



**Universidad
Continental**

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

**Análisis psicométrico de la escala de
asertividad sexual en estudiantes
universitarios de Huancayo**

Ingrid Priscilla Puente Galván

Huancayo, 2017

Tesis para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología



Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Obra protegida bajo la licencia de [Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Perú](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/peru/)

ASESOR

Dr. Luis Alberto Yarlequé Chocas

AGRADECIMIENTO

A mi familia, por su incondicional cariño y soporte, que se ha mantenido como una constante en mi desarrollo tanto personal como profesional.

A mi asesor el Dr. Luis Alberto Yarlequé Chocas, quien tuvo la generosidad de compartir su tiempo y amplios conocimientos en investigación para guiar el desarrollo del presente estudio.

A los profesores de la Universidad Continental, en especial al Dr. Carlos Ávila Benito, por transmitirme a través de sus invaluableles clases las bases de la sexualidad humana, pero sobre todo por su calidad como profesional.

A mi colega el Lic. David Rogelio Villareal Zegarra, por su apoyo en el desarrollo del estudio y por contagiarme su espíritu investigador.

A los estudiantes que voluntariamente se ofrecieron a participar del estudio, sin ellos no habría sido posible esta investigación.

DEDICATORIA

A mi familia, porque son fuente constante de motivación, cada una de ellas es un ejemplo de vida, coraje, fortaleza y lucha. Me han brindado más que lo necesario, y en retribución a ello ofreceré lo mejor de mí.

INDICE

ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
INDICE	v
LISTA DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPITULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	1
1.1. Planteamiento y formulación del problema	1
1.1.1. Planteamiento del problema	1
1.1.2. Formulación del problema	4
1.2. Objetivos	4
1.2.1. Objetivo general	4
1.2.2. Objetivo específicos	5
1.3. Justificación e importancia.....	5
1.4. Hipótesis y descripción de variables	7
1.4.1. Hipótesis general	7
1.4.2. Hipótesis específicas	7
1.4.3. Variables y operacionalización	7
CAPITULO II.....	11
MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. Antecedentes del problema	11
2.2. Bases teóricas de la asertividad sexual.....	16
2.1.1. Definición de la asertividad sexual	16
2.1.2. Áreas vinculadas al estudio de la asertividad sexual.....	18
2.3. Evaluación de la asertividad sexual	21
2.4. Propiedades psicométricas de la escala de asertividad sexual	23
2.4.1. Confiabilidad.....	24

2.4.2.	Validez	24
2.4.3.	Baremos.....	26
2.5.	Definición de términos básicos	26
CAPITULO III.....		29
METODOLOGÍA.....		29
3.1.	Método y alcance de la investigación	29
3.2.	Diseño de la investigación.....	29
3.3.	Población y muestra	30
3.3.1.	Población.....	30
3.3.2.	Muestra.....	30
3.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
3.5.	Técnicas de análisis de datos.....	31
CAPITULO IV.....		34
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		34
4.1.	Resultados del tratamiento y análisis de la información	34
4.1.1.	Análisis preliminar	34
4.1.2.	Análisis factorial exploratorio.....	36
4.1.3.	Análisis factorial confirmatorio	40
4.1.4.	Análisis de confiabilidad.....	43
4.1.5.	Baremación.....	43
4.2.	Discusión de resultados	47
CONCLUSIONES		51
RECOMENDACIONES.....		53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		54
ANEXOS		62

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Dimensiones de la Escala de Asertividad Sexual (SAS) con sus respectivos ítems	10
Tabla 2: Media, desviación estándar, correlación ítem-test corregida y alfa de Cronbach	35
Tabla 3: Cargas factoriales de los modelo de dos y tres dimensiones con rotación Direct Oblim	37
Tabla 4: Cargas factoriales del modelo de dos dimensiones con rotación Direct Oblim con solo quince ítems	38
Tabla 5: Cargas factoriales del modelo de tres dimensiones con rotación Direct Oblim con solo trece ítems	39
Tabla 6: Índice de ajuste de la Escala de Asertividad Sexual (n=416)	42
Tabla 7: Análisis de confiabilidad de las dos dimensiones analizadas	43
Tabla 8: Baremos	44
Tabla 9: Interpretación del Factor 1 (Habilidad para rechazar una actividad sexual no deseada)	45
Tabla 10: Interpretación del Factor 2 (Incapacidad para expresar deseos y rechazar un contacto sexual no deseado)	46

RESUMEN

La asertividad sexual posee un rol determinante en la salud sexual, ya que se refiere a la capacidad de las personas para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, el empleo de métodos anticonceptivos y desarrollo de comportamientos sexuales más saludables. En este estudio instrumental se analizan algunas propiedades psicométricas de la Escala de Asertividad Sexual (SAS) en una muestra de 832 estudiantes universitarios (408 mujeres y 424 varones) de la Universidad Nacional del Centro del Perú y la Universidad Continental de la ciudad de Huancayo. Cuyas edades oscilaban entre 18 a 29 años ($M = 21.9$, $DE = 2.48$).

En primera instancia, se realizó la adaptación lingüística de la SAS a través del método *back translation*. Luego se analizó la estructura interna, la fiabilidad de la escala y por último se diseñaron los baremos. Los resultados encontrados a través del análisis factorial exploratorio sugirieron una solución al 95% de dos factores. Posteriormente, el análisis factorial confirmatorio evidenció un ajuste cercano al óptimo $CFI = .674$, $GFI = .945$, $AGFI = .904$, $RMSEA = .161$, $RMR = .095$, $AIC = 215.15$, $CAIC = 84.35$, en el modelo de dos dimensiones independientes.

Se estimaron unos valores de consistencia interna óptimos para la escala global del modelo de dos factores ($\alpha = .781$), así como para sus subescalas: Factor 1, ($\alpha = .792$) y Factor 2, ($\alpha = .750$). Finalmente, se desarrollaron los baremos utilizando percentiles, no obstante se sugiere utilizarlos para fines de investigación, hasta lograr el ajuste idóneo que demuestren adecuada estructura interna.

Se concluye que las propiedades psicométricas de la Escala de Asertividad Sexual, en estudiantes universitarios de Huancayo – Perú evidenciaron diferencias en la estructura interna con respecto al modelo original. A pesar de no encontrarse índices de ajuste óptimos en la estructura interna, se pudo demostrar una adecuada confiabilidad.

ABSTRACT

Sexual Assertiveness has a crucial role in sexual health. Since it is the ability to initiate sexual activity, refuse unwanted sex, negotiate pregnancy and sexually transmitted diseases prevention, and develop healthy sexually behaviours. In this instrumental study some of the psychometric properties of the Sexual Assertiveness Scale (SAS) were analyzed in a sample of 832 university students (408 women and 424 men) from Universidad Nacional del Centro del Perú and Universidad Continental, both from Huancayo city. Whose ages fluctuated between 18 to 29 years old ($M = 21.9$, $SD = 2.48$).

First of all, linguistic adaptation of SAS was made through the back translation method. After that, inner structure and reliability from the scale were analyzed. Finally, the normative data were elaborated. The results based on the exploratory factor analysis suggested a 95 % solution with two factors. Later, the confirmatory factor analysis demonstrated a fit index very close to the ideal one $CFI = .674$, $GFI = .945$, $AGFI = .904$, $RMSEA = .161$, $RMR = .095$, $AIC = 215.15$, $CAIC = 84.35$, with a two dimensional independent model.

Appropriated values were estimated in the consistency inner for a two factor model, the global scale ($\alpha = .781$), factor 1, ($\alpha = .792$) and factor 2, ($\alpha = .761$). At last, the normative data were elaborated with percentiles. However, normative data must be used for investigation purpose, until the SAS inner structure gets a good fit index.

To conclude, psychometric properties of the Sexual Assertiveness Scale showed inner structural differences in contrast with the original model in university students from Huancayo – Perú. Nevertheless, it could demonstrate suitable reliability.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda un aspecto psicológico relevante de la sexualidad humana, la asertividad sexual (AS). La importancia del estudio de la asertividad sexual radica en la necesidad de que las personas posean habilidades comunicativas y sociales que les permitan desarrollar conductas saludables en el ámbito sexual con sus parejas (Morokoff Quina, Harlow, Whitmire, Grimley, Gibson and Burkholder, 1997; Sierra, Vallejo-Medina & Santos-Iglesias, 2011; Sierra, Santos-Iglesias & Vallejo-Medina, 2012). Sin embargo, en el país no se han identificado estudios que den mayores alcances acerca del funcionamiento del constructo en el contexto peruano.

Diversos estudios en sexualidad han explorado la situación actual de diferentes poblaciones, especialmente en jóvenes y adolescentes, respecto a sus conocimientos, prácticas y actitudes hacia la sexualidad (Orihuela, 2016; Ávila, Espinoza, Matos y García, 2016; Constanza, Castaño, Díaz, Hernández, Hoyos, López, Manchego, Narváez, Noguera y Ortega, 2011). La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2016), ha encontrado que “en Perú la edad media de la primera relación sexual de mujeres entre 25 y 49 fue a los 18.6 años” (p.42). En jóvenes limeños, tanto varones como mujeres, la edad de inicio fluctuaría entre los 17 y 19 años (Escalante-Romero, Cerrón-Vela, Salazar-Granara & Mezones-Holguín, 2008). Por su parte, Ávila et al. (2016) encontró una incidencia mayor al 20 % de conductas sexuales de riesgo en adolescentes huancaínos. La tendencia hacia el riesgo en el comportamiento sexual continuaría manifestándose en estudiantes universitarios de la misma ciudad (Ríos, 2016). Estos datos sobre el comportamiento sexual de adolescentes y jóvenes reflejan algunas carencias en su formación sexual y alertan sobre la necesidad de desarrollar habilidades específicas al ámbito sexual.

Las investigaciones revisadas detallan aspectos relacionados a las actitudes, comportamientos y prácticas de la sexualidad en los adolescentes y jóvenes. No obstante, no se han identificado estudios acerca de habilidades específicas de la sexualidad humana. Si bien se ha estudiado sobre las prácticas en sexualidad, ellas hacen referencia a conductas como, la utilización del condón, edad de inicio de las relaciones sexuales, relaciones bajo el efecto de alguna sustancia, etc. (Fernández, Rodríguez, Pérez & Córdova, 2017).

En este sentido, la asertividad sexual (AS) es reconocida como la habilidad que juega un papel importante en el desarrollo de una vida sexual saludable, por eso que su evaluación

a un grupo poblacional crítico como lo son jóvenes universitarios, es indispensable. Sin embargo, en el proceso de búsqueda de herramientas psicológicas que permitan recabar información sobre la AS en universitarios, se evidenció la carencia de instrumentos que midan el constructo en Perú. En países como España (Sierra et al., 2011), EE.UU. (Morokoff et al., 1997) y México (Torres-Obregon, Onofre-Rodríguez, Sierra, Benavides-Torres, & Garza-Elizondo, 2017); se encontraron estudios que abordan la problemática tanto a nivel teórico como instrumental.

De esta manera, surge la motivación por realizar una investigación que analice las propiedades psicométricas de la Escala de Asertividad Sexual propuesta originalmente por Morokoff et al. (1997); ya que su estructura interna ha demostrado capacidad de ajuste a distintas poblaciones. La contribución desde la psicometría, es aportar con la descripción y análisis de propiedades psicométricas de la SAS de manera que se brinde evidencias y antecedentes para futuras investigaciones que propongan su adaptación a la población de Huancayo, permitiendo la obtención de datos confiables que a posteriori servirán de base para la elaboración de programas dirigidos a jóvenes y su intervención eficaz en sexualidad.

Como ya se indicó previamente, se sabe que hay pocas investigaciones sobre AS en el contexto. Los antecedentes encontrados en su mayoría son internacionales y si bien cada uno de ellos nos da una aproximación sobre las implicancias del constructo, no brinda datos generalizables a la realidad social que permita a los profesionales de la salud mental llevarlo a la praxis a través de programas de intervención. Por ello se presentan los datos encontrados a nivel psicométrico fruto de una investigación exhaustiva.

La investigación que se presenta a continuación se compone de cuatro capítulos. En el capítulo I, se desarrolla el planteamiento del estudio donde se verán los objetivos, hipótesis, justificación e importancia de la investigación. En el capítulo II, se muestran los antecedentes teóricos tanto de la asertividad sexual como del instrumento que medirá el constructo. Luego en el capítulo III, se aborda la metodología, señalando el diseño y métodos, así como las técnicas estadísticas empleadas para lograr los objetivos propuestos. En el capítulo IV, se presentan y discuten los resultados obtenidos. Finalmente se exponen las conclusiones y recomendaciones.

LA AUTORA

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento y formulación del problema

1.1.1. Planteamiento del problema

La sexualidad es la “Actividad física de carácter erótico entre organismos humanos, que propende potencialmente al contacto genital, aceptada voluntariamente y con la capacidad de obtener gratificación y placer conducente a una mutua satisfacción, con ausencia de daño o lesión física y/o psicológica” (Instituto de Desarrollo Psicológico – INDEPSI, 2008, p.8).

La sexualidad constituye un aspecto básico en el desarrollo humano, puesto que forma parte del proceso vital de los individuos, condicionando sus relaciones interpersonales y su manera de actuar (Barriga, 2013). Es una facultad presente a lo largo de toda la vida y como tal tendrá características y necesidades propias en cada etapa evolutiva. Se ha identificado que la expresión de la sexualidad en la adolescencia y la juventud está especialmente relacionada con diversas problemáticas sociales. Es así, que la Organización Mundial de la Salud (2006) ha reportado cifras preocupantes

sobre el estado en el que se encuentra la salud sexual de los jóvenes y ha indicado que los embarazos precoces, los abortos en condiciones de riesgo, las infecciones de transmisión sexual, la coacción y violencia sexuales son los principales problemas que convierten a esta población en vulnerable.

El 2012 desde el contexto peruano, la Secretaria Nacional de la Juventud (SENAJU) encontró que el 72,3 % de la población en Lima Metropolitana tiene una edad promedio de inicio de las relaciones sexuales entre los 15 a 19 años, el 15,1 % entre los 20 y 24 años y el 11,5 % entre los 12 y 14 años. Por otra parte, el 2015, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) señala en el apartado de fecundidad adolescente que “el incremento del número de embarazos en los últimos 4 años precedentes al 2015 ha sido de 1,1 %” (p. 133). Entre los años 2014 y 2015 se ha evidenciado una mayor tendencia en mujeres a iniciar el proceso de procreación con mayor frecuencia al aumentar de edad, empezando con un 3,0 % a los 15 años y un 28,7 % a los 19 años (p. 133). Otros datos referidos al conocimiento y uso del condón, señalan que el 99,4 % conoce sobre el empleo del condón para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, sin embargo solo un 10,9 % lo utilizó en el último mes (p. 348).

En la ciudad de Huancayo, se evidencia que esta problemática en adolescentes y jóvenes se orienta hacia la misma tendencia. Ríos (2016) encontró que la conducta sexual de los jóvenes universitarios es de riesgo, con una autoeficacia para evitar conductas sexuales de riesgo promedio bajo del 43.6 % de varones y un promedio alto del 56.9 % de mujeres. Además, explicó que la presencia de conocimientos básicos en el cuidado sexual de los estudiantes, no necesariamente se traduce en su comportamiento sexual. Por otro lado, Ávila et al. (2016) refiere que entre los 12 y 17 años, cerca del 21 % de los adolescentes inicia su actividad sexual, de los cuales el 36 % manifestó no haber utilizado preservativo durante su primera actividad sexual. Con respecto a los índices de violencia y/o coerción sexual, aproximadamente el 9 % de mujeres entre 20 y 29 años en el país ha experimentado algún episodio de violencia sexual por parte de su pareja, de las cuales un 7,8 % pertenece a la región Junín (ENDES, 2016).

En los últimos años se ha estudiado un concepto importante que permite entender estas problemáticas desde una perspectiva integral. La asertividad sexual, es una habilidad relativa al ámbito sexual y explica de manera interesante los problemas vinculados a conductas sexuales de riesgo, victimización/coerción sexual y el buen funcionamiento sexual (Santos, 2012). Además, se ha puesto de manifiesto que los programas destinados a mejorar la asertividad sexual favorecen la reducción de conductas sexuales de riesgo del individuo (Lawrence, Brasfield, Jefferson, Alleyne y O'Bannon, 1995, citado por Santos-Iglesias & Sierra, 2010a).

Para la comprensión del funcionamiento de esta variable en el contexto peruano es necesario contar con herramientas o instrumentos apropiados que permitan obtener información adecuada del constructo. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2008), en el contexto peruano entre 1990 y 2004 se han reportado cerca de 22 % de instrumentos de evaluación de salud mental creados y adaptados pertenecientes al área de sexualidad. Ninguno de los instrumentos registrados trata o hace referencia a la Asertividad Sexual.

Se tiene conocimiento de instrumentos sobre Asertividad Sexual creados en entornos culturales distintos al país, con fuerte presencia en investigaciones recientes. Debido a la importancia del proceso de evaluación para la toma de decisiones en la praxis de los profesionales de la salud, (Muñiz, Elosua, Hambleton, 2013); se considera pertinente estudiar las propiedades psicométricas de la Escala de Asertividad Sexual (SAS) (Morokoff et al. 1997), ya que ha demostrado gran capacidad de ajuste a diversos contextos.

La SAS ha sido empleada en múltiples estudios a nivel internacional, obteniendo puntajes óptimos que han permitido su adaptación a países como España (Sierra et al., 2011) y México (Torres-Obregon et al., 2017). Por lo que la escala compuesta por 3 dimensiones: a) la habilidad para iniciar una actividad sexual deseada, b) la habilidad para rechazar una actividad sexual no deseada; y c) la capacidad para emplear métodos anticonceptivos (Sierra et al., 2012); ha mantenido solidez teórica.

Dado que no existen antecedentes del funcionamiento del constructo de Asertividad Sexual en nuestro medio, es necesario proceder con el análisis psicométrico del modelo teórico a nivel empírico. En consecuencia, se impescindible buscar evidencias de validez basada en el constructo (Ventura-León, 2017), así como de su consistencia interna. En este sentido, la investigación brinda un importante aporte, desde la psicometría, a la problemática de la sexualidad de los jóvenes huancaínos.

1.1.2. Formulación del problema

1.1.2.1. Problema General

- ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala de Asertividad Sexual SAS en estudiantes universitarios?

1.1.2.2. Problema Específico

- ¿Existe evidencia de validez basada en la estructura interna de la Escala de Asertividad Sexual SAS?
- ¿Es confiable la Escala de Asertividad Sexual SAS en estudiantes universitarios?
- ¿Cuáles son los baremos de la Escala de Asertividad Sexual SAS en estudiantes universitarios?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

- Identificar las propiedades psicométricas de la Escala de Asertividad Sexual SAS en estudiantes universitarios.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar evidencias de validez basada en la estructura interna de la Escala de Asertividad Sexual SAS en estudiantes universitarios.
- Estimar la confiabilidad de la Escala de Asertividad Sexual SAS para estudiantes universitarios.
- Establecer los baremos de la Escala de Asertividad Sexual SAS para estudiantes universitarios.

1.3. Justificación e importancia

La prevalencia de problemas en el manejo de habilidades que regulen las conductas sexuales de los jóvenes en el país es preocupante. Los datos estadísticos presentados previamente son indicadores relevantes que muestran algunas dificultades que atraviesan los jóvenes peruanos en el desarrollo de su sexualidad (ENDES, 2016). Siendo diversos factores psicosociales, biológicos y psicológicos los que influyen en la aparición de conductas que ponen en riesgo la construcción de una sexualidad saludable (Ávila et al. 2016). Existen evidencias del papel que juega la asertividad sexual como factor protector frente a situaciones de abuso sexual y conductas sexuales de riesgo, como embarazos no deseados y transmisión de ETS (Santos-Iglesias & Sierra, 2010a). Por lo que se considera pertinente estudiar la AS dentro de este marco, en especial a universitarios ya que en su mayoría son jóvenes de entre 18 a 27 años.

Se ha identificado que el constructo asertividad sexual representado en la escala SAS ha replicado favorablemente en países como EE.UU., España y México; dando indicio de ser un fenómeno psicológico latente en diversas culturas. En este sentido, se evalúa la posibilidad de un adecuado funcionamiento del modelo teórico a través de la aplicación de la escala de asertividad sexual a la población de Huancayo, por lo que amerita realizar estudios psicométricos que permitan realizar un análisis de la estructura interna de la escala.

La presente investigación es importante porque inserta un nuevo tema de estudio al campo de la sexualidad humana en la ciudad de Huancayo, abriendo una nueva ventana para el abordaje de la problemática en materia de educación sexual dirigido a jóvenes. Asimismo, desde la psicometría se conoce y entiende la relevancia de contar con test y escalas óptimos para la toma de decisiones individuales o grupales en los diferentes campos de acción de la psicología (Muñiz, et al., 2013).

La AS no es un asunto exclusivo de adolescentes y jóvenes, no obstante se consideró llevar a cabo la investigación en ésta población, ya que se encuentran en una etapa crítica de su desarrollo sexual. Los jóvenes tienen un impulso sexual más fuerte producto de los cambios biológicos y psicológicos, por lo que están más propensos a la actividad sexual (Stassen, 2009). En comparación a otros grupos poblacionales, como la adultez, esto podría significar un riesgo para las posteriores etapas de su desarrollo de no contar con la formación sexual adecuada. Por otra parte, al ser la comunidad universitaria un grupo numeroso y accesible, se consideró factible realizar su estudio en este grupo poblacional debido a que cumplía con características que permitieran recabar la información prevista para los correspondientes análisis psicométricos.

Finalmente, otra razón no menos importante fue que la AS integra elementos relacionados positivamente con la satisfacción sexual (Greene & Faulkner, 2005). De acuerdo a la revisión literaria realizada, la satisfacción ha sido considerada con poca frecuencia para estudios sobre sexualidad en jóvenes universitarios, porque no representa necesariamente un aspecto de alto riesgo para su desarrollo sexual. Sin embargo, es importante que a partir de este estudio se abre la posibilidad de comprender la satisfacción sexual de los jóvenes, ofreciendo una visión tanto saludable como placentera de la sexualidad.

1.4. Hipótesis y descripción de variables

1.4.1. Hipótesis general:

- Las propiedades psicométricas de la Escala de Asertividad Sexual SAS son: adecuada validez basada en la estructura interna, confiabilidad óptima y nuevos baremos para estudiantes universitarios.

1.4.2. Hipótesis específicas:

- La Escala de Asertividad Sexual SAS posee evidencia adecuada de validez basada en la estructura interna, en estudiantes universitarios.
- La Escala de Asertividad Sexual SAS es confiable para estudiantes universitarios.
- La Escala de Asertividad Sexual SAS posee baremos para estudiantes universitarios.

1.4.3. Variables y operacionalización

1.4.3.1. Asertividad Sexual

- a) Definición Conceptual: Morokoff et al. (1997) señala que es “la capacidad para iniciar una actividad sexual deseada, rechazar una actividad sexual no deseada, el empleo de métodos anticonceptivos y desarrollo de comportamientos sexuales más saludables” (p.791). Santos-Iglesias & Sierra (2010a) sostienen que es la habilidad conductual que permite expresar los deseos sexuales, de tal manera que se logre la satisfacción sexual de uno mismo y de su pareja. Además, ello influiría positivamente, mejorando el funcionamiento sexual, y disminuyendo la victimización y/o las conductas sexuales de riesgo (Morokoff et al., 1997).

- b) **Definición Operacional:** La asertividad sexual se expresa a través de los puntajes que se obtienen al aplicar la Escala de Asertividad Sexual SAS a los estudiantes universitarios (Morokoff et al., 1997).

1.4.3.2. Iniciativa

- a) **Definición Conceptual:** Es la capacidad de una persona para expresar sus deseos, preferencias sexuales, gustos y sensaciones de manera asertiva, abriendo la posibilidad de un encuentro sexual con su pareja (Sierra, Vallejo-Medina & Santos-Iglesias, 2011). Además, la iniciativa mejoraría la frecuencia y la calidad del orgasmo y la satisfacción sexual (Granados, Vallejo-Medina & Sierra, 2011).
- b) **Definición Operacional:** “Representa la frecuencia que tiene una persona para emprender una relación sexual de forma deseada” (Granados, et al., 2011, p. 78). Se expresa a través de los puntajes que se obtiene al aplicar la subescala Inicio de la SAS.

1.4.3.3. Rechazo

- a) **Definición Conceptual:** Es la capacidad de una persona para expresar y/o comunicar de manera asertiva su falta de deseo frente a una actividad sexual no deseada, haciendo respetar su derecho de autonomía sexual incluso en situaciones de presión o coerción sexual por parte de su pareja (Morokoff et al., 1997).
- b) **Definición Operacional:** Se expresa en la frecuencia y “la habilidad que tiene una persona en impedir una relación sexual no deseada” (Granados, Vallejo-Medina, & Sierra, 2011, p.

78). Se expresa a través de los puntajes que se obtiene al aplicar la subescala Rechazo de la SAS.

1.4.3.4. Prevención del embarazo – ETS

- a) Definición Conceptual: Son un conjunto de estrategias y acciones encaminadas (Consuegra, 2010), a evitar el desarrollo de enfermedades sexuales y/o embarazos no deseados. La prevención del embarazo y enfermedades de transmisión sexual son medidas que se adoptan con la finalidad de reducir los factores de riesgo según lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud (2006), a través del uso consistente del preservativo o barrera de látex (Morokoff et al., 1997).
- b) Definición Operacional: “Es la reiteración con la que una persona insiste en el uso de métodos anticonceptivos de barrera con su pareja” (Granados et al., 2011, .p. 78). Ello con la finalidad de evitar embarazos no deseados y prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual. Se expresa a través de los puntajes que se obtiene al aplicar la subescala Embarazo – ETS de la SAS.

A continuación en la **Tabla 1** se muestran las dimensiones con sus respectivos ítems con la finalidad de brindar información oportuna acerca de la organización de la Escala de Asertividad Sexual (SAS).

Tabla 1*Dimensiones de la Escala de Asertividad Sexual (SAS) con sus respectivos ítems*

Operacionalización de las dimensiones de asertividad sexual

Dimensiones	Actividad/as	Receptividad/ítem inverso
Iniciativa	1. Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo.	10. Espero a que mi pareja toque mis genitales en lugar de decirle que me toque.
	16. Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo.	4. Espero a que mi pareja acaricie mi cuerpo en lugar de decirle que me acaricie.
	14. Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo.	6. Espero a que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como por ejemplo acariciar mi cuerpo.
Rechazo	8. Me niego a que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, aunque insista.	7. Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no.
	11. Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales aunque me presione.	2. Estimulo los genitales de mi pareja con mi boca si él o ella lo desea, incluso cuando no me provoca.
	12. Me niego a tener relaciones sexuales cuando no lo deseo, incluso si mi pareja insiste.	3. Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me provoca.
Embarazo - ETS	15. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón.	13. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón aunque yo prefiera utilizarlos.
	17. Insisto en usar condón cuando quiero, aunque mi pareja prefiera no utilizarlos.	9. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón aunque yo no quiera.
	18. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón.	5. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

La Escala de Asertividad Sexual (SAS) para mujeres, fue desarrollada y validada por Morokoff et al. (1997). Ésta propuesta se basó en estudios que habían medido la AS en mujeres, en los cuales se emplearon los siguientes instrumentos: el cuestionario de Asertividad Sexual de Muehlenhard y Linton en 1985, que medía la habilidad de la mujer para rechazar citas, besos, caricias y relaciones sexuales no deseadas; el test de asertividad sexual basado en el juego de roles de Flarity – White y Muehlenhard en 1988, consistía en presentar diversas situaciones en las que un varón hace propuestas para mantener relaciones sexuales y el auto registro de asertividad sexual de Muehlenhard, Julsonnet, Carlson y Flarity – White en 1989, evaluaba las verbalizaciones de mujeres al confrontar situaciones sexuales no deseadas.

El principal objetivo de la propuesta fue desarrollar una escala que incluyera diversos aspectos relacionados a la AS, ya que las pruebas hasta entonces hacían solo referencia a la capacidad para rechazar actividades sexuales no deseadas, dejando de lado la capacidad de iniciar actividades sexuales deseadas y la

prevención de embarazos – ETS. Este nuevo esquema, partió de estudios previamente desarrollados que pusieron en evidencia la necesidad de incluir aspectos que permitieran el logro de metas en la autonomía sexual de la mujer.

Algunos de los problemas que se identificaron fueron; la adopción de un rol sexualmente pasivo, donde la mujer no tenía la misma oportunidad de expresar sus deseos sexuales con su pareja. Había una tendencia a manifestarse de manera indirecta a través de gestos y demostrar con poca frecuencia su iniciativa sexual. Un segundo aspecto relacionado también con la actitud pasiva, fue que las mujeres se mostraban indecisas a rechazar actividades sexuales no deseadas con su pareja. En este contexto, las relaciones sexuales podían ocurrir (a pesar de no ser consentido) al ejercer presión sobre ella. Esta situación era comúnmente denominada coerción sexual no violenta, la cual se diferenciaba del abuso sexual por los niveles de violencia requeridos para que esto último suceda. Finalmente, se identificó pasividad en relación a la necesidad de protegerse de embarazos no deseados y/o enfermedades de transmisión sexual, evidenciándose la dificultad que tenían para negociar el uso de métodos anticonceptivos con su compañero.

De este modo, se planteó el concepto de asertividad sexual desde una perspectiva más amplia, que permitiera abordar las problemáticas identificadas en las mujeres que se encontraran en una relación de pareja. Se formuló la hipótesis de relación entre las tres variables y que en conjunto constituirían el constructo AS. Para tal finalidad, se llevaron a cabo estudios que dieran evidencia de la adecuación del modelo teórico.

En primera instancia, se estudió la correlación ítem – test entre los tres factores, en mujeres universitarias mayores de 18 años. La escala inicial contenía 112 ítems concernientes a nueve actividades: besos, tocamiento de pechos, recibir sexo oral, dar sexo oral, tocamiento de genitales por parte de su pareja, tocamiento de genitales hacia su pareja, relaciones coitales, sexo anal y uso de métodos anticonceptivos. Los ítems describieron la asertividad sexual con respecto a la iniciación de una actividad sexual, rechazo de una actividad sexual y discusión sobre la actividad. Las respuestas a los ítems estuvieron en una escala de cinco alternativas donde: a = nunca, 0 %; b = algunas veces, 25 %; c = regularmente, 50 %; d = casi siempre, 75 %; e = siempre, 100 %.

Para el procedimiento se empleó el análisis de componentes principales a una muestra de 260 mujeres partir del que se obtuvo 42 ítems como resultado, de los cuales 17 ítems correspondían al factor 1 iniciativa, 14 ítems al factor 2 rechazo, y 11 ítems al factor 3 prevención Embarazo – ETS. Posteriormente se realizó el mismo procedimiento estadístico a una muestra de 136 mujeres, resultando 18 ítems con 6 ítems correspondientes a cada subescala.

Santos-Iglesias y Sierra (2010a), realizaron la investigación “El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana”, el objetivo de este estudio teórico fue llevar a cabo una revisión sistemática de los principales resultados obtenidos en estudios sobre la importancia de la asertividad sexual y el papel fundamental que cumple en la sexualidad humana. La búsqueda en las principales bases de datos registró un total de 76 trabajos publicados entre 1980 y 2009, en los cuales se demuestra que la AS es un elemento determinante en el funcionamiento sexual humano y un factor protector frente a experiencias de coerción/victimización sexual y conductas sexuales de riesgo.

Para las investigaciones se han incluido diversas variables sociodemográficas como, sexo, edad, estado civil, orientación sexual y lugar de residencia. Otros aspectos tomados en cuenta con menor frecuencia fueron, condición mental, alcohólicos, personas con VIH y trastornos de personalidad. Destacan sobre todo los estudios realizados con mujeres, haciendo falta estudios, con varones, homosexuales y ancianos. Respecto al diseño, el 15.78 % fueron experimentales, 14.47 % cuasi experimentales, 63.16 % de tipo ex post facto y 6.59 % instrumentales. Se encontró que los estudios instrumentales son muy escasos, es decir que no han sido desarrollados de acuerdo a estándares mínimos (Santos Iglesias, 2012).

Por otro lado, el estudio psicométrico realizado por Sierra et al. (2011), sobre la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) es un potente antecedente que puede brindar grandes aportes a la presente investigación, ya que trabaja con la escala seleccionada para este estudio. Su objetivo fue hacer una descripción de las propiedades psicométricas de la SAS en una población española, para lo cual aplicó dicho instrumento a 853 personas entre 18 y 71 años tanto varones como mujeres. Las personas que conformaron el estudio cumplieron con el

requisito de ser mayores de edad, estar involucrado en una relación de pareja heterosexual por al menos 6 meses y mantener una vida sexual activa.

La escala posee 18 ítems que mide 3 dimensiones: inicio, rechazo y prevención del embarazo-ETS. Para su estudio se procedió con la adaptación lingüística de la escala, empleando métodos de traducción de la escala original en habla inglesa. Seguidamente se realizó un piloto para la obtención de su validez semántica. El tratamiento estadístico de los datos consistió en hacer un análisis factorial exploratorio de una submuestra, utilizándose el método de extracción, análisis paralelo (AP) y el método de estimación de mínimos cuadrados (ULS). Ello se complementó con un posterior análisis factorial confirmatorio que compruebe empíricamente lo que a nivel estructural se conoce.

Los resultados más relevantes obtenidos del AFE informan de una media de respuesta de los ítems .47 mayor a la media teórica, con desviaciones típicas que oscilan entre .96 y 1.65, que evidencia una adecuada variabilidad de puntuaciones. Las correlaciones ítem-test corregidas superaron el valor .30 con excepción de dos ítems (3 y 5). Del análisis paralelo, se obtuvieron cuatro factores, siendo tres de ellos representantes del concepto original y uno un artefacto estadístico. Por su parte, el AFC contrastó tres modelos distintos, un modelo unifactorial de una medida global de asertividad sexual, un modelo con tres factores similar al de Morokoff et al. (1997) y un modelo de tres factores igual al anterior pero con independencia factorial. Finalmente, se llevó a cabo la validez concurrente mediante la correlación de Pearson con las siguientes escalas: Hurlbert Index of Sexual Assertiveness, Cuestionario de Aserción en la Pareja, Versión abreviada de la Escala de Ajuste Diádico y la Escala de Habilidades Sociales, en las que se encontraron correlaciones tanto positivas como negativas entre subescalas.

Las conclusiones del estudio indican que la escala posee ítems con propiedades psicométricas adecuadas, donde las medias de las puntuaciones son muy similares a las medias teóricas. La AFE encontró tres factores correspondientes a la estructura original. La AFC confirma la estructura de los factores propuestos por Morokoff et al. (1997). Por otro lado, obtuvieron buenos índices de confiabilidad de las subescalas: E-ETS ($\omega = .85$), Inicio ($\omega = .80$) y Rechazo ($\omega = .76$). Las evidencias encontradas permitieron validar la escala SAS.

En México, Torres-Obregon et al. (2017) realizó la validación de la Escala de Asertividad Sexual (SAS) en una muestra de 202 mujeres mexicanas. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad, estar en una relación de pareja y tener vida sexual activa.

Se procedió con la validación de la escala a través del análisis factorial confirmatorio, se compararon los índices de ajuste del modelo unifactorial y el trifactorial, el método de estimación empleado fue mínimos cuadrados no ponderados. Se identificó que el modelo de tres factores relacionados cumplió con todos los índices de bondad de ajuste requeridos (GFI = .921; AGFI = .864; RMSEA = .058; CFI = .953; TLI = .927). Además, se obtuvo una confiabilidad global de .85. De este modo se confirmó el modelo descrito originalmente por Morokoff et al. (1997).

El estudio descriptivo realizado por Ávila et al. (2016) sobre las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de las zonas urbanas de Huancayo, tuvo por objetivo describir y analizar las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de tercer, cuarto y quinto año del nivel secundario. La población estuvo compuesta por adolescentes de 12 a 18 años de edad de la ciudad de Huancayo. Los resultados hallados revelaron que el 21.3 % de adolescentes, manifestó haber sostenido relaciones coitales, de los cuales un 3.4 % refiere que fue víctima de abuso sexual y un 4.7 % fue sometido a coerción sexual. Del grupo de adolescentes que inició su actividad sexual el 64 % señala no haber usado un método anticonceptivo durante la primera actividad. Otros hallazgos sobre los patrones conductuales en relación a la iniciativa para la actividad sexual revelan que el 24.3 % de mujeres se lo pidieron a su pareja, en contraste con el 60.8 % de varones.

Se discute la edad de inicio (14 años) de las relaciones coitales como una conducta de riesgo, ya que ésta edad no reflejaría el grado de responsabilidad que implica el ejercicio sexual. Con respecto al abuso y/o coerción sexual se ha identificado un bajo porcentaje, no obstante el resultado es preocupante, ya que es un atentado contra los derechos sexuales y reproductivos. En relación al uso de métodos anticonceptivos, se advierte del riesgo latente en los adolescentes de afrontar embarazos no deseados y del contagio de enfermedades de transmisión sexual. Finalmente, se encontró que hay una mayor tendencia por parte del género

masculino hacia la exploración e iniciación de la actividad sexual, mientras que el género femenino tiende hacia la inhibición sexual. Lo que demuestra la influencia de los estereotipos, marcando la diferencia en la preferencia y oportunidad en el ejercicio de la libertad sexual según género.

La conclusión radica en que la mayoría de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes de la ciudad de Huancayo sobrepasa el 20 % de incidencia, se infiere que aproximadamente 1 de cada 5 adolescentes que tenga actividad sexual, incidirá en alguna conducta sexual de riesgo.

La investigación realizada por Ríos (2016) con 254 estudiantes universitarios de la ciudad de Huancayo en relación a su autoeficacia frente a las conductas sexuales de riesgo, encontró que el 50.4 % de varones, en contraste con el 75 % de mujeres obtuvo una autoeficacia promedio en la capacidad percibida para negarse a tener relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, mientras que el 49.6 % de varones y el 54 % de mujeres alcanzó una autoeficacia promedio en el uso de preservativos. Dentro de las actitudes hacia la sexualidad en los universitarios, se encontró que si bien ambos géneros coinciden en la posibilidad de adquirir preservativos, consideran que la responsabilidad de su uso recae sobre el varón. En relación al uso de preservativos, tanto varones como mujeres son conscientes del riesgo de contagio de alguna ETS al no utilizarlos, no obstante su comportamiento no es coherente con tal afirmación.

2.2. Bases teóricas de la asertividad sexual

2.1.1. Definición de la Asertividad Sexual

La asertividad en sí misma, es un concepto cuyo ámbito de aplicación se extiende a todas las formas de relaciones humanas, y no únicamente al entorno sexual. Caballo (1983) la define como la capacidad que permite al individuo comunicar sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de una manera apropiada, para mantener relaciones interpersonales satisfactorias. Por su parte, Güell (2005) señala que la asertividad se expresa tanto de forma verbal como no verbal y como conducta se orienta al auto

respeto personal y el respeto hacia el otro. Por lo que esta habilidad favorecería la relación de pareja y con ello la vida sexual (Sánchez-Bravo, Morales-Carmona, Carreño-Meléndez, & Martínez-Ramírez, 2005).

En la educación y salud sexual, la asertividad se ha utilizado comúnmente como elemento principal para el ejercicio de una sexualidad responsable, pero se considera que la Asertividad sexual podría desempeñar un mejor papel frente a los propósitos esperados en el campo de la sexualidad (Chávez & Garrido, 2015).

El estudio de la asertividad sexual data de la década de los años sesenta (Jakubowski-Spector, 1973, citado por Santos-Iglesias & Sierra, 2010a). Entre sus primeras definiciones, se menciona que es la habilidad conductual utilizada por un ser sexuado para obtener satisfacción sexual en una relación de pareja (Dunn, Lloyd y Phelps, 1979, citado por Santos Iglesias, 2012). Más adelante se sostiene que es la capacidad para llevar a cabo la asertividad social en un contexto sexual (Painter, 1997, citado por Santos-Iglesias & Sierra, 2010a).

Básicamente, la AS se trata del empleo de un estilo de comunicación asertivo dentro del contexto sexual con la pareja, lo cual implica expresar sentimientos, deseos, opiniones, fantasías y derechos sexuales, de manera que los individuos logren la autonomía sobre su experiencia sexual. No obstante, ninguna de estas definiciones ha ofrecido claridad ni ha especificado cuáles serían las conductas sexualmente asertivas.

Después de diversos estudios sobre el constructo, la definición más completa y aceptada por el entorno científico ha sido el aporte de Morokoff et al. (1997), en él sostiene que: “la capacidad para iniciar una actividad sexual, rechazar una actividad sexual no deseada, el empleo de métodos anticonceptivos y desarrollo de comportamientos sexuales más saludables” (p. 791).

De acuerdo a la definición anteriormente descrita se desprende que la asertividad sexual como habilidad se limitaría exclusivamente al entorno sexual, mientras que la asertividad podría funcionar adecuadamente en otros

contextos. Chávez & Garrido (2015) explican que la delimitación entre la AS y la asertividad se fundamenta en la carencia de una relación significativa entre ambas variables, ellas confirmaron que los individuos asertivos y comunicativos en la vida cotidiana, no los son necesariamente en el ámbito sexual, debido a que la AS abarca una serie de conductas específicas.

Por otro lado, la asertividad sexual se encuentra acorde al concepto de salud sexual, ya que las conductas sexuales asertivas tienen especial relevancia en el desarrollo de conductas sexuales saludables (Morokoff et al., 1997). Tal como se aprecia, la definición de la salud sexual es “la capacidad de una persona para disfrutar y expresar su sexualidad libre de riesgo de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación” (Sierra, Santos, Gutiérrez-Quintanilla, Gómez & Maeso, 2008, p. 118). Esto será posible, cuando ambos miembros de la pareja expresen sus deseos libremente, sin temores, defendiendo sus derechos y manteniendo el respeto hacia los sentimientos y deseos de su compañero (Zaldivar, 2005, citado por Sierra et al., 2008).

2.1.2. Áreas vinculadas al estudio de la asertividad sexual

Las áreas involucradas en el estudio de la asertividad sexual son: a) el funcionamiento sexual, b) la victimización sexual y c) las conductas sexuales de riesgo. La primera área de interés se enfoca en la relación entre la AS y el funcionamiento sexual. Diversos estudios han comprobado que la asertividad sexual predispone una mejor respuesta sexual humana, ya que habría evidencias de la relación entre el deseo, la excitación (Santos-Iglesias, Sierra & Vallejo-Medina, 2013); y la satisfacción sexual (Ménard & Offman, 2009). Con respecto al funcionamiento sexual se sabe que está íntimamente relacionado con la satisfacción sexual (Carrobes, Gámez-Guadix, & Almendros, 2011; Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias, & Sierra, 2014). Asimismo, la satisfacción se alcanzaría en la medida que se comunique asertivamente las preferencias y deseos sexuales (Sierra, Vallejo-Medina, & Santos-Iglesias, 2011).

No obstante, estudios han encontrado que la expresión de las preferencias sexuales se encuentra delimitada por las normas sociales, al no brindar a las mujeres las mismas oportunidades de manifestar sus intereses sexuales (por vergüenza o culpa) en comparación a los varones (Sierra, Rojas, Ortega & Martín Ortiz, 2007). Esta situación podría incidir en que muchas mujeres con deseo de sostener un encuentro sexual, tiendan a rechazar el mismo (Rodríguez & Toro, 2012). Además, a nivel social existe la expectativa de que el varón sea quien inicie el contacto sexual, mientras que la mujer sería quien establezca los límites en el contacto (Santos-Iglesias et al., 2014; Morokoff et al., 1997). En este sentido, algunos estudios (incluido la región Junín), habrían identificado que esta tendencia se reflejaría en la preferencia del género masculino hacia la exploración de las actividades sexuales, en contraste a la inhibición sexual del género femenino (Larrañaga, Yubero & Yubero, 2012; Puente, et al., 2011; Ávila et al., 2016).

Con respecto a la segunda área en cuestión, la victimización sexual abarca “experiencias sexuales violentas, coercitivas e inapropiadas, incluidas el incesto, la violación y otras formas de abuso sexual, como el manoseo; a través del uso de la condición física o social del transgresor, con la finalidad de obtener algún tipo de contacto sexual” (Santos-Iglesias & Sierra, 2012, p. 87). La asertividad sexual ha demostrado cumplir con un rol protector frente a las experiencias sexuales de abuso (Santos-Iglesias & Sierra 2010a), ya que rechazar un encuentro sexual no deseado se encuentra asociado a una elevada autonomía sexual (ej. Control sobre lo que desean o no). En esta parte es importante diferenciar que el rechazo de un contacto sexual podría en otros casos estar ligado a las expectativas sociales sobre cada sexo, tal como señala Crawford & Pop (2003, en Rodríguez & Toro, 2012), esto pone a las mujeres en una posición de inhibición al deseo, adoptando una actitud pasiva o comportamiento reactivo, en tanto que los hombres pueden ser recompensados por iniciar o promover conductas sexuales y mantener una actitud autónoma.

Asimismo, Morokoff et al. (1997) asoció la falta de asertividad sexual y la experiencia de coerción y abusos sexuales durante la infancia. Por su

parte, Rickert, Neal, Wiemann & Berenson (2000) informaron que mujeres americanas y mexicanas entre 14 y 26 años con baja AS habían sufrido contactos sexuales forzosos en los últimos 12 meses. Una investigación realizada a estudiantes universitarias sobre sus sentimientos al rechazar a su pareja por una actividad no deseada, identificó que les preocupaba herir los sentimientos de sus parejas (Lewin, 1985, citado por Morokoff et al., 1997). Estos hallazgos demuestran coherencia con estudios que vinculan los bajos niveles de asertividad sexual de mujeres, con el padecimiento de coerción sexual (Testa & Dermen, 1999), y experiencias de victimización sexual (Sierra et al., 2008). Pero, no se han encontrado estudios sobre victimización sexual en hombres.

Finalmente, la tercera área de interés relaciona la AS con las conductas sexuales de riesgo, especialmente en los jóvenes. Diversos estudios han señalado que persiste un riesgo considerable en la población adolescente al contagio de ETSs y embarazos no deseados (Bermúdez, Castro, Madrid & Buena-Casal, 2010; Ramiro, Bermúdez, Sierra & Buena-Casal, 2013). Por ejemplo, los adolescentes y jóvenes entre 15 y 20 años son altamente vulnerables a la infección por el VIH, debido a diversas causas, siendo la principal el factor comportamental (Páramo, 2011).

Existe evidencia que mujeres con dificultades para expresar sus deseos y creencias sexuales incurren con mayor frecuencia en conductas que ponen en riesgo su salud sexual, estando proclives al contagio de ETS o embarazos no deseados (Morokoff et al., 1997). Otras investigaciones han encontrado que las mujeres no solicitaban a sus parejas el uso de preservativo, porque asumían que ellos no deseaban utilizarlo (Harlow, Quina, Morokoff, Rose, & Grimley, 1993). Un estudio realizado en hombres heterosexuales, menciona que la asertividad sexual permitiría que ellos incrementen sus conductas sexuales seguras, debido a que esta habilidad es necesaria para comunicar y negociar el uso de preservativos con su pareja (Noar, Morokoff & Redding, 2002).

Como se ha podido apreciar, la asertividad sexual tiene un amplio alcance en los diversos temas relacionados a la salud sexual humana, se ha

demostrado el vínculo estrecho que guarda como agente facilitador y protector en el comportamiento sexual. Sin embargo, aún requiere extender su estudio a contextos donde aún no se haya explorado esta variable, de manera que la comunidad científica tenga mayor información que le permita llegar a mejores consensos. Esto plantea un gran reto sobre todo en población peruana, donde se carece de investigaciones acerca de la asertividad sexual. Con respecto a la medición de la AS, se tiene conocimiento de algunos instrumentos cuyas propiedades psicométricas han sido estudiadas en contextos distintos al original y que actualmente se encuentran vigentes.

2.3. Evaluación de la asertividad sexual

Existen varias escalas propuestas para la medición de la asertividad sexual, sin embargo la más utilizada es La Escala de Asertividad Sexual (SAS) elaborada originalmente por Morokoff et al. (1997) y dirigida únicamente a mujeres. Posteriormente la escala fue estudiada por Sierra et al. (2011), en una muestra de hombres y mujeres españoles. Su análisis demostró propiedades psicométricas óptimas del modelo teórico de 3 factores relacionados (Inicio, Rechazo, E – ETS), los cuales podían emplearse por separado de ser necesario. Finalmente, Torres-Obregon et al. (2017), obtuvo buenos indicadores del modelo, confirmando su naturaleza tri-factorial en una muestra de mujeres mexicanas.

En las tres versiones anteriormente descritas, la Escala de Asertividad Sexual integra 18 ítems que evalúa 3 dimensiones: Inicio (ítems 1-6), Rechazo (ítems 7-12), y Embarazo y enfermedades de transmisión sexual (ítems 13-18). Las respuestas son de tipo Likert donde: 0 (Nunca), 1 (A veces), 2 (La mitad de las veces), 3 (Casi siempre) y 4 (Siempre). El 50 % de los reactivos (3, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 14 y 16) están redactados de forma inversa. La primera subescala mide la frecuencia en que se comienza una actividad sexual deseada, la segunda subescala evalúa la frecuencia en que se evita o rechaza una actividad sexual no deseada y la tercera subescala mide la

frecuencia en que se insiste en el empleo de métodos anticonceptivos de barrera como el preservativo o condón.

Como ya se mencionó la SAS es el instrumento más empleado para la medición de la asertividad sexual (Santos-Iglesias & Sierra, 2010a), no obstante existen otras herramientas, como el Hulbert Index of Sexual Assertiveness (HISA), que también ha sido objeto de estudios aunque con menor frecuencia que la SAS.

Es importante señalar con respecto al HISA que, en contraste con la SAS, originalmente se constituyó por una sola dimensión que proporcionaba un puntaje global de la asertividad sexual en mujeres españolas y salvadoreñas (Sierra et al., 2008). Posteriormente, Santos-Iglesias & Sierra (2010b) identificaron la presencia de dos factores, Iniciativa y No timidez/Rechazo en una muestra española que constaba tanto de mujeres como varones. El primer factor hacía referencia a la habilidad de iniciar una actividad sexual y usar habilidades conductuales para obtener satisfacción sexual; mientras que el segundo factor, señalaba la dificultad para empezar y mantener una conversación sobre sexualidad y la habilidad para rechazar contacto sexual no deseado. Además, Greene & Faulkner (2005) encontraron una estructura compuesta de tres factores: Iniciativa, Rechazo y Asertividad sexual para hablar. En ambos casos, los resultados del HISA difirieron de la propuesta original, que contempla la unidimensionalidad de la prueba (Hurlbert, 1991).

Es necesario tomar en cuenta que las escalas o cuestionarios que miden asertividad sexual (como HISA y SAS), no se componen de la misma cantidad de dimensiones. Este hecho no es aislado y sucede con frecuencia en la medición de otros constructos psicológicos, debido a la diferencia teórica en base a la que se construye cada escala. Con respecto a la diferencia en la cantidad de dimensiones que compone una escala entre una investigación y otra, se ha encontrado que sería una consecuencia de las diferencias culturales de las personas seleccionadas para los distintos estudios (Sierra et al., 2008; Santos-Iglesias & Sierra, 2010b).

2.4. Propiedades psicométricas de la escala de asertividad sexual

En su versión inicial la SAS estaba conformada por 112 ítems y tras someterse al análisis de componentes principales con rotación oblicua se obtuvieron 18 ítems agrupados en tres factores. Se identificó una buena fiabilidad (Inicio $\alpha = .77$; Rechazo $\alpha = .74$; E-ETS $\alpha = .82$ y escala global $\alpha = .82$), con respecto a la validez interna (RMSR = .04) y externa ($r = .65$, $p < .001$), se consideró que ambos valores eran adecuados (Morokoff et al., 1997).

Posteriormente la adaptación española de Sierra et al., (2011) señaló que el análisis factorial exploratorio había encontrado tres dimensiones idénticas a las obtenidas en la escala original, luego se aplicó el modelo de ecuaciones estructurales identificándose buenos índices de ajuste ($\chi^2 = 390.38$, GFI = .911 y RMSEA = .064); del mismo modo los índices de fiabilidad obtenidos mediante el coeficiente omega, fueron óptimos (Inicio $\omega = .80$; Rechazo $\omega = .76$ y E-ETS $\omega = .85$). En relación a la equivalencia factorial de la escala, Sierra, Santos-Iglesias & Vallejo-Medina (2012) reportaron que no existía sesgo notable al comparar la AS entre sexos.

La investigación realizada por Torres-Obregon et al. (2017) en una muestra de mujeres mexicanas, también encontró adecuados índices de ajuste (CFI = .953; TLI = .927), y verificó la presencia de los tres factores propuestos originalmente. Los omegas obtenidos de las subescalas y la escala global fueron: Inicio, $\omega = .83$; Rechazo, $\omega = .78$; E-ETS, $\omega = .79$ y global, $\omega = .85$.

Otra escala con uso vigente es el Hurlbert Index of Sexual Assertiveness (HISA). Inicialmente Sierra et al. (2008) analizó las propiedades psicométricas del HISA en una población española y salvadoreña de mujeres, que en su versión original estaba formada por 25 ítems y constituyó una medida unidimensional con consistencia interna de .91. Los resultados comprobaron la unidimensionalidad de la estructura factorial y encontraron valores de consistencia interna de .90 y .89 para la muestra española y salvadoreña respectivamente.

Una investigación posterior sobre la estructura interna del HISA, identificó la presencia de dos factores en una muestra de varones y mujeres españoles, Iniciación y Ausencia de timidez/rechazo. Se reportó una consistencia interna de .83 por cada

factor y de .87 para la escala global (Santos-Iglesias & Sierra, 2010b). Como se puede apreciar, estos resultados difirieron respecto a la estructura interna hallada en estudios realizados con otra población.

De lo expuesto anteriormente, se desprende que las propiedades de la Escala de Asertividad Sexual evidencian una mejor capacidad de ajuste a diferentes contextos. Se espera que el modelo estructural de la SAS replique un ajuste adecuado en poblaciones donde aún no ha sido empleado.

Las propiedades psicométricas del presente estudio se han desarrollado dentro del marco de la Teoría Clásica de los Test, los elementos abordados son: confiabilidad, validez y baremos.

2.4.1. Confiabilidad

La confiabilidad hace referencia a la consistencia o estabilidad de un instrumento (Quero, 2010). En términos técnicos, la confiabilidad permite “estimar qué proporción de la varianza total de las puntuaciones se debe a la varianza de error” (Anastasi & Urbina, 1998, p. 84).

El coeficiente alfa es, dentro de los estimadores de confiabilidad, el más utilizado en ciencias sociales (Elosua & Zumbo, 2008).

2.4.2. Validez

La validación es un proceso que tradicionalmente ha sido entendido como el grado en que un instrumento mide lo que pretende medir. No obstante, este concepto ha ido cambiando en la medida que se ha desarrollado y expandido la aplicación de instrumentos (Anastasi & Urbina, 1998).

En la actualidad la American Educational Research y la American Psychological Association proponen que:

La validez es entendida como: el grado en que la evidencia y la teoría permiten interpretar las puntuaciones de un test que fue construido bajo un propósito y en base a esta definición se postulan cinco fuentes de evidencia: validez basada en la relación con otras variables, en los procesos de respuesta, en las consecuencias, en el contenido y estructura interna. (Citado en Ventura-León, 2017, p.30).

De acuerdo con Elosua (2003), estas pueden ser agrupadas por fuentes de evidencias internas o externas.

- Evidencias internas:
 - Contenido.
 - Proceso de respuesta.
 - Estructura interna.
- Evidencias externas:
 - Relaciones.
 - Consecuencias.

2.4.2.1. Evidencias basadas en la estructura interna

Este tipo de evidencia “evalúa el grado en que las relaciones entre los ítems y los componentes del test conforman el constructo que se quiere medir y sobre el que se basarán las interpretaciones” (Elosua, 2003, p. 317).

En este sentido es importante tomar en cuenta la evaluación de la dimensionalidad, ya que a través de ella se identificará el número de factores o dimensiones latentes de un determinado

constructo, así como los ítems que teóricamente corresponden a cada uno.

Para ello se requiere emplear el análisis factorial, ya que evalúa la dimensionalidad del instrumento, comprueba la cantidad de factores, y analiza la pertenencia de un ítem a un factor (Ventura-León, 2017).

El análisis factorial se divide en dos: a) análisis factorial exploratorio (AFE) y b) análisis factorial confirmatorio (AFC). El AFE, cuyo objetivo es identificar una estructura de factores subyacentes a un conjunto de datos, partiendo de la relación que forman los ítems entre sí (Pérez & Medrano, 2010). Por su parte, el AFC, se enfoca en la comprobación de la existencia de un modelo teórico establecido previamente (Verdugo, Crespo, Badía & Arias, 2008)

La presente investigación se centra en el análisis de las evidencias basadas en la estructura interna del instrumento.

2.4.3. Baremos

Los baremos son un conjunto de normas establecidas que permiten obtener los puntajes obtenidos por un individuo, en comparación a un grupo. La elaboración de los baremos requiere de analizar previamente la normalidad de los datos. Dominguez-Lara (2016), señala que los estudios en ciencias sociales tienden a encontrar datos no normales, por lo que en estos casos se sugiere diseñar los baremos en base a los percentiles (Pc).

2.5. Definición de términos básicos

2.5.1 Sexualidad humana: La sexualidad es en sí misma una función básica del ser humano que abarca dimensiones fisiológicas, emocionales y cognitivas, las

cuales se expresan a nivel conductual. El Instituto de Desarrollo Psicológico – INDEPSI (2008) define la sexualidad como la actividad física de carácter erótico, que tiende al contacto genital, con el propósito de obtener satisfacción sexual mutua, se caracteriza por ser libre y voluntaria, por lo que no tendría que haber daño físico y/o psicológico. Los procesos psicológicos cumplen un rol importante en el funcionamiento adecuado de la sexualidad, ya que está sujeta a la percepción y creencias del individuo que la experimenta.

2.5.2 Asertividad: La asertividad es una parte esencial en el desarrollo de las habilidades sociales, ya que provee al individuo un repertorio conductual que le permite expresar sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de una manera apropiada, para mantener relaciones interpersonales satisfactorias (Caballo, 1983). El estudio realizado por Caballo & Paula señala que aunque no existe una definición universalmente aceptada del constructo tanto a nivel teórico y empírico, su entrenamiento como parte de las habilidades blandas es necesario, ya que ha demostrado su eficacia en el manejo de las relaciones interpersonales (como se citó en Rodríguez & Romero, 2011).

2.5.3 Asertividad Sexual: Morokoff et al. (1997) lo define como “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. 791), siendo este concepto el de mayor aceptación. Sin embargo, existen otras definiciones importantes como la realizada por Painter (1997), que contextualiza la asertividad social en un ámbito sexual. Por su parte, Dunn, Lloyd y Phelps (1979) destacan como finalidad la satisfacción sexual obtenida en pareja haciendo uso adecuado y con poca ansiedad de sus habilidades conductuales (citado en Santos-Iglesias & Sierra, 2010a).

2.5.4 Análisis Factorial: El análisis factorial es un método utilizado con frecuencia para obtener evidencias sobre la validez de constructo, ya que ofrece información acerca de la estructura interna de los instrumentos de medida (Ventura-León, 2017). Es una técnica estadística que permite formar grupos homogéneos reduciendo al mínimo las variables existentes. Existen dos tipos de análisis: el análisis factorial exploratorio (AFE) y el análisis factorial confirmatorio (AFC). Si

bien, ambos procedimientos proponer reducir las variables en factores; su principal diferencia radica en que el AFC trabaja en base a una teoría que define previamente al constructo (Pérez & Medrano, 2010).

2.5.5 Análisis Factorial Exploratorio (AFE): Es una técnica estadística multivariada de interdependencia utilizada en el desarrollo y validación de pruebas psicológicas. Su objetivo es reducir un gran número de indicadores en un número inferior de variables conceptuales a través de la exploración de variables latentes (Pérez y Medrano, 2010). La idea básica de este método, radica en el agrupamiento de variables o ítems altamente correlacionados en un factor. Se recomienda complementar el AFE con el análisis factorial confirmatorio (AFC), ya que su uso exclusivo podría constituir una debilidad en el proceso de validación del constructo (Pérez-Gil, Chacón & Moreno, 2000).

2.5.6 Análisis Factorial Confirmatorio (AFC): Es una técnica estadística que evalúa la estructura factorial de una escala, con el fin de confirmar una teoría; de esta manera se pone a prueba la estructura hipotetizada, dando a conocer la presencia de un ajuste adecuado entre los datos y la estructura conceptual, y posibilitando la obtención empírica de la estructura (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco, 2014). Para esta fase, el investigador debe de haber establecido previamente un conjunto de relaciones entre los elementos, a través del empleo del AFE (Herrero, 2010).

2.5.7 Confiabilidad: La confiabilidad también denominada como fiabilidad, es la propiedad de un instrumento de medición que hace referencia a “la proporción de la varianza total de las puntuaciones que obedecen a la varianza de error” (Anastasi & Urbina, 1998, p. 84). Ello supondría la ausencia de errores en las puntuaciones obtenidas, lo cual avalaría la capacidad del instrumento para evaluar determinado constructo.

2.5.8 Validez: Es el estudio de las evidencias que permiten interpretar las puntuaciones de un instrumento desde un objetivo determinado, para lo cual existen fuentes tanto internas como externas que pueden proveer de una información concreta, según el objetivo del investigador (Elosua, 2003).

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Método y alcance de la investigación

La presente investigación es de tipo instrumental, puesto que se orienta al análisis de las propiedades psicométricas de un instrumento psicológico de medida (Montero & León, 2007).

El nivel de investigación se clasifica como descriptivo, debido al poco conocimiento que se tiene respecto al objeto de estudio. Por otro lado, el método de investigación también es descriptivo, pues se recopiló información a través del empleo de un instrumento de medida (Yarlequé, Javier, Monroe & Núñez, 2007).

3.2. Diseño de la investigación

La investigación posee un diseño descriptivo simple (Yarlequé et al., 2007) Siendo su esquema, lo representado a continuación:

Esquema

M O

Dónde:

M = Estudiantes universitarios de la UNCP y UC de Huancayo.

O = Propiedades psicométricas de la Escala de Asertividad Sexual.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

La población objetivo de estudio está constituida por los estudiantes universitarios tanto varones como mujeres de la ciudad de Huancayo - Perú.

3.3.2. Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico, de tipo criterial (Yarlequé et al., 2007). La muestra incluye a 832 estudiantes (408 mujeres y 424 varones) de la Universidad Nacional del Centro del Perú (307 estudiantes) y la Universidad Continental (525 estudiantes) de la ciudad de Huancayo, con edades comprendidas entre 18 y 29 años ($M = 21,9$, $DE = 2,48$). Todos los participantes estuvieron sujetos a los siguientes criterios de inclusión: 1) estar en una relación de pareja, 2) tener orientación heterosexual y 3) mantener una vida sexual activa.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La Escala de Asertividad Sexual SAS se aplicó a los estudiantes de pregrado de 12 carreras profesionales de la Universidad Nacional del Centro del Perú y la Universidad Continental de la ciudad de Huancayo respectivamente. Se realizaron coordinaciones previas con los directores de carrera y los docentes, para la aplicación de la escala en sus respectivas aulas, respetándose la libertad de cátedra en caso el docente no considerase la petición. La administración tuvo lugar en un ambiente limpio, iluminado y libre de ruidos.

A todos los alumnos de la clase se les solicitó su consentimiento verbal antes de proceder con la aplicación. Con respecto a la recolección es importante indicar que, debido a la sensibilidad que pudo generar la prueba en los estudiantes, se optó por incluir una opción de exclusión en la pregunta final del cuestionario sociodemográfico, de tal manera que los estudiantes pudieron elegir con discreción si contestar o no a la escala. Se filtró un total de 832 de 1300 pruebas aplicadas, puesto que cumplieron con todos los requerimientos de inclusión previamente señalados.

Las técnicas de recolección de datos empleadas fueron: la observación indirecta a través de la Escala de Asertividad Sexual SAS y el análisis psicométrico.

3.5. Técnicas de análisis de datos

En primera instancia, se llevó a cabo el proceso de adaptación lingüística siguiendo las directrices consignadas por la Comisión Internacional de Tests (ITC) (Muñiz et al., 2013). Se realizó la adaptación lingüística de la SAS, empleando el método de traducción inversa o *back translation* (Hambleton, 1996), para este procedimiento se contó con la participación de 3 traductores con estudios en psicología, a quienes se les brindó información sobre el constructo, la escala de Asertividad Sexual y sus respectivas dimensiones.

Para tal proceso, se tradujeron los ítems de la escala original (inglés) al castellano con la ayuda de dos traductores. Una vez obtenida la escala en el idioma objetivo (castellano), dos traductores realizaron una re-traducción de esta última escala al idioma original. De esta manera se pudo obtener la similitud conceptual esperada entre la escala original y la versión en castellano.

Seguidamente se llevó a cabo un estudio piloto en un grupo de 35 estudiantes, quienes valoraron la comprensión de los ítems, señalando aquellos que no tenían claridad, con un significado confuso o que aparentaran ambigüedad. Los ítems fueron sometidos a evaluación, incluyendo a aquellos que tuvieran una aprobación mayor o igual al 85 %. De este modo se obtuvo la versión final de la escala (ver anexo 1).

Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron 3 programas estadísticos: SPSS 22, FACTOR versión 10.4.01 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2007) y EQS 6.1. Se utilizó el programa SPSS 22 para evaluar el análisis descriptivo de los ítems, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, coeficiente de correlación ítem-test y alfa de Cronbach para cada ítem.

Antes de proceder con el Análisis Factorial (AF), se analizó las medidas de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), el valor de la determinante y la prueba de Bartlett a fin de evaluar la pertinencia del AF (Pérez y Medrano, 2010).

De acuerdo a las recomendaciones de Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza & Tomás-Marco (2014), se dividió la muestra en dos grupos de manera aleatoria, donde el primer grupo ($n = 416$) fue utilizado para el análisis del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y el segundo ($n = 416$) para el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).

Para el AFE se empleó el método de extracción Mínimos Cuadrados No Ponderados (ULS), debido a que la distribución muestral no cumplió con el criterio de normalidad multivariada (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011). El método de rotación seleccionado fue Direct Oblim, por la naturaleza policórica de la matriz y la distribución muestral. Para la extracción y determinación del número de factores se utilizó el método de análisis paralelo (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011). A continuación se analizaron las cargas factoriales, tomando en consideración solo aquellos ítems que obtuvieran un valor mayor a .30 (Lloret-Segura et al., 2014).

Con respecto al AFC se aplicaron varios índices de ajuste, para estimar el mejor modelo (Lloret-Segura et al., 2014). Los indicadores utilizados fueron *Chi-cuadrado* (χ^2), Índice de Bondad de Ajuste (*GFI*), Índice de Aproximación de la Raíz de Cuadrados Medios del Error (*RMSEA*), Índice de la Raíz del Cuadrado Medio del Residuo (*RMR*), Índice de Ajuste Comparativo (*CFI*), Criterio de Información de Akaike (*AIC*) y la Constante del Criterio de Información de Akaike (*CAIC*).

Además, se estimó la confiabilidad de la escala, utilizando el índice de consistencia interna alfa de Cronbach.

Por último, se diseñaron los nuevos baremos para estudiantes universitarios, a partir del modelo con los índices más cercanos al puntaje ideal. Debido a que la muestra no evidenció una distribución normal, se realizaron los baremos empleando percentiles (Pc), según la sugerencia de Dominguez-Lara (2016). Los puntos de corte realizados fueron: bajo ($< Pc 25$) y alto ($> Pc 75$).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados del tratamiento y análisis de la información

4.1.1. Análisis preliminar

Se analizó los datos mediante estadísticos de tendencia central y de dispersión para los ítems y la escala ($M=40,49$, $DE=9,36$, $n=832$, $in=16$, $Max=67$), como se presenta en la **Tabla 2**. Así mismo se analizó la normalidad multivalente con el coeficiente de Mardia (1970) para la asimetría y curtosis multivariante, encontrando un coeficiente de asimetría de $37,643$, $gl = 1140$, $p = 1.00$ y un coeficiente de curtosis de $405,04$, $p < 0,001$, superior a los valores recomendados por Rodríguez & Ruiz (2008), incumpléndose el supuesto de normalidad multivariada. No siendo recomendable el uso del método de máxima verisimilitud, optando por el de mínimos cuadrados no ponderados.

Sumado a esto, se optó por usar correlaciones policórica, siendo mejores estimados de las variables continuas subyacentes a los ítems de naturaleza ordinal (Dominguez, 2014).

Tabla 2

Media, desviación estándar, correlación ítem-test corregida y alfa de Cronbach

	<i>M (IC 95%)</i>	<i>DE</i>	<i>r_{it}^c</i>	<i>α_i</i>
Ítem 1	2,42 (2,31 – 2,53)	1,220	-,012	,716
Ítem 2	3,30 (3,21 – 3,39)	1,024	,161	,699
Ítem 3	2,83 (2,73 – 2,93)	1,134	,366	,681
Ítem 4	2,09 (1,98 – 2,20)	1,233	,177	,699
Ítem 5	2,53 (2,41 – 2,65)	1,388	,542	,658
Ítem 6	2,18 (2,08 – 2,28)	1,098	,131	,702
Ítem 7	3,13 (3,04 – 3,22)	1,038	,324	,686
Ítem 8	1,34 (1,22 – 1,46)	1,360	,368	,679
Ítem 9	3,24 (3,14 – 3,33)	1,081	,411	,678
Ítem 10	2,64 (2,53 – 2,75)	1,246	,234	,693
Ítem 11	1,76 (1,62 – 1,89)	1,548	,359	,679
Ítem 12	1,88 (1,75 – 2,00)	1,445	,461	,667
Ítem 13	2,99 (2,89 – 3,09)	1,140	,315	,686
Ítem 14	1,03 (0,92 – 1,14)	1,248	-,195	,734
Ítem 15	2,17 (2,05 – 2,30)	1,426	,441	,670
Ítem 16	1,35 (1,24 – 1,46)	1,292	-,046	,721
Ítem 17	2,01 (1,88 – 2,14)	1,462	,460	,667
Ítem 18	1,60 (1,46 – 1,73)	1,524	,555	,654

Nota: M=media, IC95% = Intervalo de confianza al 95%; DE=desviación estándar, r_{it}^c=Correlación ítem-total corregida; α_i=alfa de Cronbach si el ítem es eliminado

Se encuentra que la correlación ítem test corregida (r_{it}^c) en los ítems 1, 14 y 16 presentan valores negativos, y los ítems 2, 4, 6 y 10 no superaron el valor ,30 que plantean Nunnally & Bernstein (1995). Sin embargo se decidirá posteriormente su eliminación.

Se dividió la muestra en dos grupos equivalentes, seleccionados aleatoriamente a través del programa SPSS 22. En el primer grupo se llevó a cabo AFE ($n = 416$) y en el segundo AFC ($n = 416$), de acuerdo a Lloret-Segura et al. (2014).

4.1.2. Análisis factorial exploratorio

El análisis previo a la aplicación del AFE indicó, una matriz de la determinante de ,003 la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtuvo un valor de ,809 considerado como bueno (Pardo & Ruiz, 2002), adicionalmente la prueba de Bartlett también presentó un resultado adecuado para el cuestionario, $\chi^2 (153) = 2290,1$, $p < ,00001$ indicando suficiente intercorrelación de los ítems, siendo coherente la aplicación del análisis factorial en los datos de la muestra.

Debido a que la distribución muestral no es normal, se ha empleado el método de mínimos cuadrados no ponderados o *Unweighted Least Squares* (ULS) como método de extracción. El método de rotación oblicua empleado ha sido Oblimin Direct, a diferencia de lo planteado por Morokoff et al. (1997), ya que se acomoda mejor a la distribución muestral de este estudio.

Se utilizaron matrices policóricas conforme a la naturaleza discreta o no continua de las variables (Domínguez, 2014).

Para extraer y determinar el número de factores más apropiado se utilizó el criterio de análisis paralelo (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011), señalando una solución al 95% de dos factores y un posible modelo de tres factores. El valor de la varianza explicada por el primer factor es de 29,2 %, el segundo con 18,1 % y el tercero con 9,7 %, de forma conjunta superan el mínimo requerido de 40 % (Lloret-Segura et. al., 2014).

Para diferentes soluciones factoriales se comparó el modelo de dos y tres factores, siguiendo las recomendaciones de Ferrando y Lorenzo-Seva (2014), para evaluar el mejor ajuste del modelo. En la **Tabla 3** se presentan los resultados.

Se usó el Índice de Bondad de Ajuste (GFI) y la Raíz Media Cuadrática Residual (RMSR) para determinar el nivel de ajuste del modelo. Para el GFI se considera adecuado valores $>.95$ (Ruiz, Pardo & San Martín, 2010), de manera que ajusta mejor el M3. Por otro lado el RMSR, considera aceptables valores por debajo de $.08$ (Lloret-Segura et al., 2014), encontrando un mejor ajuste en M3.

Tabla 3

Cargas factoriales de los modelo de dos y tres dimensiones con rotación Direct Oblim

	M2		M3		
	F1	F2	F1	F2	F3
Ítem 1					
Ítem 2		,580	,704		
Ítem 3		,578	,406		
Ítem 4		,450		,532	
Ítem 5	,427	,577		,357	,624
Ítem 6		,383		,523	
Ítem 7		,531	,405		
Ítem 8	,649			-,313	,569
Ítem 9		,684		,458	,314
Ítem 10		,655	,373	,402	
Ítem 11	,573			-,498	,440
Ítem 12	,596			-,377	,508
Ítem 13		,605		,504	
Ítem 14		-,579	-,776		
Ítem 15	,668				,746
Ítem 16		-,557	-,764		
Ítem 17	,772				,798
Ítem 18	,749				,827
GFI		,936		,964	
RMSM		,094		,070	

Nota: Las cargas factoriales inferiores a $.30$ fueron eliminadas; M2 = modelo de dos dimensiones; M3 = modelo de tres dimensiones.

En un modelo de dos factores (M2), se elimina el ítem 1 por no tener una carga factorial suficiente ($>,30$), el ítem 5 ya que la diferencia entre las cargas para ese ítem en F1 y F2 es menor a ,20 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999), y se eliminarían los ítems 14 y 16 por ser negativos. Componiéndose el F1 por seis reactivos (ítems 8, 11, 12, 15, 17 y 18) y el F2 por ocho reactivos (ítems 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10 y 13).

En el modelo de tres factores (M3), se eliminaría el ítem 1 (por cargas menores a ,30), el ítem 9 y 10 (por no haber una diferencia mayor a ,20 entre las cargas de F2 y F3, y F1 y F2 respectivamente) y los ítems 14 y 16 (por tener cargas negativas). Componiéndose el F1 por tres reactivos (ítems 2, 3 y 7), el F2 por tres (ítems 4, 6 y 13) y el F3 por siete reactivos (ítem 5, 8, 11, 12, 15, 17 y 18).

En base a lo encontrado, se decide proceder con el análisis factorial exploratorio tanto para el modelo de dos y tres factores (M2 y M3), eliminado los ítems con cargas factoriales insuficientes.

Para el modelo de dos factores (M2), se decide eliminar definitivamente los ítems 1, 14 y 16. Se discute la inclusión del ítem 5, ya que su presencia otorga un mejor índice de ajuste. El análisis factorial exploratorio se repite, ahora con solo quince ítems en la **Tabla 4**. Encontrando que el análisis paralelo recomienda un modelo de dos dimensiones.

Tabla 4

Cargas factoriales del modelo de dos dimensiones con rotación Direct Oblim con solo quince ítems

	F1	F2
Ítem 2		0,449
Ítem 3		0,592
Ítem 4		0,511
Ítem 5	0,406	0,606
Ítem 6		0,446
Ítem 7		0,540
Ítem 8	0,640	

Ítem 9	0,763
Ítem 10	0,615
Ítem 11	0,588
Ítem 12	0,592
Ítem 13	0,688
Ítem 15	0,667
Ítem 17	0,774
Ítem 18	0,739
<hr/>	
GFI	0,960
RMSM	0,081
<hr/>	

Este nuevo modelo está compuesto por el F1 (ítems 8, 11, 12, 15, 17 y 18) y el F2 (ítems 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13). Así mismo, se identifica que el ítem 5 apenas se diferencia entre el F1 y F2. Comparando las soluciones factoriales anteriores el F1 es idéntico al análisis con todos los ítems y el F2, incorpora ahora un nuevo reactivo (ítem 5).

Posteriormente, para el modelo de tres factores (M3), se elimina definitivamente los ítems 1, 9, 10, 14 y 16. Se realiza el mismo procedimiento, esta vez con solo trece ítems, como se puede ver en la **Tabla 5**.

Tabla 5
Cargas factoriales del modelo de tres dimensiones con rotación Direct Oblim con solo trece ítems

	F1	F2	F3
Ítem 2			0,476
Ítem 3			0,702
Ítem 4			0,458
Ítem 5	0,477		0,554
Ítem 6			0,400
Ítem 7			0,610
Ítem 8		0,549	

Ítem 11	0,733	
Ítem 12	0,771	
Ítem 13		0,607
Ítem 15	0,848	
Ítem 17	0,896	
Ítem 18	0,752	
<hr/>		
GFI	0,988	
RMSM	0,046	
<hr/>		

El resultado se mantiene favorable de acuerdo a los índices de ajuste GFI y RMSR, donde el modelo se compone por el F1 (ítems 15, 17 y 18), el F2 (ítems 8, 11 y 12) y el F3 (2, 3, 4, 6, 7 y 13). Además, se identifica que el ítem 5 se diferencia por poco entre el F1 y F3. Es necesario añadir que se obtuvo una adecuación muestral insuficiente para este modelo. Para este caso, el análisis paralelo volvió a sugerir un modelo de dos factores.

4.1.3. Análisis factorial confirmatorio

Para interpretar el modelo factorial de manera eficiente se utilizaron varios indicadores de ajuste, permitiendo así una mejor evaluación (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010 y Hair, Anderson, Tatham & Black (1999). Los indicadores seleccionados fueron *Chi-cuadrado* (X^2), Índice de Bondad de Ajuste (*GFI*), Índice de Aproximación de la Raíz de Cuadrados Medios del Error (*RMSEA*), Índice de la Raíz del Cuadrado Medio del Residuo (*RMR*), Índice de Ajuste Comparativo (*CFI*), Criterio de Información de Akaike (*AIC*) y la Constante del Criterio de Información de Akaike (*CAIC*).

El X^2 considera un ajuste adecuado, en tanto exista un nivel de significación asociado mayor a .05, aceptando la hipótesis nula de que todos los errores del modelo son nulos (Ruiz, Pardo & San Martín, 2010). Así también el X^2/gl , es considerado un buen ajuste cuando es menor a tres (Ruiz et al., 2010).

El *GFI* es un coeficiente de determinación multivariado que indica la proporción de covariación entre las variables explicadas por el modelo propuesto (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010; Ruiz, Pardo, & San Martín, 2010). También se utilizó el *AGFI*, que es el GFI ajustado en base a los grados de libertad y el número de variables (Manzano & Zamora, 2010). En ambos, valores próximos a uno señalan un buen ajuste, aceptándose valores desde .95 (Hair et al., 1999 y Lloret-Segura et al., 2014).

El *RMSEA* es un índice relativo a los grados de libertad, que busca estimar la discrepancia que habría entre la matriz de correlación poblacional y la matriz reproducida por el modelo propuesto, valores por debajo a .05 se consideran excelentes, pero valores mayores a .08 señalan ajuste insuficiente (Lloret-Segura et al., 2014).

El *SRMR*, es una medida descriptiva que indica la magnitud media de las correlaciones residuales. Se prefieren puntajes cercanos a cero, hasta .05 es considerado buen nivel de ajuste (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010).

Se realizó el *CFI* ya que es importante comparar de forma general el modelo estimado con el modelo nulo que indica independencia entre las variables estudiadas (Hair et al., 1999). Los valores cercanos a uno indicaron en qué medida el modelo especificado es mejor que el modelo nulo. Se aceptaron los valores por encima de .90.

El *AIC* y la *CAIC* busca comparar modelos e identificar el que presenta un mejor ajuste en base al menor valor posible encontrado (Byrne, 1994).

Se realizaron diferentes modelos en la **Tabla 6**, para identificar cuál de estos es el que mejor ajusta, en base a un conjunto de índices de bondad de ajuste:

- M1_a = análisis de dos factores relacionados obtenido por el AFE (F1 [ítems 8, 11, 12, 15, 17 y 18] y el F2 [ítems 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13]).
- M1_b = análisis de dos factores relacionados obtenidos por el AFE, eliminando el ítem 5;
- M2 = dos dimensiones (M2_{F1} correspondiente a la F1 obtenido del AFE y M2_{F2} a la F2 del mismo análisis), asumiendo que son unidimensionales (con los ítems obtenidos del AFE);
- M3 = asumiendo el modelo de las tres dimensiones (modelo original).

Tabla 6*Índice de ajuste de la Escala de Asertividad Sexual (n=416)*

Modelo	X2	g.l.	X2/g.l	CFI	GFI	AGFI	RMSEA	SRMR	AIC	CAIC
M1a	777,633*	88	8,83	,000	,868	,820	,251	,122	601,63	158,93
M1b	652,806*	75	8,70	,134	,907	,869	,212	,107	502,80	125,50
M2F1	284,956	8	35,61	,284	,941	,845	,443	,127	268,95	228,71
M2F2	267,152	26	10,27	,647	,945	,904	,161	,095	215,15	84,35
M 3	1148,752 *	132	8,70	0,00	,797	,737	,273	,153	884,75	220,70

*p < 0.01

Se encontró que ninguno por sí mismo logra ajustar adecuadamente. Ya que todos los modelos presentan valores de RMSEA y SRMR, superiores a .08. Si bien el M1_b, M2_{F1} M2_{F2} presenta niveles de GFI cercanos a los niveles adecuados, por sí solo no son adecuados para analizar el modelo. Se observa que dentro de todos los modelos, el M2_{F2} se acerca mejor a los puntajes ideales. No obstante, ninguno de los ajustes probados es óptimo para su aplicación clínica.

4.1.4. Análisis de confiabilidad

Se analizó la confiabilidad ($n = 832$) utilizando el estadístico Alfa de Cronbach (Quero, 2010), el cual estableció un alto nivel de consistencia interna para la prueba original ($\alpha = .701$). A continuación en la **Tabla 7**, se presentan los coeficientes encontrados para el modelo de dos factores (M2), con base en la sugerencia del análisis factorial exploratorio.

Tabla 7
Análisis de confiabilidad de las dos dimensiones analizadas

	α de Cronbach	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
F1	,792	6	10,75	6,14
F2	,750	9	24,93	6,11
M2	,781	15	35,69	9,60

4.1.5. Baremación

El diseño de los baremos se propone también a partir de lo encontrado por el análisis factorial exploratorio. Los baremos se elaboraron en base a percentiles (Pc), en veinte puntos de corte que van desde el Pc 5 al Pc 99, tal como recomienda Dominguez-Lara (2016). El resultado se puede apreciar en la **Tabla 8**.

Se dividió los baremos en base a tres grupos: nivel alto ($> Pc 75$) que engloban los puntajes mayores a 15 y 30, para el Factor 1 y Factor 2 respectivamente; nivel medio (Pc 75 al Pc 25) cuyos puntajes oscilan desde el 7 al 14 y del 22 al 29, para el Factor 1 y Factor 2 respectivamente. El nivel bajo ($< Pc 25$) donde los puntajes son menores que 6 y 21, para el Factor 1 y Factor 2 respectivamente.

Para el puntaje global de la escala se identificó: nivel alto ($> Pc 75$) que incluye valores de 47 a más; nivel medio (Pc 75 al Pc 25) valores del 35 al 46 y el nivel bajo ($< Pc 25$) valores menores a 34.

Finalmente, Moriwaki, & Kamio (citado en Dominguez-Lara, 2016) plantean que las puntuaciones alrededor del Pc 10 se considerarían como inicio del rango clínico, por lo que solo se considerarían puntajes mayores a 2 (Factor1), 16 (Factor2) y 29 (Global).

Tabla 8
Baremos

		Factor1	Factor2	Global
Percentiles	5	2,0000	14,0000	27,00
	10	3,0000	17,0000	30,00
	15	4,0000	18,0000	31,95
	20	5,0000	20,0000	33,00
	25	6,0000	21,0000	34,00
	30	7,0000	22,0000	35,00
	35	7,0000	23,0000	36,00
	40	8,0000	24,0000	37,00
	45	9,0000	24,0000	38,00
	50	10,0000	25,0000	39,00
	55	11,0000	26,0000	41,00
	60	12,0000	27,0000	42,00
	65	13,0000	28,0000	43,00
	70	14,0000	29,0000	45,00
	75	15,0000	30,0000	47,00
	80	16,0000	30,0000	49,00
	85	18,0000	32,0000	51,00
	90	20,0000	33,0000	53,00
	95	22,0000	34,0000	57,35
	99	24,0000	36,0000	63,67

A continuación en la **Tabla 9** se planteó la interpretación del Factor 1 y en la **Tabla 10** del Factor 2, correspondiente a cada uno de los baremos identificados.

Tabla 9

Interpretación del Factor 1 (Habilidad para rechazar una actividad sexual no deseada)

Categoría	Normas de interpretación
Alto	<p>Posee capacidad para expresar de manera asertiva sus deseos de no aceptación al contacto sexual propiciado por su pareja, haciendo valer sus derechos de autonomía sobre su sexualidad. Es capaz de manifestar adecuadamente su rechazo al percibir presión o coerción que lleven a la persona a realizar actividades sexuales que no sean de su preferencia. Tiende a hacer de conocimiento sus preferencias en el uso de métodos anticonceptivos con la finalidad de promover su bienestar sexual y el de su pareja.</p>
Medio	<p>Posee capacidad para expresar de manera asertiva sus deseos de no aceptación al contacto sexual propiciado por su pareja en determinadas ocasiones, por lo que hacer valer sus derechos de autonomía sobre su sexualidad, estaría condicionado a factores externos, como el afecto que le brinde su pareja. Podría manifestar su rechazo al percibir presión o coerción que lleven a la persona a realizar actividades sexuales que no sean de su preferencia, sin embargo no mantendría la constancia. Tiende a hacer de conocimiento sus preferencias en el uso de métodos anticonceptivos con la finalidad de promover su bienestar sexual y el de su pareja.</p>
Bajo	<p>Incapacidad para expresar de manera asertiva sus deseos de no aceptación al contacto sexual propiciado por su pareja, teniendo dificultades para hacer valer sus derechos de autonomía sobre su sexualidad. No es capaz de manifestar adecuadamente su rechazo al percibir presión o coerción que lleven a la persona a realizar actividades sexuales que no sean de su preferencia, adoptando una actitud pasiva o agresiva.</p>

No comunica sus preferencias en el uso de métodos anticonceptivos lo que podría poner en riesgo su bienestar sexual y el de su pareja.

Tabla 10

Interpretación del Factor 2 (Incapacidad para expresar deseos y rechazar un contacto sexual no deseado)

Categoría	Normas de interpretación
Alto	Incapacidad para expresar de manera asertiva sus gustos, preferencias o deseos sexuales, así como sus deseos de no aceptación al contacto sexual propiciado por su pareja, adoptando un rol pasivo al hacer valer sus derechos de autonomía sobre su sexualidad. No es capaz de manifestar adecuadamente su rechazo al percibir presión o coerción que lleven a la persona a realizar actividades sexuales que no sean de su preferencia. No comunica sus preferencias en el uso de métodos anticonceptivos lo que podría poner en riesgo su bienestar sexual y el de su pareja.
Medio	Posee capacidad para expresar de manera asertiva sus gustos, preferencias o deseos sexuales, así como sus deseos de no aceptación al contacto sexual propiciado por su pareja en determinadas ocasiones, por lo que hacer valer sus derechos de autonomía sobre su sexualidad, estaría condicionado a factores externos, como el afecto que le brinde su pareja. Podría manifestar su rechazo al percibir presión o coerción que lleven a la persona a realizar actividades sexuales que no sean de su preferencia, sin embargo no mantendría la constancia. Tiende a hacer de conocimiento sus preferencias en el uso de métodos anticonceptivos con la finalidad de promover su bienestar sexual y el de su pareja.
Bajo	Posee capacidad para expresar de manera asertiva sus gustos, preferencias o deseos sexuales, así como sus deseos de no

aceptación al contacto sexual propiciado por su pareja, adoptando un rol activo al hacer valer sus derechos de autonomía sobre su sexualidad. Es capaz de manifestar adecuadamente su rechazo al percibir presión o coerción que lleven a la persona a realizar actividades sexuales que no sean de su preferencia. Tiende a hacer de conocimiento sus preferencias en el uso de métodos anticonceptivos con la finalidad de promover su bienestar sexual y el de su pareja.

4.2. **Discusión de resultados**

El estudio de los instrumentos psicológicos, es una parte relevante en la Psicología, debido a la importancia de la medida de los diversos fenómenos que en ella se abordan (Carretero-Dios & Pérez, 2005). Por ello, el objetivo principal del presente estudio ha sido analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Asertividad Sexual (Sierra et al., 2011), en un entorno universitario. Para ello se realizaron análisis que ofrezcan evidencia de validez a nivel de su estructura interna y estimaciones de confiabilidad del instrumento.

Inicialmente se procedió con el análisis descriptivo de los ítems, evidenciándose que los ítems 1 (*Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo*), 4 (*Espero a que mi pareja acaricie mi cuerpo en lugar de decirle que me acaricie*), 6 (*Espero a que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como por ejemplo acariciar mi cuerpo*), 10 (*Espero a que mi pareja toque mis genitales en lugar de decirle que me toque*), 14 (*Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo*) y 16 (*Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo*) que en conjunto constituyen la dimensión Iniciativa de la escala y el ítem 2 (*Estimulo los genitales de mi pareja con mi boca si él o ella lo desea, a pesar que yo no lo quiera hacer*) que conforma la dimensión Rechazo, no superaron el valor .30 recomendado por Nunnally y Bernstein (1995), es decir que tales ítems no alcanzaron una correlación estadística adecuada con la prueba.

Una hipótesis que se formula respecto a la baja correlación de los ítems de la dimensión Iniciativa (1, 4, 6, 10, 14 y 16), es que la información representada en cada uno de los reactivos, posiblemente haya generado una respuesta reactiva en los participantes del estudio. Esto podría indicar que los estudiantes en su mayoría no se encuentran preparados para realizar afirmaciones en relación a su capacidad para expresar sus deseos, sentimientos, y/o preferencias sexuales respecto a su vida sexual y de pareja. De acuerdo con, Rodríguez & Toro (2012), esto sucedería en sociedades muy marcadas por los roles de género tradicionales, ya que adscriben muy poca autonomía en la expresión de sus deseos sexuales.

En este sentido, el impacto que el fenómeno de los roles de género tradicionales tendría sobre los estudiantes universitarios de la ciudad de Huancayo, podría repercutir negativamente en su sinceridad al responder los ítems de la subescala Iniciativa; alterando sus respuestas de acuerdo a las expectativas que consideren la sociedad tiene respecto de ellos y su sexualidad. Esto haría que las puntuaciones puedan adoptar valores extremos que no correlacionen adecuadamente con la prueba.

Con respecto al ítem 2, si bien no pertenece a la dimensión iniciativa, guarda relación con los ítems (10, 14 y 16), puesto que incluyen términos referidos a la acción de tocar o estimular los genitales de la pareja, los cuales podrían generar susceptibilidad, de acuerdo a lo explicado líneas arriba. En palabras de Carretero-Dios, & Pérez (2005), es posible que el comportamiento de estos ítems sea “problemático” debido a que la muestra en la que se aplicó el instrumento estuvo constituida por jóvenes universitarios. Los conceptos incluidos en los reactivos pudieron haber afectado la sensibilidad de una gran parte de la muestra, lo cual se reflejó en las dificultades para emitir una respuesta. Es por ello que sería importante revisar la similitud semántica de los ítems que contienen los conceptos “tocamiento o estimulación de los genitales”, a fin de modificarlos o reemplazarlos por términos que faciliten la respuesta en esta población.

Los resultados sugieren eliminar todos los ítems correspondientes a la dimensión iniciativa, lo que implica que esta última no cuente con la cantidad requerida de ítems (mínimo tres) para proceder con la evaluación (Lloret-Segura et al., 2014).

Además, es interesante notar que los ítems de las dimensiones de Rechazo (a excepción del ítem 2) y Embarazo-ETS han reaccionado favorablemente en esta etapa, en contraposición a los ítems de la dimensión Iniciativa. Esto nos podría dar un indicio de que la asertividad sexual se manifiesta de manera diferente en estudiantes peruanos con respecto a España y México, lo cual podría poner en evidencia el papel de la cultura en la asertividad sexual, específicamente en el desarrollo de la capacidad de comunicar deseos y preferencias sexuales. Por ello, es importante proceder con análisis más profundos que permitan entender su funcionamiento en otros niveles y hacer una valoración conjunta de todos los índices estadísticos, antes de cualquier eliminación.

Con respecto a las evidencias de validez de la estructura interna, ésta se realizó a través del análisis factorial. Siguiendo las recomendaciones actuales, el análisis factorial exploratorio (AFE) se realizó a través del método de extracción de análisis paralelo (Lloret-Segura et al., 2014; Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011). Esto permitió comparar los modelos de dos y tres dimensiones, hallándose un mejor ajuste en el modelo tridimensional. No obstante, después de la depuración de reactivos con cargas factoriales menores a .30 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999); se determinó que el modelo con tres factores no era viable. Encontrándose recomendable al modelo bifactorial.

Como se pudo apreciar, los resultados del AFE para un modelo de dos factores encontraron dificultades con las cargas de los ítems 1, 14 y 16, que conforman el grupo de reactivos con puntajes directos a un alto nivel de asertividad sexual. Estos ítems nuevamente reflejaron problemas en las saturaciones, lo cual se asume estaría vinculado a las dificultades en la emisión de respuestas por parte de los participantes, a preguntas relacionadas con su capacidad de comunicar sus deseos y/o preferencias sexuales, según lo explicado previamente.

El modelo bifactorial sugerido por el AFE, se asemeja a los resultados análogos encontrados por (Santos-Iglesias et al., 2014). Al realizar el análisis factorial del Hurlbert Index of Sexual Assertiveness, que originalmente presentaba una sola dimensión; se identificó la presencia de dos dimensiones (Inicio y Ausencia de timidez/rechazo) parecidos a los encontradas en el presente estudio, que

reflejaron la presencia de roles sexuales tradicionales. Lo que indica que este evento no es aislado y podría suceder debido a factores culturales.

Se procedió con el análisis factorial confirmatorio AFC debido a la diferencia teórica que muestra el AFE, donde se reporta la presencia de dos factores. El AFC indicó que los índices χ^2/gl , GFI, CFI, AGFI y RMSEA que mejor se acerca a un ajuste adecuado (Lloret-Segura et al., 2014) fueron los del factor dos correspondiente al modelo de dos dimensiones (asumiendo que cada factor es unidimensional).

Ello implica que para obtener mejores índices, futuras investigaciones tendrían que enfocar su estudio en realizar ajustes a los reactivos sin alterar su significado, de tal modo que se obtengan mejores respuestas. En este punto, sería necesario reconsiderar lo manifestado por Sierra et al. (2007) y Rodríguez & Toro (2012) sobre la influencia de la cultura y los patrones sociales en la expresión de los deseos y preferencias sexuales, así como de las expectativas que de ella se generen ya que podría afectar a las variables latentes de la prueba.

Se ha estimado que el modelo bifactorial, cuenta con una alta confiabilidad tanto en la escala global ($\alpha = .781$), como en sus subescalas: Factor1 ($\alpha = .792$) y Factor 2 ($\alpha = .750$). Lo cual es un buen antecedente para estudios posteriores que busquen validar la escala.

Considerando que la escala tiene una fiabilidad óptima, se han elaborado los baremos correspondientes al modelo bifactorial, no obstante su uso de momento no debería extenderse a fines que no sean de investigación, ya que se requiere de otros estudios que permitan encontrar ajustes adecuados a nivel de la estructura interna de la escala.

CONCLUSIONES

Se logró identificar las propiedades psicométricas de la Escala de Asertividad Sexual (SAS) para una población de estudiantes universitarios.

Los resultados encontrados por el análisis factorial exploratorio (AFE) han permitido identificar una solución factorial al 95 % de dos factores. No pudiendo comprobarse esta solución a través del análisis factorial confirmatorio (AFC), ya que los índices de ajuste encontrados, no alcanzaron el puntaje ideal requerido. Sin embargo, se observó que de manera independiente el Factor 2, posee un ajuste cercano a los valores esperados (CFI = .647, GFI = .945, AGFI = .904, RMSEA = .161, SRMR = .095, AIC = 215.15, CAIC = 84.35), en comparación al Factor 1, al modelo de dos factores relacionados y al modelo original.

Entorno a las evidencias de validez basadas en la estructura interna de la SAS, se puede afirmar que no se comprueba empíricamente la teoría aplicada en una población de estudiantes universitarios de la región Junín. Es decir que la prueba no mediría la cantidad de factores que dice medir, por lo que la interpretación de los resultados (utilizando el modelo original) podría ser inadecuada para la muestra estudiantil. Estos hallazgos discrepan de lo propuesto por los autores de la escala original (Morokoff et al. 1997), la adaptación española (Sierra et al., 2011) y la adaptación mexicana (Torres-Obregon et al., 2017); que concuerdan en la presencia de tres factores (Inicio, Rechazo y E –ETS).

Se resalta la sugerencia de un modelo de dos factores en población universitaria, para posteriores investigaciones. Esta variación factorial en el modelo se parece a lo ocurrido con el Hurlbert Index of Sexual Assertiveness, tal como lo encontraron Santos-Iglesias & Sierra (2010b) y Sierra et al. (2008).

Con respecto al nivel de confiabilidad, se estimó que tanto el Factor 1 y el Factor 2 poseen un coeficiente Alfa óptimos de .792 y .750 respectivamente. Por su parte, la escala global alcanzó una consistencia interna de .781. Ello demostraría la consistencia de los resultados hallados a partir del modelo de dos factores. Sin embargo, esta propiedad por sí sola no garantiza la obtención de resultados suficientemente adecuados para formular interpretaciones de los mismos.

Los baremos que se muestran en la presente investigación se sustentan únicamente en el modelo identificado por el análisis factorial exploratorio (AFE). En este sentido, su empleo tendría que limitarse al ámbito de la investigación hasta encontrar una estructura interna válida para la población universitaria. De tal manera que la estructura interna tenga índices de ajuste óptimos que permitan medir e interpretar los puntajes adecuadamente. De este modo se evitarían problemas en la etapa de diagnóstico.

El aporte de este estudio fue exponer las propiedades psicométricas de la SAS en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Huancayo. Los resultados han mostrado diferencias del funcionamiento de la Escala de Asertividad Sexual SAS con respecto a otros contextos. Esta investigación constituye el primer antecedente sobre la comprensión del constructo asertividad sexual en la región y brinda información valiosa para futuras investigaciones que busquen validar una escala que mida tal constructo.

RECOMENDACIONES

Se sugiere restringir de momento el uso de la prueba en el ámbito clínico, educativo y social, ya que su estructura interna no ha demostrado un ajuste suficientemente óptimo para las características de la población universitaria. No obstante la prueba y los baremos pueden ser empleados para fines investigativos que permitan ahondar en su estudio hasta alcanzar el ajuste adecuado.

Se sugiere crear y/o adaptar una prueba de Asertividad Sexual, dada la importancia del estudio de la variable. Tomando en consideración la elaboración de ítems que causen menos reactividad por parte de los jóvenes de la región.

La presente investigación tiene un enfoque netamente cuantitativo, por lo que se sugiere complementar estos resultados con análisis cualitativos, que permitan ahondar en el conocimiento de la Escala de Asertividad Sexual (SAS).

Puesto que en el contexto existe la tendencia hacia el empleo de pruebas creadas en países europeos y/o americanos, sin haber valorado previamente la capacidad de réplica del modelo teórico que representa la prueba, se invita a los investigadores en psicometría a validar la prueba desde su estructura interna. Se recomienda el uso del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para la adaptación de pruebas psicológicas, ya que es una técnica por excelencia en la exploración del funcionamiento de un modelo teórico a nivel empírico. Como se ha podido verificar en la presente investigación, los resultados de la confiabilidad pueden ser óptimos, sin embargo ello no es suficiente sino va de la mano con un modelo teórico válido al contexto.

Para los futuros investigadores interesados en el tema de la asertividad sexual sería recomendable que pudieran realizar estudios con una diferente propuesta metodológica. Se plantea por ejemplo, seleccionar el muestreo por cuotas, de tal manera que se pueda dividir a la población en subgrupos etarios, ampliando el rango de edades a fin de comprender la problemática a mayor escala. Posteriormente se evaluaría la posibilidad de hacer un estudio probabilístico apropiado a la naturaleza de la variable de estudio, para generalizar los resultados a la región Junín.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anastasi, A & Urbina S. (1998). *Test Psicológicos*. México: Prentice Hall.
- 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.
- Barriga, S. (2013). La sexualidad como producto cultural. Perspectiva histórica y psicosocial. *Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 12, 91-111. Recuperado de file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-LaSexualidadComoProductoCultural-4772257.pdf
- Bermúdez, M. P., Castro, A., Madrid, J., & Buela-Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 89-103.
- Byrne, B. M. (1994). *Structural equation modeling with EQS and EQS/Windows*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Caballo, V. E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de psicología*, 4(13), 52-62. doi:10.1080/02109395.1983.10821343
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of clinical and health psychology*, 5(3), 521-551.
- Carrobbles, J. A., Gámez-Guadix, M., & Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de psicología*, 27(1), 27-34.
- Chávez, M., & Garrido, S. (2015). *Asertividad y Asertividad Sexual: Un análisis de relación en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana* (Tesis de Maestría, Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima, Perú). Recuperado de http://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.11955/181/Ch%C3%A1vez%20Kanashiro_Garrido%20Ar%C3%A9valo_2015.PDF?sequence=1&isAllowed=y
- Constanza Cañón, S; Castaño Castrillón, J J; Díaz, S A; Hernández, J A; Hoyos Martínez, Y; López Marín, F; Manchego Arango, K; Narváez, C W; Noguera, V; Ortega, A M; (2011).

- Prácticas y comportamientos sexuales de estudiantes de la Universidad de Manizales (Colombia) 2010. *Psicología desde el Caribe*, (28), 77-106. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21320758005>
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología* (2a. ed.). Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.
- Dominguez, S. (2014). ¿Matrices Policóricas/Tetracóricas o Matrices Pearson? Un estudio metodológico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 6(1), 39-48. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333430869006>.
- Dominguez-Lara, S. (2016). Valores normativos de una escala de autoeficacia académica en estudiantes universitarios de Lima. *Interacciones*, 2(2), 11-18.
- Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15(2), 315-321. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72715225/>.
- Elosua, P; Zumbo, B. D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20(4) 896-901. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720458>
- Escalante-Romero, L; Cerrón-Vela, C R; Salazar-Granara, A; Mezones-Holguín, E; (2008). Descripción De La Conducta Sexual En Adultos Jóvenes Limeños. *Horizonte Médico*, 8() 73-80. Recuperado de <http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=371637117005>
- Fernández Cáceres, C., Rodríguez Kuri, S. E., Pérez Islas, V., & Córdova Alcaráz, A. (2016). Prácticas sexuales de riesgo y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas en estudiantes de educación media y superior. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16(1), 19-29.
- Ferrando, P. J., y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Ferrando, P. J., y Lorenzo-Seva, U. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: algunas consideraciones adicionales. *Anales de psicología*, 30(3), 1170-1175.
- 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

- Greene, K., & Faulkner, S. L. (2005). Gender, belief in the sexual double standard, and sexual talk in heterosexual dating relationships. *Sex Roles, 53*(3-4), 239-251. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s11199-005-5682-6>.
- Güell, M. (2005). ¿Por qué he dicho blanco si quería decir negro? Recuperado de https://books.google.es/books?id=OCfA7n8Hm9AC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Hair, J.F.; Anderson, R.E.; Tatham, R.L. & Black, W. (1999). *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Hambleton, R. K. (1996). *Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas*. En J. Muñiz (Coor.), *Psicometría*. Madrid: Universitas.
- Harlow, L. L., Quina, K., Morokoff, P. J., Rose, J. S., & Grimley, D. M. (1993). HIV risk in women: A multifaceted model. *Journal of Applied Biobehavioral Research, 1*(1), 3-38. doi: 10.1111/j.1751-9861.1993.tb00025.x.
- Herrero, J. (2010). El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. *Psychosocial Intervention, 19*(3), 289-300.
- Hurlbert, D.F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex and Marital Therapy, 17*: 183-190.
- INEI (2015), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
- Instituto de Desarrollo Psicológico. (2008). *Normalidad y Anormalidad en Sexualidad*. INDEPSI. Recuperado de <http://www.indepsi.cl/psicosex/guias/psicosex.htm>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES: Nacional y Departamental. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/index.html

- Instituto Nacional de Salud Mental (2008). Base de Datos de instrumentos de evaluación de Salud Mental y Psiquiatría. *Anales de Salud Mental*, 24(supl. 1), 1-130.
- Larrañaga, E., Yubero, S., & Yubero, M. (2012). Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *Summa psicológica UST (En línea)*, 9(2), 5-13
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(3), 1151-1169. Recuperado de dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. (2007). *FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model*. University Rovira i Virgili.
- Manzano, A. & Zamora, S. (2010). *Sistema de ecuaciones estructurales: una herramienta de investigación*. México D.F.: Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior
- Mardia, K. V. (1970). Measures of multivariate skewnees and kurtosis with applications. *Biometrika*, 57, 519-530.
- Ménard, A. D., & Offman, A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18(1-2), 35.
- Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R. y Burkholder G. J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (4) 790-804.
- Muñiz, J; Elosua, P; Hambleton, R K; (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2) 151-157. Recuperado de <http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=72726347014>

- Noar, S. M., Morokoff, P. J., & Redding, C. A. (2002). Sexual assertiveness in heterosexually active men: A test of three samples. *AIDS Education and Prevention, 14*(4), 330-342. Recuperado de <https://doi.org/10.1521/aeap.14.5.330.23872>
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.J. (1995). *Teoría psicométrica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel* [Comunicado de prensa]. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/>
- Orihuela Munive, Jenny. (2016). *Conocimiento, actitudes y prácticas sobre sexualidad asociado al embarazo en adolescentes de instituciones educativas de la provincia de Huancayo – 2013*. (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/8073>
- Páramo, M. A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica, 29*, 85-95. Doi: 10.4067/S0718-48082011000100009.
- Pardo, A., & Ruiz, M. (2002). *SPSS 11: Guía para el análisis de datos*. Mc Graw Hill.
- Pérez, E. R., & Medrano, L. A. (2010). Análisis factorial exploratorio: bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 2*(1), 58-66.
- Pérez-Gil, J. A., Chacón Moscoso, S., & Moreno Rodríguez, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema, 12*(2), 442-446. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/601.pdf>
- Puente, D., Zabaleta, E., Rodríguez-Blanco, T., Cabanas, M., Monteagudo, M., Pueyo, M.J., Jané, M. Mestre, N., Mercader, M. y Bolívar, B. (2011). Gender differences in sexual risk behaviour among adolescents in Catalonia, Spain. *Gaceta Sanitaria, 25*(1), 13-19
- Quero, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales, 12*(2), 248-252.
- Ramiro, M., Bermúdez, M., Sierra, J. C., & Buela-Casal, G. (2013). Predicción del tipo de experiencia sexual en función de variables psicológicas y sociodemográficas en adolescentes panameños. *Terapia psicológica, 31*(2), 175-186.

- 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 [http://www.jpagonline.org/article/S1083-3188\(00\)00016-4/abstract](http://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(00)00016-4/abstract).
- Ríos Cataño, C. (2016). Conductas de riesgo sexual y reproductivo en estudiantes universitarios en Huancayo. *Apuntes de Ciencia y Sociedad*, *06*(01), 74-79. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.18259/acs.2016015>
- Rodríguez, M., & Ruiz, M. (2008). Atenuación de la asimetría y de la curtosis de las puntuaciones observada mediante transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial. *Psicológica: Revista de Metodología y Psicología Experimental*, *29*(2), 205-227.
- Rodríguez, R., & Toro, J. (2012). Resistencia al sexo: cultura y personalidad. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, *45*(1).
- Rodríguez, V. & Romero D. (2011). *La asertividad como factor asociado a las habilidades cognitivas de solución de problemas interpersonales en estudiantes*. (Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia) Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/1431/RodriguezEspinosaVanesa2011.pdf;jsessionid=432A13B1946A8D16196412AC9CD5103C?sequence=1>.
- Ruiz, M., Pardo, A., & San Martín, R. (2010). Modelos de Ecuaciones Estructurales. *Papeles del Psicólogo*, *31*(1), 34-45.
- Sánchez-Bravo, C., Morales-Carmona, F., Carreño-Meléndez, J., & Martínez-Ramírez, S. (2005). Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Perinatología y reproducción humana*, *19*(3-4), 152-160. Recuperado de http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0187-53372005000300004&script=sci_arttext&tlng=es
- Sánchez-Fuentes, M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *14*(1), 67-75.

- Santos Iglesias, P. (2012). Asertividad Sexual: Análisis de variables relacionadas e implicaciones clínicas (Tesis Doctoral, Universidad de Granada, Granada, España). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=61667>.
- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2010a). 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/articulo.oa?id=33714079010>.
- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2010b). Hurlbert Index of Sexual Assertiveness: A study of psychometric properties in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 107(1), 39-57.
- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2012). Sexual victimization among Spanish college women and risk factors for sexual revictimization. *Journal of interpersonal violence*, 27(17), 87-103. doi: 10.1177/0886260512445383
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2013). Predictors of sexual assertiveness: The role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 1043-1052. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-012-9998-3>.
- Secretaría Nacional de la Juventud. (2012). Primera Encuesta Nacional de la Juventud: Resultados finales. Recuperado de <http://juventud.gob.pe/media/publications/ResultadosFinalesENAJUV2011.pdf>
- Sierra, J. C., Rojas, A., Ortega, V., & Martín Ortiz, J. D. (2007). Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: Primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS). *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 7(1), 41-60.
- Sierra, J. C., Santos, P., Gutiérrez-Quintanilla, J. R., Gómez, P. y Maeso, M.D. (2008). Un estudio psicométrico del Hurlbert Index of Sexual Assertiveness en mujeres hispanas. *Terapia Psicológica*, 26, 117-123. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100010>.
- Sierra, J. C., Santos-Iglesias, P. & Vallejo-Medina, P. (2012). Evaluación de la equivalencia factorial y métrica de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) por sexo. *Psicothema*, 24, 316-322.

- Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P., & Santos-Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología*, 27(1), 17.
- Stassen Berger, K. (2009). *Psicología del Desarrollo: Adultez y Vejez*. España: Panamericana.
- Testa, M., & Dermen, K. H. (1999). The differential correlates of sexual coercion and rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(5), 548-561. Doi: 10.1177/088626099014005006.
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods*, 16, 209-220.
- Torres-Obregon, R., Onofre-Rodríguez, D. J., Sierra, J. C., Benavides-Torres, R. A., & Garza-Elizondo, M. E. (2017). Validación de la Sexual Assertiveness Scale en mujeres mexicanas. *Suma Psicológica*, 24(1), 34-41.
- Vallejo-Medina, P., Gómez-Lugo, M., Marchal-Bertrand, L., & Saavedra-Roa, A. (2017). Developing Guidelines for Adapting Questionnaires into the Same Language in another Culture. *Terapia Psicológica*, 35(2), 181-194. Recuperado de <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/177/196>
- Ventura-León J, (2017). ¿Validez de constructo o validez basada en el constructo?: comentarios a Soler et al. *Revista de Psiquiatría y de Salud Mental*, 30(20), 30-30. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.05.003>
- Verdugo, M., Crespo, M., Badía, M., & Arias, B. (Junio de 2008) Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales. *Modelos de medida y Análisis Factorial Confirmatorio*. Simposio llevado a cabo en el VI Seminario Científico SAID, Salamanca, España.
- Yarlequé, L., Javier, L., Monroe, J. & Núñez, R. (2007). *Investigación en Educación y Ciencias Sociales*. Perú: Ediciones Omega.

ANEXOS

ANEXO 1.

ESCALA DE ASERTIVIDAD SEXUAL

Esta escala está diseñada para evaluar algunos aspectos de la vida sexual con su pareja. Los resultados se utilizarán únicamente con fines de investigación científica y sus respuestas serán confidenciales, por lo que es anónima. No es una prueba, por lo tanto no existen respuestas correctas ni incorrectas, cualquier respuesta que usted dé es válida. Por favor responda con la mayor veracidad posible, seleccionando un número de los que siguen.

0 = Nunca

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

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

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

4 = Siempre

	NUNCA	A VECES	LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo.	0	1	2	3	4
2. Estimulo los genitales de mi pareja con mi boca si él o ella lo desea, incluso cuando no me provoca	0	1	2	3	4
3. Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me provoca.	0	1	2	3	4
4. Espero a que mi pareja acaricie mi cuerpo en lugar de decirle que me acaricie.	0	1	2	3	4
5. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón.	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. Me niego a que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, aunque insista.	0	1	2	3	4
9. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón aunque yo no quiera.	0	1	2	3	4
10. Espero a que mi pareja toque mis genitales en lugar de decirle que me toque.	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 relaciones sexuales cuando no lo deseo, incluso si mi pareja insiste.	0	1	2	3	4
13. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón aunque yo prefiera utilizarlos.	0	1	2	3	4
14. Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo.	0	1	2	3	4
15. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón.	0	1	2	3	4
16. Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo.	0	1	2	3	4
17. Insisto en usar condón cuando quiero, aunque mi pareja prefiera no utilizarlos.	0	1	2	3	4
18. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón.	0	1	2	3	4

ANEXO 2.

Universidad: _____

Carrera: _____

Ciclo: _____

CUESTIONARIO:

1. Sexo: (1) Femenino (2) Masculino
2. Edad: _____
3. Tiene pareja: (1) SI (2) NO
4. Tiempo de la relación (en meses): _____
5. Cantidad de parejas que ha tenido hasta el momento: _____
6. Mencione los métodos anticonceptivos que utilizó (*puede marcar más de 1 opciones*):
 - (1) natural (método del ritmo)
 - (2) hormonal (píldoras anticonceptivas, parches, etc.)
 - (3) barrera (preservativos)
 - (4) quirúrgico (ligadura de trompas o vasectomía)
 - (5) Ninguno
7. Orientación sexual: (1) Heterosexual
 - (2) Homosexual
 - (3) Bisexual
 - (4) Otros
8. Tiene vida sexual activa: (1) SI (0) NO (*si la respuesta a la pregunta anterior es no, conserve la hoja sin contestarla y entregue discretamente la hoja al final*).

