	0	0.0 %
Superior	9	6.7 %	18	13.4 %	18	13.4 %	1	0.7 %	0	0.0 %
Total	38	28.4 %	49	36.6 %	43	32.1 %	3	2.2 %	1	0.7 %

Los resultados sobre la variable edad de inicio de la actividad sexual respecto a la dimensión inicio de la actividad sexual deseada reflejan que la menor puntuación de participantes es de 0.7 % situada en un nivel alto, la mayor puntuación es de 11.2 % en un nivel medio inferior los cuales indicaron haber iniciado su actividad sexual a los 18 años de edad, este hallazgo es similar al de Uribe, Bahamón, Reyes, Trejos y Alarcón (2017) quienes reportaron una media en el debut sexual de 17.2 años. A continuación se puede observar más datos detallados en la tabla 11.

Tabla 11
Inicio de la actividad sexual deseada

Edad de inicio de la actividad sexual	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior		Nivel alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
8	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %
12	0	0.0 %	0	0.0 %	3	2.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %
13	1	0.7 %	1	0.7 %	0	0.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %
14	0	0.0 %	3	2.2 %	0	0.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %
15	5	3.7 %	8	6.0 %	7	5.2 %	1	0.7 %	1	0.7 %
16	6	4.5 %	7	5.2 %	8	6.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %
17	4	3.0 %	12	9.0 %	7	5.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %
18	5	3.7 %	15	11.2 %	10	7.5 %	4	3.0 %	0	0.0 %
19	3	2.2 %	4	3.0 %	4	3.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
20	2	1.5 %	1	0.7 %	4	3.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
21	0	0.0 %	0	0.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %
22	0	0.0 %	0	0.0 %	1	0.7 %	1	0.7 %	0	0.0 %
24	0	0.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
Total	26	19.4 %	52	38.8 %	45	33.6 %	10	7.5 %	1	0.7 %



Los participantes en la variable inicio de la actividad sexual respecto a la dimensión rechazo de la actividad sexual presentaron la menor puntuación en un nivel medio superior (0.7 %) con un inicio de esta a la edad de 15 años. Obtuvieron una mayor puntuación de 11.9 % que corresponde a un nivel medio inferior de asertividad sexual e inicio de la actividad sexual a los 18 años de edad. Por lo señalado Onofre y Torres (2017) refieren que, cuando no se tiene la capacidad de rechazar una relación sexual no deseada o insegura, se permite acceso a lo que sus parejas sexuales les propongan, poniendo en riesgo su salud sexual o bien propensas a un embarazo no deseado. Seguido, se pueden observar a detalle más datos en cuanto a este aspecto en la tabla 12.

Tabla 12

Rechazo de la actividad sexual no deseada

Edad de inicio de la actividad sexual	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
8	0	0.0 %	0	0.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %
12	1	0.7 %	2	1.5 %	0	0.0 %	0	0.0 %
13	1	0.7 %	1	0.7 %	1	0.7 %	0	0.0 %
14	0	0.0 %	2	1.5 %	2	1.5 %	0	0.0 %
15	5	3.7 %	12	9.0 %	4	3.0 %	1	0.7 %
16	9	6.7 %	9	6.7 %	4	3.0 %	0	0.0 %
17	8	6.0 %	14	10.4 %	1	0.7 %	0	0.0 %
18	15	11.2 %	16	11.9 %	3	2.2 %	0	0.0 %
19	5	3.7 %	3	2.2 %	3	2.2 %	0	0.0 %
20	4	3.0 %	0	0.0 %	3	2.2 %	0	0.0 %
21	0	0.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %
22	0	0.0 %	2	1.5 %	0	0.0 %	0	0.0 %
24	1	0.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
Total	49	36.6 %	62	46.3 %	22	16.4 %	1	0.7 %

Los resultados de la dimensión negociación de anticonceptivos en relación a la edad de inicio de la vida sexual activa, reflejan que los participantes tienen una menor puntuación (0.7 %) y una mayor puntuación de 11.2 % en el nivel medio inferior que corresponde a la edad de 18 años, esto refleja que existe un nivel medio inferior de asertividad sexual en cuanto al uso de ETS. Es así que este descubrimiento es equivalente al estudio del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010), en el que se refleja que el 67.7 % de mujeres de 15 a 24 años no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. De igual manera concuerda con Ávila, Espinoza, Matos y García (2016) quienes encontraron que más del 20 % de adolescentes revelaron no haber utilizado un método anticonceptivo durante su primera relación



coital, asimismo en actividades posteriores, lo que da a conocer los riesgos que conllevan estas acciones. Posteriormente, a mayor detalle se encuentran los datos en tabla 13.

Tabla 13
Negociación de anticonceptivos

Edad de inicio de la actividad sexual	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior		Nivel alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
8	0	0.0 %	0	0.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %
12	0	0.0 %	2	1.5 %	1	0.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %
13	1	0.7 %	1	0.7 %	0	0.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %
14	0	0.0 %	1	0.7 %	2	1.5 %	1	0.7 %	0	0.0 %
15	6	4.5 %	7	5.2 %	8	6.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %
16	6	4.5 %	10	7.5 %	5	3.7 %	0	0.0 %	1	0.7 %
17	6	4.5 %	10	7.5 %	7	5.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %
18	8	6.0 %	15	11.2 %	11	8.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %
19	5	3.7 %	1	0.7 %	5	3.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %
20	5	3.7 %	0	0.0 %	2	1.5 %	0	0.0 %	0	0.0 %
21	0	0.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
22	1	0.7 %	0	0.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %
24	0	0.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
Total	38	28.4 %	49	36.6 %	43	32.1 %	3	2.2 %	1	0.7 %

En relación a la variable número de parejas sexuales, la dimensión de inicio de la actividad sexual deseada refleja predominio de adultos emergentes con un 9.0 % los cuales señalaron tener 3 parejas sexuales, estos se ubican en el nivel medio inferior; seguido de varios grupos con 8.2 %. Además, se visualiza una minoría en un nivel alto de 0.7 %. En la tabla 14 se presenta información más detallada.

Tabla 14
Inicio de la actividad sexual deseada

Número de parejas sexuales	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior		Nivel alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	9	6.7 %	11	8.2 %	11	8.2 %	3	2.2 %	0	0.0 %
2	6	4.5 %	9	6.7 %	11	8.2 %	1	0.7 %	0	0.0 %
3	7	5.2 %	12	9.0 %	10	7.5 %	0	0.0 %	1	0.7 %
4	2	1.5 %	11	8.2 %	4	3.0 %	1	0.7 %	0	0.0 %
5	1	0.7 %	4	3.0 %	2	1.5 %	2	1.5 %	0	0.0 %
6 o más	1	0.7 %	5	3.7 %	7	5.2 %	3	2.2 %	0	0.0 %
Total	26	19.4 %	52	38.8 %	45	33.6 %	10	7.5 %	1	0.7 %

Respecto al rechazo de la actividad sexual no deseada en relación al número de parejas sexuales, se encontró que los participantes tienen mayor puntuación en el nivel medio inferior



con un 13.4 %, seguido de un 10.4 % en un nivel bajo, la minoría de participantes se ubica en el nivel medio superior (0.7 %). Dicho lo anterior, se detallan más datos en la tabla 15.

Tabla 15
Rechazo de la actividad sexual no deseada

Número de parejas sexuales	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	14	10.4 %	18	13.4 %	2	1.5 %	0	0.0 %
2	12	9.0 %	11	8.2 %	4	3.0 %	0	0.0 %
3	11	8.2 %	13	9.7 %	6	4.5 %	0	0.0 %
4	5	3.7 %	11	8.2 %	2	1.5 %	0	0.0 %
5	3	2.2 %	3	2.2 %	3	2.2 %	0	0.0 %
6 o más	4	3.0 %	6	4.5 %	5	3.7 %	1	0.7 %
Total	49	36.6 %	62	46.3 %	22	16.4 %	1	0.7 %

Los participantes respecto a la variable número de parejas sexuales y la dimensión negociación de anticonceptivos presentaron puntuaciones altas similares (9.7 %) en el nivel medio inferior y nivel medio, pero difieren en el número de parejas sexuales, pues los del nivel medio inferior señalaron 3 parejas sexuales y en el nivel medio 1 pareja sexual. También se encuentra la puntuación más baja (0.7 %) con 1 pareja sexual. Esto indica de manera general en las tres dimensiones que a menor nivel de asertividad sexual de los participantes, mayor número de parejas sexuales estos tienen. Estos resultados son similares al estudio de Jaramillo (2017) quien descubrió que la mayoría de sus participantes indicaron de 1 a 3 parejas sexuales. En este aspecto es importante considerar que, tener múltiples parejas sexuales es considerada como conducta sexual de riesgo (Osorio et al., 2017), También mencionan la baja asertividad sexual y autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA. (Forcada, et al., 2013; Espada, Morales y Orgilés, 2014). Los datos se encuentran detallados en la tabla 16.

Tabla 16
Negociación de anticonceptivos

Número de parejas sexuales	Nivel bajo		Nivel medio inferior		Nivel medio		Nivel medio superior		Nivel alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	12	9.0 %	8	6.0 %	13	9.7 %	0	0.0 %	1	0.7 %
2	9	6.7 %	10	7.5 %	8	6.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %
3	10	7.5 %	13	9.7 %	7	5.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %
4	1	0.7 %	11	8.2 %	6	4.5 %	0	0.0 %	0	0.0 %
5	0	0.0 %	3	2.2 %	6	4.5 %	0	0.0 %	0	0.0 %
6 o más	6	4.5 %	4	3.0 %	3	2.2 %	3	2.2 %	0	0.0 %
Total	38	28.4 %	49	36.6 %	43	32.1 %	3	2.2 %	1	0.7 %



CONCLUSIONES

Los niveles de las dimensiones de asertividad sexual arrojan en general puntuaciones bajas, que sugieren que los adultos emergentes del barrio Buenos Aires no poseen habilidades necesarias para mantener un comportamiento sexual saludable.

Para la población estudiada, es difícil propiciar encuentros sexuales deseados y más aún manifestar sus deseos eróticos al momento del acto coital, no poseen tampoco la capacidad de negarse rotundamente a rechazar el sexo no deseado y no tienen hábitos saludables de protección ante enfermedades de transmisión sexual ni de embarazos no deseados.

Ninguna variable se relaciona con un nivel satisfactorio de asertividad sexual en ninguna de las dimensiones estudiadas por lo que se puede concluir que ninguna característica de la población en específico es predictora de una conducta sexual saludable, se detalla a continuación una conclusión con respecto a cada variable.

Los participantes con la edad máxima considerada en este estudio resultan tener un mejor desenvolvimiento a la hora de iniciar el acto sexual deseado y de transmitir sus deseos sexuales, sin embargo, muestran bajos niveles de asertividad a la hora de usar protección durante el coito, según los hallazgos son los individuos de 21 años quienes se manejan mejor en esta dimensión. Con respecto a la dimensión de rechazo de la actividad sexual no deseada se encuentra que predomina un nivel medio inferior en la edad de 21 años. A pesar de que se ha señalado que ciertos individuos tienen un mejor nivel de asertividad, esto no significa que dicho nivel sea satisfactorio, pues no existen tendencias que reflejen niveles altos de asertividad en ninguna edad.

En referencia al sexo de los participantes los hombres demuestran ser menos asertivos al momento de propiciar la actividad sexual deseada y de igual forma para negociar el uso de barreras anticonceptivas y prevención de enfermedades de transmisión sexual, no obstante, en la variable de rechazo de la actividad sexual son las mujeres las que demuestran menor asertividad. Ni la población femenina ni masculina muestra niveles altos o aceptables en ninguna de las variables, ello indica que sus conductas sexuales probablemente no serán consideradas como saludables.

En cuanto al estado civil, son las personas solteras quienes tienen los niveles más bajos de asertividad sexual en las tres dimensiones. No existen porcentajes representativos que puntúen alto en asertividad sexual en ninguno de las tres variables consideradas.



Se concluye además que son las personas con una escolaridad secundaria quienes tienen más riesgo en el ámbito sexual puesto que es la población que registra en su mayoría una tendencia a ubicarse en niveles inferiores.

Las personas que han iniciado su vida sexual alrededor de los 18 años es más propensa a tener niveles bajos de asertividad, tanto para propiciar los encuentros deseados, rechazar los no deseados o tener los cuidados necesarios para prevenir embarazos indeseados o enfermedades venéreas.

En la última variable se puede observar que los participantes que han tenido menos parejas sexuales son las menos asertivas, a pesar de que nuevamente no existan frecuencias representativas en los niveles superiores de asertividad sexual, se evidencia una menor tendencia a posicionarse en los niveles inferiores cuando se han tenido 5 parejas sexuales o más.



RECOMENDACIONES

Al tratarse de una temática de estudio nueva en este tipo de población, es preciso reconocer que este refleja la gran necesidad de continuar indagando sobre el presente constructo, pues existen pocas investigaciones en nuestro medio que respalden la existencia de un nivel de asertividad medio inferior en los participantes, por lo tanto, es imprescindible que se siga indagando acerca de los niveles de asertividad sexual en zonas rurales diferentes de la actual con el fin de corroborar los datos obtenidos en este estudio, ya que de ser así, ello representaría una problemática de gran nivel para este grupo de personas que por mucho tiempo y en varios ámbitos se han visto poco favorecidas en comparación de las zonas más desarrolladas.

Es recomendable además que para futuras investigaciones se siga considerando muestras homogéneas en cuanto al sexo, ya que la mayoría de estos estudios han sido realizados en muestras de poblaciones femeninas.

Se sugiere que, para estudios posteriores, se lleven a cabo estudios con carácter experimental que consideren la aplicación de actividades enfocadas a mejorar la asertividad sexual en esta población, así también la promoción o campañas por parte de las autoridades del sector a diseñar trabajos sumamente prácticos con temas relacionados a la sexualidad y la violencia hacia la pareja, en la cual sean partícipes esta población estudiada, es necesario que las entidades de salud insistan en temas de índole sexual, ya que a pesar de los movimientos que se han dado para propiciar encuentros sexuales saludables no están dando resultado o quizás no están llegando hasta los grupos que más lo necesitan.

De igual forma, es recomendable que los estudios posteriores se concentren no solo en la población de adultos emergentes, sino que el rango de edad se extienda de forma que sea posible evaluar profundamente con poblaciones más variadas el alcance de esta problemática dentro de las zonas rurales.

Por último, se recomienda además que para futuras investigaciones se consideren también otro tipo de variables tales como la religión, clase social, tipo de crianza, entre otras, pues estos son factores que evidentemente pueden influir en la forma que las personas tienen para percibir el acto sexual y por ende esto condiciona su comportamiento en el acto.



REFERENCIAS CONSULTADAS

- Alfaro, M., Vázquez, M., Fierro, A., Muñoz, M., Rodríguez, L., & González, C. (2015). Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. *Pediatría Atención Primaria*, 17(67), 217-225. doi:10.4321/S1139-76322015000400003
- American Psychological Association. (2010). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. *Buenos Aires. American Psychological Association*. Recuperado de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. doi:10.1037/0003-066x.55.5.469
- Arnett, J. J. (2014). Presidential Address: The Emergence of Emerging Adulthood. *Emerging Adulthood*, 2(3), 155–162. doi:10.1177/2167696814541096
- Arnett, J. J. (2015). *Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties (2nd ed.)*. New York, NY: Oxford University Press.
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
- Ávila, C., Espinoza, J., Matos, C., & García, M. (2016). Estudio descriptivo de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de las zonas urbanas. *Horizonte de la Ciencia*, 6(10), 152-172. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5612855.pdf>
- Bermúdez, M., Ramiro, T., & Ramiro, M. (2014). Capacidad predictiva de la erotofilia y variables sociodemográficas sobre el debut sexual. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 5(1), 55-70. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2451/245129173004>
- Bonifacio, S. (2018). Características de personalidad y asertividad sexual en agresores sexuales de cuatro centros penitenciarios del país (Tesis de maestría). Universidad de San Martín de Porres. Perú.
- Caballo, V. E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*, 13, 52-62.
- Cañón, Wilson., & Rodríguez, A. (2011). Asertividad: una habilidad social necesaria en los profesionales de enfermería y fisioterapia. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 20 (Esp), 81-87. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500010>
- 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 <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/738/577>
- Crooks, R y Baur, K. (2009). *Nuestra Sexualidad [OurSexuality]*. México. Cengage Learning, pp. 198-235.
- Eklund, R., & Hjelm, A. (2018). "Til'I can get my satisfaction": *The Role of Sexual Assertiveness in the Relationship between Attachment Orientation and Sexual Satisfaction*. Recuperado de <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1188922/FULLTEXT01.pdf>
- Escalante, L., Cerrón, C., Salazar, A., & Mezones, E. (2008). Descripción De La Conducta Sexual En Adultos Jóvenes Limeños. *Horizonte Médico*, 8(1), 73-80. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3716/371637117005>
- Espada, J., Morales, A., y Orgilés, M. (2014). Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 53-60. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v17n1/v17n1a06.pdf>
- Forcada, M., Pacheco, M., Pahua, M., Pérez, P., Todd, F & Pulido, R. (2013). Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios: factores de riesgo y protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 23-46.
- Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Sayausí. (2015). Plan de desarrollo y ordenamiento territorial de la parroquia "Sayausí", Cuenca.
- Gómez, F. (2016). La Comunicación. *Salus*, 20(3), 5-6. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382016000300002&lng=es&tlng=es
- Granados, M., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. (2011). Relación de la ansiedad y la depresión con la asertividad sexual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37(155-156), 77-90. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Vallejo-medina/publication/235952325_Relacion_de_la_ansiedad_y_la_depresion_con_la_asertividad_sexual/links/0c960514b046a18b4f000000/Relacion-de-la-ansiedad-y-la-depresion-con-la-asertividad-sexual.pdf
- Hechavarría, M., Ochoa, M., y Zayas, P. (2018). Antecedentes psicológicos de la comunicación. *Opuntia Brava*, 1(1), 9-16. <https://doi.org/https://doi.org/10.35195/ob.v1i1.505>
- Hernández, M., Alberti, P., Pérez, E., Pérez, M., Olivera, A., & Talavera, D. (2014). Relaciones, género y sexualidad entre jóvenes rurales de Salinas de Hidalgo, San Luis Potosí,



- México. *Ra Ximhai*, 10(6). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46132135010>
- Humanos, D. (1948). *Declaración Universal de los Derechos humanos*. Recuperado de <http://www.un.org>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2010). “Censo 2010 población y vivienda: una historia para ver y sentir”. Quito.
- Jaramillo, M. (2017). *Estudio comparativo de la asertividad sexual en Universitarios ecuatorianos y españoles*. (Tesis de maestría). Universidad de Almería, España.
- López, S. (2013). *Factors associated with the development of sexual assertiveness in women: a literature review* (Tesis doctoral). Katholieke Universiteit Leuven Faculty of Medicine. Leuven.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021. Quito, Ecuador.
- Morokoff, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. R., & Burkholder, G. J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 790–804. doi:10.1037/0022-3514.73.4.790
- ONU: Asamblea General, Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 Diciembre 1948, 217 A (III), disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html> [Recuperado el 7 de noviembre 2019]
- Onofre, D y Torres, R. (2017). Asertividad sexual en mujeres del Noreste de México. En Cerros, E y Martínez, V. (Ed.), *Estudios críticos sobre políticas y problemáticas sociales*. (pp.149-165). Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León
- Osorio, A., Álvarez, A., Hernández, V., Sánchez, M & Muñoz, L. (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en jóvenes universitarios del área de la salud. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(14). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4981/498153999001>



- Patiño, T., y León, D. (2018). *Niveles de asertividad sexual en estudiantes universitarios de la ciudad de Cuenca* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Pérez de la Barrera, C., & Pick, S. (2006). Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(3), 333-340. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=284/28440307>
- Rickert, I., Neal, P., Wiemann, M., & Berenson, B. (2006). Prevalence and predictors of low sexual assertiveness. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 13, 88-89.
- Rickert, V., Sanghvi, R., y Wietmann, C. (2002). Is lack of Sexual Assertiveness among adolescent and young adults a cause of concern? *Perspectives of Sexual and Reproductive Health*, 34(4), 178-183. doi: 10.2307/3097727
- Rivera González, J. G. (2012). Juventudes emergentes: percepciones en torno a la familia, la escuela, el trabajo y el ocio en jóvenes en contextos rurales en San Luis Potosí, México. *Cuicuilco*, 19(53), 73-95. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592012000100004.
- Robinson, S. (2010). Sexual risk taking in adolescence: Examining negative gender beliefs. *Studies by Undergraduate Researchers at Guelph*, 4, 7-13
- Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. España: Editorial C/ Manuel Candela 6, 3ª. 46021 Valencia.
- Rodríguez, J., Álvarez, F., y Gimeno, E. (2016). La asertividad. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 23(6), 352–357. doi: 10.1016/j.fmc.2015.11.009
- Salas, T. (2017). *Efecto de un programa en habilidades sociales para la conducta asertiva en estudiantes de primer año de la carrera de administración en una Universidad en Lima*. (Tesis de maestría). Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Perú.
- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (3), 553-577. Recuperado de <http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=33714079010>
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J., & Vallejo-Medina, P. (2012). Predictors of Sexual Assertiveness: The Role of Sexual Desire, Arousal, Attitudes, and Partner Abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 1043–1052. doi:10.1007/s10508-012-9998-3
- Sierra, J. C., Medina, P. V., & Iglesias, P. S. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología/Annals of*



- Psychology*, 27(1), 17-26. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/113431/107421>
- Sierra, J. C., Santos-Iglesias, P., y Vallejo-Medina, P. (2012). Evaluación de la equivalencia factorial y métrica de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) por sexo. *Psicothema*, 24(2), 316-322. Recuperado de https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=evaluacion+de+la+equivalencia+factorial+y+metrica+de+la+SAS&btnG=
- Szasz, I. (1998). Sexualidad y género: Algunas experiencias de investigación en México. *Debate Feminista*, 18, 77-104. Recuperado de http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/018_05.pdf
- Teles, V., & Rocha, S. (2015). Adultez emergente: um fenômeno normativo? *Revista Saúde & Ciência Online*, 4(1), 32-40. doi: 10.35572/rsc.v4i1.218
- Terroni, N. (2009). La comunicación y la asertividad del discurso durante las interacciones grupales presenciales y por computadora. *Psico-USF*, 14(1), 35-46. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v14n1/a05v14n1.pdf>
- Torres, R. (2017). *Modelo de conducta sexual asertiva en mujeres*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma De Nuevo León, México.
- Torres-Obregon, R., Onofre-Rodríguez, D., Sierra, J., Benavides-Torres, R., & Garza-Elizondo, M. (2017). Validación de la Sexual Assertiveness Scale en mujeres mexicanas. *Suma psicológica*, 24(1), 34-41. doi:10.1016/j.sumpsi.2017.01.001
- Uribe, J., Aguilar, J., Zacarías, X., & Aguilar, A. (2015). Modelos Explicativos del Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de Adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1904-1915. doi:10.1016/s2007-4719(15)30010-7
- Uribe, J., Andrade, P., Zacarías, X., & 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 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80228344005>
- Uribe, J., Bahamón, M., Reyes, L., Trejos, A., y Alarcón, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 203-211. doi: 10.14718/ACP.2017.20.1.10



- Varillas, P. (2018). *Rasgos de personalidad en universitarios con y sin Asertividad sexual en una universidad privada de lima* (Tesis de pregrado).Universidad Autónoma del Perú, Perú.
- Vélez, P. (2015). *Niveles de asertividad sexual de estudiantes de la universidad de Cuenca: un análisis comparativo entre hombres y mujeres* (Tesis de pregrado).Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.



ANEXOS

Anexo 1
CONSENTIMIENTO INFORMADOUNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: ASERTIVIDAD SEXUAL EN ADULTOS EMERGENTES DE LA ZONA RURAL BUENOS AIRES DEL CANTÓN CUENCA EN EL PERÍODO 2019 -2020

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador	Pablo Andres Lalangui Calero	1104823172	Universidad de Cuenca
Investigadora	Jessica Magaly Soliz Campoverde	0502788706	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en una zona rural del Cantón Cuenca. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

Los comportamientos sexuales están condicionados por el ambiente que rodea a cada individuo, por lo mismo será diferente dependiendo del territorio en el que una persona se desarrolle. En esta oportunidad, es de interés investigar si en la presente zona, dicho comportamiento sexual se está dando de manera positiva o negativa, sin embargo, las personas que en esta investigación participen, deberán ser jóvenes comprendidos entre la edad de los 18 a los 25 años de edad, pues se considera que es precisamente en esta etapa de la vida en donde los individuos comienzan a experimentar plenamente su vida sexual o incluso eligen la pareja definitiva en donde la sexualidad también resulta un factor importante dentro de los compromisos.

Objetivo del estudio

El objetivo de esta investigación, es determinar si los jóvenes de esta zona llevan una vida sexual saludable o no.

Descripción de los procedimientos

En primer lugar, se llevará a cabo la aplicación del presente documento en donde el participante acepta o no ser parte de esta investigación, posteriormente se procederá a aplicar los instrumentos que se han considerado para este trabajo investigativo, lo mismos que tienen una duración aproximada de 20 minutos.

Con la información que cada participante proporcione, se realizará un análisis que posteriormente se dará a conocer tanto en la Universidad de Cuenca como con las autoridades de la presente zona.

Riesgos y beneficios

Es posible que, durante su participación, se encuentre usted con ciertas preguntas que tienen que ver con sus prácticas sexuales y por lo tanto podrían incomodarle, sin embargo al leerlas usted podría despertar cierto interés por la forma en la que se ha desenvuelto en este ámbito hasta el presente momento, y ello podría traerle beneficios personales, además es importante señalar que los resultados de la presente investigación, podrían traer beneficios directos para su comunidad si se evidenciase una posible problemática que podría llamar la atención de las autoridades de la zona.



Otras opciones si no participa en el estudio

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria, es decir que usted tiene la total libertad de negarse a participar en el mismo, y ello no le ocasionara ningún tipo de consecuencias.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0968818859 que pertenece a Jessica Soliz o envíe un correo electrónico a Jessicam.solizc@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

_____ Nombres completos del/a participante	_____ Firma del/a participante	_____ Fecha
_____ Nombres completos del testigo (si aplica)	_____ Firma del testigo	_____ Fecha
_____ Nombres completos del/a investigador/a	_____ Firma del/a investigador/a	_____ Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec

**Anexo 2**
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento.	Tiempo	Ficha sociodemográfica en años cumplidos	Desde 18 hasta 25 años.
Sexo	Características innatas que diferencian un hombre y mujer	Fenotipo	Ficha sociodemográfica	Mujer Hombre
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o parea y su situación legal respecto a esto.	Social	Ficha sociodemográfica	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
Nivel de escolaridad	Grado de estudios cursados por un individuo.	Social	Ficha sociodemográfica	Nula Primaria Secundaria Superior
Número de parejas sexuales que ha tenido desde el inicio de su vida sexual activa.	Cantidad de personas con las que ha practicado el coito.	Biopsicosocial	Ficha sociodemográfica	De 1 en adelante
Edad de inicio de su vida sexual activa.	Edad en la que sostuvo su primer encuentro sexual.	Biopsicosocial	Ficha sociodemográfica	Cualquier dato que el participante proporcione dentro de un rango razonable de edad (10 a 24 años).
Asertividad Sexual	Capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables (Morokoff et al., 1997).	Interpersonal Intrapersonal Comunicación	Escala de Asertividad Sexual (Morokoff et al., 1997).	Tres subescalas, cada una de las cuales están conformadas por 6 ítems, es decir una totalidad de 18 ítems.



Anexo 3
FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Por favor marque con una X el cuadro que represente su situación actual.								
1. Edad:	18	19	20	21	22	23	24	25
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sexo:	Hombre				Mujer			
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
3. Estado civil:	Soltero	Casado	Unión libre	Divorciado	Viudo			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Nivel de escolaridad:	Nula	Primaria	Secundaria	Superior				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. Número de parejas sexuales que ha tenido desde que inició su vida sexual activa:	1	2	3	4	5	6 o más		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Por favor escriba la edad en la que inicio su vida sexual activa: _____								

**Anexo 4****Escala de Asertividad Sexual (SAS)**

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

0 = Nunca

1 = A veces (en un 25% de las ocasiones, aproximadamente)

2 = La mitad de las veces (en un 50% de las ocasiones, aproximadamente)

3 = Casi siempre (en un 75% de las ocasiones, aproximadamente)

4 = Siempre

	N unc a	A vec es	L a mit ad de las vec es	C asi sie mpr e	S iem pre
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, estimulo sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece	0	1	2	3	4
9. Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste	0	1	2	3	4
10. Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece	0	1	2	3	4
11. Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales aunque me presione	0	1	2	3	4
12. Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste	0	1	2	3	4
13. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex, incluso aunque yo prefiera utilizarlos	0	1	2	3	4
14. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales, sin utilizar condón o barrera de látex, incluso aunque yo no quiera	0	1	2	3	4
15. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón o barrera de látex	0	1	2	3	4
16. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex	0	1	2	3	4
17. Insisto en usar condón o barrera de látex cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos	0	1	2	3	4
18. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón o barrera de látex	0	1	2	3	4

