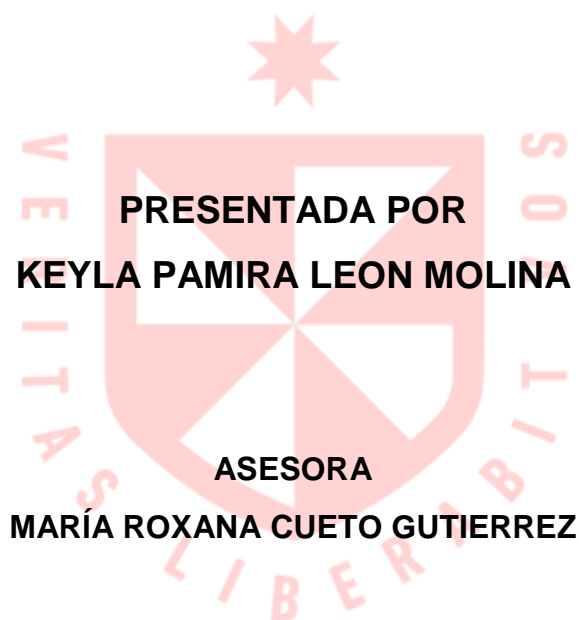


FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**CONDUCTA SEXUAL DE MUJERES ATENDIDAS EN EL
CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2023**



PRESENTADA POR
KEYLA PAMIRA LEON MOLINA

ASESORA
MARÍA ROXANA CUETO GUTIERREZ

TESIS
PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2024



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA**

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**TESIS
CONDUCTA SEXUAL DE MUJERES ATENDIDAS EN EL
CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2023**

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

KEYLA PAMIRA LEON MOLINA

ASESORA

MG. OBST. MARÍA ROXANA CUETO GUTIERREZ

LIMA, PERÚ

2024

**CONDUCTA SEXUAL DE MUJERES ATENDIDAS EN EL
CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2023**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor:

Mg. Obst. María Roxana Cueto Gutierrez

Miembros del jurado:

Presidente: Mg. Obst. José Luis Delgado Sánchez

Vocal: Mg. Obst. Giovanna Ñahuis Arteta

Secretario: Mg. Obst. Evelyn Margott Asencios Falcon

DEDICATORIA

A mi familia, por su presencia y constante motivación en cada etapa de mi vida. A mis padres y hermano, por su amor incondicional y apoyo durante mi formación profesional.

A mi abuela Alejandrina, por ser mi guía espiritual y fuente de inspiración para nunca rendirme y perseverar mis metas y sueños.

A mí, por el esfuerzo dedicado en la realización de esta tesis y motivarme para seguir adelante pese a cualquier situación.

AGRADECIMIENTO

A las obstetras docentes por compartir sus conocimientos conmigo permitiendo mi formación y enriquecimiento profesional en la hermosa carrera de Obstetricia.

A la Mg. Roxana Cueto por haberme brindado su apoyo y la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimientos que permitieron ayudarme en la realización de esta tesis.

A las mujeres participantes por su disposición, buena actitud e interés en el tema para formar parte del estudio.

REPORTE TURNITIN

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

Conducta sexual de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el hospital naci

AUTOR

Keyla Pamira Leon Molina

RECuento DE PALABRAS

11623 Words

RECuento DE CARACTERES

64117 Characters

RECuento DE PÁGINAS

63 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.2MB

FECHA DE ENTREGA

Jun 10, 2024 5:13 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 10, 2024 5:14 PM GMT-5

● 14% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Facultad de
Obstetricia y Enfermería
Hilda Zoraida Bocca Neglia

Dra. Victoria del Consuelo Aliaga Bravo
Jefa de la Oficina de Grados y Títulos



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Obstetricia y Enfermería
Hilda Zoraida Baca Neglia

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD / ORIGINALIDAD Y DE NO PLAGIO DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Leon Molina Keyla Pamira en mi condición de egresada de Obstetricia, identificada con el DNI N° 73992933, dejo en constancia que mi investigación titulada: "CONDUCTA SEXUAL DE MUJERES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2023", realizada bajo la asesoría del/la Sra María Roxana Cueto Gutiérrez con los criterios de autenticidad/originalidad y que no ha sido producto de plagio ni total ni parcialmente, en la realización del trabajo declaro que he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes de información utilizadas y, por lo tanto, no atenta contra los derechos de propiedad intelectual de terceros.

Por lo expuesto, asumo la responsabilidad y me someto a cualquier disposición legal, administrativa, o civil correspondiente por la falta de ética o integridad académica en caso de que lo expuesto en la presente declaración jurada no corresponda con la verdad, según la normatividad sobre los derechos de propiedad intelectual y lo dispuesto en los reglamentos de Propiedad Intelectual y de Código de ética para la Investigación de la Universidad de San Martín de Porres. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado en el presente documento.

Lima, 11 de Junio del 2024

Firma del autor

DNI: 73992933

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
TÍTULO	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	9
2.1. Diseño metodológico.....	9
2.2. Población y muestra.....	9
2.3. Criterios de selección	9
2.4. Técnicas de recolección de datos	10
2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	13
2.6. Aspectos éticos	13
III. RESULTADOS	15
IV. DISCUSIÓN.....	23
V. CONCLUSIONES.....	36
VI. RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
VII. ANEXOS	49

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Características sociodemográficas y de comportamiento sexual de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023.....	15
Tabla 2. Iniciativa en las relaciones sexuales deseadas de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023.....	17
Tabla 2a. Nivel de asertividad sexual de iniciativa en las relaciones sexuales deseadas de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023.....	18
Tabla 3. Rechazo de actividad sexual no deseada de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023.....	19

Tabla 3a. Nivel de asertividad sexual en el rechazo de actividad sexual no deseada de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023.....	20
Tabla 4. Decisión del uso del anticonceptivo de barrera para la prevención de embarazo y de ITS en las relaciones sexuales de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023.....	21
Tabla 4a. Nivel de asertividad sexual en la decisión del uso del anticonceptivo de barrera para la prevención de embarazo y de ITS en las relaciones sexuales de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023.....	22

RESUMEN

Objetivo: Determinar la conducta sexual de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023. **Método:** Cuantitativo, observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Muestra de 142 mujeres. El formulario aplicado incorporó la adaptación al idioma español por Sierra et al. 2011 de la Escala de Asertividad sexual de Morokoff et al. 1997. **Resultados:** En la primera dimensión de la escala, el 66.9% obtuvo un nivel medio para la iniciativa deseada de relaciones sexuales. En la segunda dimensión, el 55.8% de mujeres presentaron el nivel medio para el rechazo de actividad sexual no deseada. La tercera y última dimensión evidenció el 64.1% de mujeres para la decisión de uso de preservativo en la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual. **Conclusiones:** Se obtuvieron valores medios que indican en la mujer una posición neutra en cada dimensión de la escala utilizada. Asimismo, la expresión de deseos sexuales, el rechazo de las acciones insistentes de su pareja para las caricias o el tocamiento de sus genitales y para asegurar el uso de preservativo, insistir en el mismo o negarse cuando la pareja no quiere usarlo; fueron los aspectos donde se observaron puntajes poco favorables de asertividad sexual.

Palabras claves: Conducta sexual, asertividad y sexualidad

ABSTRACT

Objective: Determine the sexual behavior of women seen in the family planning clinic at the Sergio E. Bernales 2023 National Hospital. **Method:** Quantitative, observational, descriptive, prospective and transversal. Sample of 142 women. The survey applied incorporated the adaptation to the Spanish language by Sierra et al. 2011 from the Sexual Assertiveness Scale by Morokoff et al. 1997. **Results:** In the first dimension of the escalation, 66.9% obtained a medium level for the desired initiative of sexual relations. In the second dimension, 55.8% of women presented the average level for rejection of unwanted sexual activity. The third and last dimension showed 64.1% of women making the decision to use condoms to prevent pregnancies and sexually transmitted infections. **Conclusions:** Mean values were obtained that indicate a neutral position in women in each dimension of the scale used. Likewise, the expression of sexual desires, the rejection of the insistent actions of the partner to caress or touch their genitals and to ensure the use of a condom, insisting on it or refusing when the partner does not want to use it; were the aspects where unfavorable sexual assertiveness scores were observed.

Key words: Sexual behavior, Assertiveness and Sexuality

I. INTRODUCCIÓN

La conducta sexual engloba las actividades realizadas por el ser humano que revelan el modo en que experimentan la sexualidad en un contexto personal, interpersonal y social. Estas experiencias requieren de un enfoque responsable y positivo para establecer un estado de salud sexual que refleje el respeto, la autonomía, el consentimiento, la búsqueda del placer y el bienestar; evitando el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los embarazos no planificados, además de cualquier tipo de violencia, coerción y discriminación durante el ejercicio de la sexualidad^{1,2}.

Dicho esto, resulta significativa la toma de decisiones basadas en la asertividad que indican la capacidad de escuchar activamente y expresar sentimientos, pensamientos u opiniones de forma respetuosa y empática sin reaccionar de manera agresiva, pasiva o manipuladora³; término usado por Morokoff et al.⁴ en un contexto sexual para establecer el constructo de asertividad sexual que señala la actitud de una persona para expresar asertividad en su sexualidad, haciendo énfasis en la capacidad de dar inicio a la actividad sexual de forma deseada, rechazar la actividad sexual no deseada y promover la negociación de conductas sexuales seguras que incluyen el uso de

preservativo para tomar medidas preventivas que protejan la salud sexual y fortalezcan la autonomía sexual⁵.

No obstante, la expresión de la conducta sexual en mujeres es influenciada por los roles de género y sus diferencias debido a las construcciones propias de cada sociedad que afectan el desarrollo de su sexualidad y acentúan el riesgo sexual de la población femenina⁶. Esta vulnerabilidad y sus implicancias en la conducta sexual son presentadas mayormente en la cultura latinoamericana debido a las vulnerabilidades y dependencias de tipo socioeconómico frente al hombre que se expresan limitando la iniciativa femenina para la actividad sexual, la habilidad para expresar una negativa para el encuentro sexual y la negociación de estrategias preventivas⁷, pudiendo influir negativamente en el desarrollo saludable de conductas sexuales y en los términos de las relaciones de mujeres y sus parejas, inclusive otorgando más responsabilidad a la figura masculina respecto al uso de preservativo que se traduce en una inconsistencia en el empleo de métodos de barrera para una protección sexual adecuada y exponiéndose a la posibilidad de contagio de ITS, incluido el VIH/SIDA⁸. Asimismo, la baja percepción para controlar o expresar aspectos de su sexualidad, como sus deseos sexuales y cuidado anticonceptivo, predispone a la mujer a padecer problemas sexuales⁹.

El embarazo no planificado y las ITS incluyendo el VIH/SIDA representan una problemática de salud pública vigente en todo el mundo¹⁰. Las ITS obtienen el segundo puesto, en gran número de países en vías de desarrollo, como causantes de enfermedades en las mujeres en edad reproductiva¹¹. A su vez, la OMS estima que,

en las Américas alrededor de 38 millones de féminas activas sexualmente entre 15 a 49 años presentan una ITS curable¹².

En este sentido, la decisión y el uso adecuado y sistemático de los métodos de barrera en los encuentros sexuales sigue siendo la mejor forma de prevención, dado que es el único método que provee una doble protección frente a embarazos y las ITS/VIH¹⁰.

La estadística mundial sobre el VIH reporta 37,7 millones de individuos viviendo con el VIH en el 2020, de todas ellas, el 53% son mujeres y niñas. Además, cerca de 5000 mujeres, entre 15 y 24 años, contraen el VIH cada semana y aproximadamente el 35% de mujeres ha sido víctima de violencias físicas o sexuales en algún momento de su vida¹³.

En el Perú, según la situación epidemiológica del VIH/SIDA, han sido notificados 9724 casos de infección por VIH y 1470 casos de SIDA en el año 2022, observándose un aumento respecto al año 2021 que presentó 8668 casos y abarcando un total de 4279 casos diagnosticados de VIH en el departamento Lima durante el año 2022¹⁴.

Bermúdez et al.¹ en su estudio realizado en el año 2018 sobre conducta sexual y la realización del test del VIH en universitarios cusqueños pudo evidenciar la falta de protección en el 54,4% de los participantes durante el sexo vaginal, 69,1% en el sexo anal y 82,6% en el sexo oral. Los participantes indicaban que el motivo principal para no realizarse el test del VIH fue la seguridad de ausencia de infección pese a estar involucrados en conductas sexuales riesgosas, encontrando un 51,9% de jóvenes que no pensaba hacerse esta prueba. El estudio concluyó que, el preservativo se usaba mayormente como método para prevenir embarazos y no como medida para evitar

infecciones de transmisión sexual y a diferencia del grupo femenino, los varones presentaron aspectos de riesgo sexual más acentuados.

Por su parte, Pasco et al.¹⁶ publicó en el 2020 una investigación con el objetivo de examinar el conocimiento, actitud y práctica preventiva sobre el VIH-SIDA en población femenina utilizando la base de datos de ENDES, evidenciado que el grupo etario predominante fue de 20-29 años (34,8%) y el nivel educacional de mayor porcentaje (47,3%) fue el de estudios secundarios. El grupo de 30-34 años fue el que obtuvo mayor porcentaje de conocimiento alto (11,8%) y el nivel educativo superior universitario (15,1%) presentaba mayor conocimiento. Por otro lado, resaltaron el desacierto que la mayoría de encuestadas expresó en la pregunta: “¿Uso condón en su última relación sexual?”, a pesar de haber referido la utilización del preservativo para evitar el contagio del VIH.

De igual manera en el año 2021, Zavala e Inga¹⁷ en su estudio sobre la representación y práctica que presentan las mujeres sobre la sexualidad, observaron que, el estado civil de conviviente (45,4%) y el grado de instrucción secundaria incompleta (24,6%) fueron los que predominaron en este grupo de estudio. El 50,8% de participantes expresó una delegación a la pareja sobre el derecho de control de sus cuerpos desplazando el placer sexual femenino y limitándolo a la función reproductiva. La mayoría de mujeres (85,2%) interiorizó la sexualidad con el fin de la procreación y el 58,7% refirió que el cuerpo femenino es solo para la maternidad y la reproducción; hubo participantes (65,6%) que mencionaron el género femenino como pasivo en el ámbito sexual (sin contemplar la iniciativa y poder de decisión en su relación sexual, estando expectante a la propuesta de su pareja). Los autores concluyeron que las

mujeres presentaron prioridad sobre la sexualidad con fines reproductivos observándose patrones de influencia moral y religiosa al respecto.

En la investigación de Pacompia y Rocha¹⁸ para delimitar la conducta sexual de riesgo en universitarios de Puno (Perú) realizada en el año 2022 se observó la presencia de conductas sexuales de mediano y alto riesgo, siendo las más reportadas fueron: Múltiples parejas sexuales (34%), encuentros sexuales casuales (62,5%), actividad sexual desprotegida (71,6%) y falta de realización de prueba de detección de ITS (89,8%). Por su parte, Cuadra et al.¹⁹ (2022) en su estudio sobre el nivel de conocimiento y práctica relacionada a la salud reproductiva y sexual en universitarios de Trujillo (Perú), tuvo como resultado que el primer vínculo sexual fue antes de los 20 años en el 68,1% de estudiantes, un 76,2 % tuvo su primera relación sexual sin preservativo y el motivo principal fue porque no esperaba tener relaciones sexuales así que no tenía previsto el uso del preservativo y por otra parte, un 26,6% no consideró necesario su utilización.

En México, Palacios y Ortego²⁰ en el año 2018, al analizar autoeficacia para el empleo del preservativo en una población universitaria de hombres y mujeres, reportaron el uso de preservativo un 41% la mayoría de veces y un 27,7% en quienes siempre lo usaban en la actividad sexual. Por otra parte, cuando el uso del preservativo dependía de la preferencia de su pareja, un 47,2% nunca lo usaba y el 27,7% casi nunca empleaba su uso. Además, observaron la existencia de varones que evitaban o se negaban a usar preservativo. Los autores evidenciaron la predominancia del uso de este método en población femenina que presentaban mayor autoeficacia para su uso, independientemente de la reacción de su pareja, presentando mayor confianza y

seguridad al momento de utilizar este método de barrera en sus relaciones sexuales y oponiéndose a conductas riesgosas como múltiples parejas sexuales o la ausencia del preservativo en la relación sexual). Sin embargo, las mujeres reportaron que la decisión de usar este método de barrera se ajusta a la indicación de su pareja en el momento de la actividad sexual o cuando se lo solicitan a su pareja. A su vez, Abril et al.²¹ (2018), al analizar las creencias sobre el uso de preservativo, encontró que, el promedio en mujeres para la edad de inicio de relaciones sexuales fue de 18 años y el número de parejas sexuales fue de 2. Asimismo, el 69,3% de mujeres manifestaban que su pareja fue quien llevaba preservativo en su último encuentro sexual y solo el 1,4% de las mujeres lo utilizó teniendo en cuenta su protección frente a las ITS y el VIH. Las razones manifestadas para no hacer uso de preservativo se concentran en la falta de planificación de sus encuentros sexuales, el 10,4% de mujeres mencionó que sus relaciones sexuales no eran planificadas y reportaron la negativa de su pareja a utilizarlo o la vergüenza de ir a adquirir este método de barrera. Por otro lado, la percepción de ausencia de riesgo para el contagio de ITS y/o VIH, la ausencia de placer, la dificultad de su empleo, el estereotipo de género y la afirmación de la pérdida de placer sexual con el uso de este método de barrera fueron algunas de las creencias presentadas frecuentemente en el grupo masculino.

En Ecuador, Patiño y León²² en su estudio para comparar los niveles de asertividad sexual en universitarios de ambos sexos realizado en el año 2018, obtuvieron resultados no favorables en mujeres en la dimensión de iniciativa de la relación sexual, en los ítems 2 y 5, a excepción del ítem 3 (36,7%) que tuvo mayor puntaje de asertividad. La dimensión de rechazo de las relaciones sexuales presentó mejores

puntajes comparado con la dimensión de iniciativa, evidenciándose en los ítems 7, 8 y 10. El reactivo 9 obtuvo un valor disminuido y los ítems 11 y 12 presentaron mejor puntuación. En cuanto a la dimensión de negociación del preservativo se presentó mayores puntajes en mujeres, en el ítem 13 y 14, exceptuando el 15. Los autores llegaron a la conclusión que, las sub-escalas con mayor asertividad en ellas, son las de rechazo de relaciones sexuales indeseadas y en la negociación del empleo de preservativo, por el contrario, la sub-escala de iniciativa de relaciones sexuales obtuvo menor puntaje en las participantes. Igualmente en el año 2020, Lalangui y Soliz²³ en su investigación sobre asertividad sexual según variables sociodemográficas en hombres y mujeres ecuatorianos de una zona rural, entre las edades de 18 y 25 años, evidenciaron que, las mujeres solteras presentaban mayor asertividad en la dimensión de iniciativa de actividad sexual deseada, por el contrario, la dimensión de rechazo de actividad sexual no deseada en las mujeres representaron el 25,4% en un nivel medio, en la dimensión de negociación de uso de preservativo solo se evidencia el 0.7% de las participantes con un nivel alto. Concluyendo en su población la presencia de bajos niveles para la evaluación de asertividad sexual.

Adicionalmente, el estudio de Deleon et al.²⁴ realizado en educandos brasileños del área biomédica para conocer la práctica sexual y medidas preventivas para las infecciones de transmisión sexual, encontraron la ausencia de preservativo en los encuentros sexuales en el 60,7% de su población, esta ausencia se evidencia en aquellos con relación estable (58,53%) y en aquellos que negocian su uso de manera inconsistente (35,8%). Asimismo, las féminas que predominaron en el estudio tenían una edad de 18 a 23 años (84,3%) y al consultar en el grupo femenino sobre el

preservativo femenino el 97,98% respondió que nunca hicieron uso de este método de barrera. De este modo, concluyeron la baja adherencia al preservativo como método preventivo con parejas estables y casuales en la población estudiada.

Según lo expuesto anteriormente, es notable la vulnerabilidad presentada en las mujeres durante el ejercicio de su sexualidad que puede afectar significativamente la calidad de vida, por ello, surgió el interés de explorar esta temática en población femenina a través de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la conducta sexual de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023?, estableciendo la importancia del abordaje del perfil conductual sexual para evaluar con mayor claridad aspectos conductuales involucrados en las relaciones sexuales que resultan determinantes para la salud sexual de la mujer, particularmente, la iniciativa en las relaciones sexuales deseadas, el rechazo de la actividad sexual no deseada, así como la decisión del uso del anticonceptivo de barrera que permita negociar comportamientos saludables y preventivos con la pareja para la prevención de embarazos e ITS para explorar alternativas en las intervenciones futuras, a favor de la salud sexual, que logren promover el empoderamiento de la mujer para gestionar su sexualidad de manera satisfactoria e impulsar estrategias que permitan el desarrollo de capacidades para mejorar la conducta sexual.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño metodológico

Esta investigación presenta un enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo, observacional, prospectivo y de corte transversal.

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población

La población de estudio está conformada por las mujeres en edad fértil de 18 – 49 años atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2023. Los registros estadísticos consultados en el hospital indicaron la cantidad de mujeres en edad fértil atendidas en la consulta externa fue de 142 en el año 2022²⁵.

2.2.2. Muestra

La muestra fue censal, por lo tanto, no se usaron fórmulas estadísticas dado que se utilizó la totalidad de población de 142 mujeres que formaron parte del estudio cumplieron con los criterios de selección especificados seguidamente.

2.3. Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- Mujeres en edad fértil.

- Mujeres mayores de 18 años.
- Mujeres sexualmente activas.
- Mujeres que firman el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Mujeres que padezcan alguna discapacidad intelectual.

2.4. Técnicas de recolección de datos

Técnica:

La técnica empleada fue la entrevista, previamente se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales para la ejecución. La recolección de datos se realizó en coordinación con las obstetras encargadas del consultorio de planificación familiar para identificar y captar a las mujeres que fueron atendidas en consultorio, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Aquellas mujeres recibieron la invitación para formar parte del estudio, explicándoles los procedimientos y objetivos propuestos en la investigación y las consideraciones en el llenado del formulario de recolección de datos (ANEXO 1), se resaltó de manera verbal y escrita, a través del consentimiento informado (ANEXO 2), haciendo mucho énfasis en la confidencialidad y anonimato de los datos recolectados y su manejo solo con fines investigativos. Aquellas que aceptaron participar voluntariamente firmaron el consentimiento informado, la mujer fue invitada a ingresar en una habitación cercana al consultorio de planificación familiar para luego entregarle el formulario respectivo (que no consignaba ningún dato respecto a su identidad), indicándoles que lean con atención y marquen de manera honesta la opción que crean conveniente, esta habitación cumplía con las características de ser un ambiente tranquilo sin presencia de distractores que puedan alterar la

respuesta de la mujer. Para brindar mayor seguridad y confidencialidad a la mujer respecto a los datos que había compartido, una vez terminado el proceso de llenado, ella debía colocar el formulario en una caja archivadora adaptada para introducir papeles que en su interior contenía otros formularios. Este proceso fue realizado en el horario de atención del consultorio de lunes a sábado de 8 am a 1 pm. Durante todo el tiempo que la participante tomó para completar el formulario la investigadora se mantuvo presente absolviendo dudas o interrogantes.

Instrumento:

El instrumento utilizado fue la Escala de Asertividad sexual (ANEXO 1). La escala de Asertividad sexual (SAS) de Morokoff et al.²⁸ 1997 que fue adaptada y validada al idioma español por Sierra et al.⁴³ en el año 2011, consta de 18 ítems y evalúa 3 dimensiones detalladas a continuación:

- Primera dimensión: Inicio de actividad sexual, evalúa la capacidad con la que se inicia una actividad sexual de forma deseada (ítems 1 – 6).
- Segunda dimensión: Rechazo de actividad sexual no deseada, evalúa la capacidad con la que se rechaza la actividad sexual no deseada (ítems 7 – 12).
- Tercera dimensión: Prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, evalúa la capacidad con la que una persona insiste en el uso de preservativo con su pareja (ítems 13 – 18).

Cada ítem es evaluado mediante una escala tipo Likert que va desde 0, equivalente a nunca, hasta 4, equivalente a siempre. Cada dimensión consta de 6 ítems y algunos se encuentran redactados de manera inversa (3, 4, 6, 7, 8, 10, 13, 14 y 16). Los puntajes mayores denotan mayor asertividad sexual, el

puntaje general va de 0 (mínimo) hasta 72 (máximo) y las dimensiones se puntúan de 0 (mínimo) hasta 24 (máximo). Asimismo, se estableció la escala de baremación²⁶ utilizando puntuaciones equidistantes en cada dimensión, disponiéndose en 3 niveles: bajo, medio y alto.

Escala de Likert	Valor mínimo	Valor máximo
	0	4

Número de ítems	6
-----------------	---

Número de niveles	3
-------------------	---

Baremos para 3 niveles

	Valor mínimo	Valor máximo
Bajo	0	7
Medio	8	15
Alto	16	24

Nivel bajo: 0 – 7 puntos

Nivel medio: 8 - 15 puntos

Nivel alto: 16 - 24 puntos

La Escala de Asertividad Sexual en su versión original desarrollada por Morokoff, aplicada solo en mujeres, ha demostrado la validez y fiabilidad en su versión española que reporta valores de $\omega = 0.82$ para la escala global, $\omega = 0.80$ para la primera dimensión (inicio), $\omega = 0.76$ para la segunda dimensión (rechazo), $\omega = 0.85$ para la tercera dimensión (prevención de embarazo no deseado e ITS)⁵.

En la parte inicial del formulario fue incorporado una sección de características sociodemográficos (edad, estado civil, grado de instrucción) y de

comportamiento sexual (edad de inicio de relaciones sexuales y número de parejas sexuales) que incluye respuestas de diversas alternativas para una mejor representación del público objetivo.

2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Los datos recopilados fueron procesados y analizados mediante el software estadístico SPSS versión 27.0. La presentación de los resultados se elaboró en tablas simples en concordancia con los objetivos propuestos del estudio para calcular promedios (media), desviación típica y la distribución de frecuencias y porcentajes.

2.6. Aspectos éticos

El desarrollo de este trabajo de investigación tomó en consideración los siguientes principios éticos generales:

- **Autonomía:** Las mujeres fueron informadas acerca del propósito del estudio permitiendo su decisión libre y voluntaria de participar o no, sin ejercer presión alguna u obstruir sus acciones, respetando su autonomía y poder de decisión expresada con su firma en el consentimiento informado.
- **Beneficencia y no maleficencia:** El estudio expuso con mayor exactitud ciertas conductas en la vida sexual de la mujer, aquel conocimiento es beneficioso para la población objetivo, el profesional de salud interesado en el tema y otras instituciones además del Hospital Sergio E. Bernal para aportar enfoques de intervención en aspectos de la conducta sexual que requiera cambios o mejoras a fin de fortalecer la salud sexual de la población objetivo. La información obtenida fue manejada con total

veracidad y solo con fines investigativos conservando el anonimato y la confidencialidad de las participantes.

- La justicia: Los derechos de nuestras participantes fueron respetados, dándoles un trato igualitario y sin discriminación, obteniendo la oportunidad de ser parte del estudio y el beneficio propio de la investigación.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas y de comportamiento sexual de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023.

Características sociodemográficas y de comportamiento sexual	N	%
Edad		
18-24	49	34.5
25-29	24	16.9
30-34	34	23.9
35-39	24	16.9
40-44	8	5.6
45-49	3	2.1
Estado civil		
Soltera	34	23.9
Conviviente	96	67.6
Casada	10	7.0
Divorciada	2	1.4
Viuda	0	0.0
Grado de Instrucción		
Primaria completa	9	6.3
Primaria incompleta	1	0.7
Secundaria completa	58	40.8
Secundaria incompleta	18	12.7
Superior completa	36	25.4
Superior incompleta	20	14.1
Edad de inicio de relaciones sexuales		
12-16	64	45.1
17-21	68	47.9
22-26	10	7.0
Número total de parejas sexuales		
1	28	19.7
2	52	36.6
3	25	17.6
4	24	16.9
5-10	13	9.2
Total	142	100

En la tabla 1 se observó que, de la totalidad de mujeres encuestadas (142), el 34.5% tenían entre 18 a 24 años, seguido del 23.9% con edades entre 30-34 años. El estado civil que predominó en las participantes (96) es el de conviviente con un 67.6%, además, el 40.8% tenía secundaria completa y el 25.4% superior completa. Por otro lado, la mayoría de las participantes inició relaciones sexuales entre los 17 a 21 años (47.9%) seguido del grupo representado por un 45.1% entre los 12 a 16 años. Asimismo, el número total de parejas sexuales más reportado fue de 2 (36.6%).

Tabla 2. Iniciativa en las relaciones sexuales deseadas de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023.

Ítems	M*	DE*
1. Inicio las relaciones con mi pareja cuando lo deseo	2.49	1.20
2. Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo	1.34	1.29
3. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja espero que me toque los genitales	2.28	1.14
4. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que acaricie mi cuerpo	2.07	1.23
5. Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo	0.74	1.10
6. Espero a que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como por ejemplo acariciar mi cuerpo	2.03	1.19

Nota: Valor mínimo 0 (Nunca) y valor máximo 4 (Siempre)

*M: Media (promedio); DE: Desviación estándar.

*Ítems inversos: 3, 4 y 6.

En la tabla 2 sobre la iniciativa de la actividad sexual deseada, primera dimensión de la escala aplicada, muestra los promedios obtenidos de las participantes en cada ítem que evidencian un menor puntaje de asertividad sexual en el ítem 2 con 1.34 ± 1.29 y en el ítem 5 con 0.74 ± 1.10 . Por otro lado, se observa que el ítem 1 es el que posee mayor puntuación (2.49 ± 1.20) junto con los ítems 3, 4 y 6 referidos como inversos, dado que el valor 0 en estos casos indica “Siempre” y el valor 4 indica “Nunca”.

Tabla 2a. Nivel de asertividad sexual de iniciativa en las relaciones sexuales deseadas de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023.

Iniciativa en la actividad sexual de forma deseada	N	%
Nivel bajo 0 - 7	29	20.4
Nivel medio 8 - 15	95	66.9
Nivel alto 16 - 24	18	12.7
Total	142	100

En la tabla 2a sobre la iniciativa de la actividad sexual deseada se evidencia un predominio del nivel medio que representa al 66.9% de las participantes. Por otro lado, se observa que el 20.4% posee un nivel bajo y la menor cantidad estuvo reflejada en el nivel alto (12.7%).

Tabla 3. Rechazo de actividad sexual no deseada de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023.

Ítems	M*	DE*
7. Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no	3.53	0.76
8. Si mi pareja lo desea, estímulo sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece	3.61	0.67
9. Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste	1.44	1.43
10. Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece	3.35	0.80
11. Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales aunque me presione	1.54	1.64
12. Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste	1.78	1.52

Nota: Valor mínimo 0 (Nunca) y valor máximo 4 (Siempre)

*M: Media (promedio); DE: Desviación estándar.

*Ítems inversos: 7, 8 y 10.

En la tabla 3 sobre el rechazo de actividad sexual no deseada, segunda dimensión de la escala de asertividad sexual, se obtuvieron puntajes ponderados menores en los ítems 9 con 1.44 ± 1.43 , en el ítem 11 con 1.54 ± 1.64 y el ítem 12 con 1.78 ± 1.52 . Asimismo, se observa mayor puntuación en los ítems inversos, aquellos que indican el valor 0 igual a “Siempre” y el valor 4 a “Nunca”: 7, 8 (3.61 ± 0.67) y 10.

Tabla 3a. Nivel de asertividad sexual en el rechazo de actividad sexual no deseada de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023.

Actividad sexual no deseada	N	%
Nivel bajo 0 - 7	1	0.7%
Nivel medio 8 - 15	83	58.5%
Nivel alto 16 - 24	58	40.8%
Total	142	100

En la tabla 3a acerca del rechazo de actividad sexual no deseada, se observa el mayor porcentaje de las participantes en el nivel medio (58.5%), seguidamente, el 40.8% obtuvo un nivel alto y el nivel bajo estuvo representado por un 0.7%.

Tabla 4. Decisión del uso del anticonceptivo de barrera para la prevención de embarazo y de ITS en las relaciones sexuales de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023.

Ítems	M*	DE*
13. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex, incluso aunque yo prefiera utilizarlos	3.13	1.17
14. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón o barrera de látex, incluso aunque yo no quiera	3.32	1.04
15. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón o barrera de látex	1.08	1.30
16. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex	2.89	1.17
17. Insisto en usar condón o barrera de látex cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos	1.40	1.46
18. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón o barrera de látex	1.24	1.47

Nota: Valor mínimo 0 (Nunca) y valor máximo 4 (Siempre)

*M: Media (promedio); DE: Desviación estándar.

*Ítems inversos: 13, 14 y 16.

En la tabla 4 que refleja la tercera dimensión de la escala aplicada sobre asertividad sexual en la decisión del uso del anticonceptivo en las relaciones sexuales, se observan ponderados reducidos en el ítem 15 con 1.08 ± 1.30 , el ítem 17 con 1.40 ± 1.46 y el ítem 18 con 1.24 ± 1.47 . Respecto a los ítems inversos, se muestra el número 14 con mayor puntaje (3.32 ± 1.04), seguido del ítem 13 y 16, los cuales indican el valor 0 en caso de “Siempre” y valor 4 para “Nunca”.

Tabla 4a. Nivel de asertividad sexual en la decisión del uso del anticonceptivo de barrera para la prevención de embarazo y de ITS en las relaciones sexuales de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2023.

Decisión del uso de preservativo en las relaciones sexuales para la prevención de embarazo y de ITS	N	%
Nivel bajo 0 - 7	15	10.6%
Nivel medio 8 - 15	91	64.1%
Nivel alto 16 - 24	36	25.4%
Total	142	100

En la tabla 4a se evidencia un predominio de nivel medio (64.1%) en las participantes, en segundo lugar, observamos niveles altos en el 25.4% de la muestra estudiada. Además, el 10.6% de ellas obtuvieron niveles bajos en la decisión de uso de preservativo para la prevención de embarazo e ITS.

IV. DISCUSIÓN

El estudio de la conducta sexual explora características y actividades realizadas en el ejercicio de la sexualidad que permite evaluar y determinar un estado de salud sexual, definido por Lottes²⁷ como elemento vital para el bienestar humano que implica la capacidad de gozar relaciones sexuales informadas, seguras, voluntarias y placenteras que permita favorecer la relación personal e interpersonal a través de la comunicación y el respeto promoviendo una sexualidad libre de riesgos respecto a situaciones de violencia o coerción sexual, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

El primer objetivo específico del presente estudio fue identificar las características sociodemográficas de la población estudiada que evidencian el grupo de mujeres jóvenes de 18 a 24 años como representativo (34.5%) en el total de la muestra, asemejándose al resultado obtenido por Deleon et al.²⁴ (Brasil) en su grupo de féminas de 18 a 23 años siendo mayoritario en su estudio. El estado civil conviviente se presentó en gran parte de la muestra estudiada (67.6%) tal como indica Zavala e Inga¹⁷ (2021) al obtener el mismo resultado.

En cuanto al nivel de instrucción, Pernaz y Cárcamo²⁸ subrayan la importancia del mismo para la conducta sexual, manifestando que, un mejor nivel socioeconómico y de escolaridad es contrastable con mejores conocimientos, actitudes y prácticas

sexuales adecuadas y reportando una relación existente entre las creencias negativas sobre la sexualidad y un nivel socioeconómico inferior, dado que fue encontrado en su grupo de mujeres peruanas entre 15 a 49 años. Asimismo, la presente investigación resaltó el 40.8% en el grado de secundaria completa que coincide con Pasco et al.¹⁶ encontrando con mayor frecuencia el mismo nivel de estudios (47,3%) en su población femenina de estudio.

Asimismo, Urzúa y Zuñiga⁷ expresan el nivel educativo como factor fundamental en la condición de vulnerabilidad femenina, dado que las mujeres con mayor grado de instrucción y acceso a información presentan menor riesgo sexual a diferencia de las mujeres encargadas de las actividades domésticas a tiempo completo que evidencian un empleo ausente del preservativo en sus relaciones sexuales por la falta de información adecuada y una baja percepción del riesgo de infección de transmisión sexual, esto podría ser contrarrestado en las participantes del presente estudio que manifestaron un mayor nivel de instrucción (superior completo) encontrado en segundo lugar (25.4%).

Respecto a las características de comportamiento sexual, destacaron las edades de 12 a 16 (45.1%) y 17 a 21 años (47.9%) para el inicio de relaciones sexuales, sugiriendo que el inicio tardío (22 a 26 años) es inusual en la población debido a su poca frecuencia (7%). Estas cifras son coincidentes con los resultados de Cuadra et al.¹⁹ estableciendo el primer vínculo sexual antes de los 20 años en el 68,1% de su población.

En relación al número total de parejas sexuales, fue expresado la cantidad de 2 parejas con mayor frecuencia (36.6%) a lo largo de la vida de la mujer, de igual manera, Abril et al.²¹ (2018) hizo referencia al mismo número de parejas sexuales.

Además, mayores cantidades de parejas se encontraron con menor frecuencia indicando que las múltiples parejas sexuales no supondría un riesgo presentado en la población estudiada, a diferencia de Pacompia y Rocha¹⁸ que evidenció frecuentemente esta conducta sexual de riesgo y la falta de protección en los encuentros sexuales.

En cuestión a la iniciativa en las relaciones sexuales deseadas, segundo objetivo específico del estudio, se evidenció el nivel bajo con mayor porcentaje (20.4%) en comparación con otros niveles bajos de las dimensiones de la escala de asertividad sexual, el 66.9% de la muestra está ubicado en un nivel medio reflejando una posición neutra que es resultado de la conducta asertiva en algunas situaciones así como en su falta de asertividad en otros escenarios de un contexto sexual especificados en el instrumento evaluador del constructo de asertividad sexual⁴ que, en esta dimensión permite enfatizar en la capacidad de inicio deseado de la actividad sexual, siendo vinculado a otro componente de la sexualidad como la función y respuesta sexual (deseo y satisfacción sexual)^{29,29,31}. El ítem que refiere mayor asertividad sexual en los resultados de la tabla 2 fue “Inicio las relaciones con mi pareja cuando lo deseo” indicando situaciones donde mayormente ocurre de esta manera. Y también en los ítems que refieren la espera de la mujer para que su pareja inicie el acercamiento sexual a través de caricias o el tocamiento de genitales, indicando en los resultados un peso inverso que denota cierta disposición de la mujer para tomar iniciativa en estos escenarios. De igual modo, Patiño y León²² reportó resultados favorables en los mismos ítems, mostrando contrariedad a lo señalado por Rickert et al.⁹ sobre la percepción de las mujeres por su poca disposición para expresar deseo sexual o tomar decisiones durante el ejercicio de su vida sexual. Por otra parte, Pérez y Orengo³⁰ han reportado mayor iniciativa en

cuestiones de carácter sexual en población masculina, percibiéndose un sentido de permisividad sobre su sexualidad dado que es alentada socialmente para informar mayor cantidad de parejas y relaciones sexuales casuales, situaciones que serían mal percibidas en las mujeres. Por lo tanto, es entendible que población femenina no muestre mucha iniciativa en ciertos aspectos de su vida sexual dado que el presente estudio indicó solo un 12.7% de mujeres con asertividad sexual de inicio deseado de relaciones sexuales, siendo el nivel alto con menor porcentaje reportado de todas las dimensiones de la escala utilizada.

Lo mencionado anteriormente se ve reflejado en aquellos ítems como “Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo” y “Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo” que fueron observados con menor puntuación, de esta manera se percibe la notoriedad de ambos porque refleja una baja asertividad sexual femenina para solicitar a la pareja el tocamiento de sus genitales o la estimulación oral de los mismos cuando lo desea, esto también fue manifestado por Patiño y León²² al indicar cifras desfavorables en estos ítems de estudio. Aquello podría deberse a un desinterés por esas prácticas sexuales, la falta de seguridad o vergüenza a solicitarlo o porque no perciben la necesidad de indicarlo dado que su pareja lo hace antes de que ellas lo soliciten. Estos resultados podrían encontrar una causalidad en lo expuesto por Zavala e Inga¹⁷ en su población de féminas que describen con frecuencia (65,6%) un comportamiento pasivo para su género en la iniciativa y poder de decisión en el contexto sexual estando a disposición de la propuesta de su pareja, donde no pueden afirmar su interés sexual o afianzar su capacidad para rechazar relaciones sexuales que no desean debido a la presencia de tabúes morales y religiosos

entorno a la sexualidad que influyen de manera negativa en el derecho para tomar decisiones en cuestiones sexuales.

Respecto al tercer objetivo específico del estudio, las mujeres encuestadas en su mayoría reportaron un nivel medio (58.5%) y además, se pudo evidenciar el nivel alto (40.8%) con mayor porcentaje y un nivel bajo (0.7%) en menor cantidad en comparación con otras dimensiones de la escala utilizada que refleja en las mujeres estudiadas una mejor asertividad sexual para la capacidad de rechazar actividades sexuales no deseadas, encontrando resultados sobresalientes para los ítems que expresan una conducta asertiva para negarse a realizar acciones como besar o incluso estimular los genitales de su pareja si no lo desean, aun cuando se sientan presionadas. Igualmente, Patiño y León²² en su población ecuatoriana refirió mejores puntuaciones en esta dimensión, específicamente, en estos ítems y en el número 10 que refiere no tener actividad sexual si la mujer no lo desea, aunque su pareja si quiera tener intimidad, observado también en la presente investigación.

Más bien, cuando se consultó a la mujer por las caricias no deseadas e insistentes de la pareja (ítem 9) o el tocamiento indeseado de los genitales femeninos incluso bajo presión (ítem 11) fue evidenciado una baja disposición para negarse dado que ceden al contacto ejercido por su pareja en esas situaciones. Esto asumiría que la mujer no es renuente cuando se trata del contacto físico (caricias y tocamientos en genitales) que no desea en su cuerpo, pero sí lo es al tratarse de un contacto más explícito como los besos o la estimulación oral, siendo coincidente con Patiño y León²² al encontrar una tendencia disminuida para su ítem 9 y diferente para el ítem 11 que obtuvo mejores resultados.

A su vez, en la afirmación “Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste” se observó un puntaje reducido (ítem 12) que, al ser contrastado con el resultado del ítem 10 se interpreta que las participantes no tendrían intimidad si no desean, pero si su pareja es insistente no se negarían a tener relaciones sexuales colocando en segundo lugar el placer sexual femenino y priorizando el de su pareja. De modo similar lo expresa el trabajo de Zavala e Inga¹⁷ acerca de la representación de la sexualidad, en vista de que su población femenina otorgaba a la pareja la facultad del control de su cuerpo, poniendo en primer lugar el placer sexual masculino, además de encontrar en ellas, la creencia de que la sexualidad solo tiene fines reproductivos (85,2%). Y es que en entornos vulnerables, caracterizados por la presencia de factores socioculturales como la dependencia socioeconómica de la mujer y el poder del hombre ejercido en la relación, pueden ocasionar dificultades al momento de rechazar actividades sexuales, sin mencionar el estereotipo de que la mujer debe estar dispuesta sexualmente y mostrar un comportamiento sumiso para las prácticas sexuales impuestas por su pareja, o incluso resultando en situaciones coercitivas si la mujer no deseara tener actividad sexual o si quisiera tomar el control de alguna situación de índole sexual, es así que la negociación de conductas sexuales seguras y la toma de decisiones en un contexto sexual se encuentran limitados y determinando la exposición de riesgo frente al contagio de ITS⁶.

Cabe señalar que, un estudio realizado en Estados Unidos sobre victimización y coerción sexual, definida por O´ Sullivan³¹ como la presión que ejerce una persona sobre otra con el fin de hacerla partícipe de una actividad sexual que no ha consentido, ha evidenciado el factor protector³² que representa la asertividad sexual en este tipo de situaciones resaltando la importancia de comprender el papel de

este constructo en población femenina que permita intervenir efectivamente para evitar situaciones sexuales coercitivas en la población estudiada.

En relación al cuarto objetivo específico acerca de la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual haciendo énfasis en la decisión del uso de preservativo para tales fines, las participantes (64.1%) reportaron un nivel medio de asertividad sexual para la decisión del uso de este método de barrera, indicando una postura neutra al igual que las otras dimensiones. De este modo se pudo observar la presencia de ítems donde la mujer presenta una conducta sexual más asertiva en ciertas situaciones descritas en cada dimensión respectiva, mientras que otros ítems producen resultados menos favorables que moderan el puntaje final de cada dimensión colocándolo en un nivel medio. Asimismo, Patiño y León²² obtuvieron buenas puntuaciones en su grupo femenino, en los apartados 13 y 14, pero no en el número 15. Esto es semejante a los mismos ítems de la presente investigación que reflejan un mejor puntaje al referir una conducta asertiva cuando la mujer prefiere utilizar preservativo y evitando relaciones sexuales que no contemplan su uso, aun cuando la pareja no guste usarlos o cuando es insistente en tener intimidad sin preservativo. También en el apartado 15, dado que no se aseguran de usar preservativo durante las relaciones sexuales con su pareja lo que coincide con los valores disminuidos de los autores mencionados inicialmente. A todo esto, es importante mencionar el factor socioeconómico presente en el estudio que, según Grimberg³³ coloca a la mujer en una posición de desventaja al momento de negociar el uso de preservativo con su pareja debido a su dependencia socioeconómica e implicancia de las cuestiones y diferencias de género en las relaciones que evidencia la reducción del uso de este método de barrera.

Además, es importante tener en cuenta el momento en que ocurre esa falta de protección, por ejemplo, Bermúdez et al.¹ en su población de universitarios cusqueños, indicó un mayor porcentaje para la ausencia del preservativo en el sexo oral (82,6%), 69,1% en el sexo anal y por último 54,4% en el sexo vaginal, deduciendo que el uso de preservativo se considera mayormente durante el coito vaginal por el riesgo de embarazos, siendo diferente para el sexo anal u oral donde no es posible, además de percibir cierta seguridad de no contraer infecciones en estas prácticas sexuales y reportando conductas de riesgo sexual más marcadas en varones lo que acrecentaría la situación de vulnerabilidad para la adquisición de ITS en población femenina. De modo similar, es manifestado por Pacompia y Rocha¹⁸ al encontrar comportamientos sexuales riesgosos como la falta de realización de pruebas para detectar ITS, los encuentros sexuales casuales y sin medidas de prevención tanto en hombres como en mujeres.

En la presente investigación se observó mejor asertividad sexual para eludir encuentros sexuales sin protección cuando la pareja desea tener intimidad sin preservativo. Por el contrario, los dos últimos ítems fueron evidenciados con baja asertividad para insistir en el uso condón cuando su pareja no prefiera utilizarlos y ellas si quieren usarlo, o para negarse a tener intimidad si la pareja no quiere usar el preservativo. Lo señalado previamente indicaría la falta de un comportamiento preventivo en escenarios donde la mujer deba asegurarse, insistir o incluso negarse a tener intimidad si no hay uso de preservativo. Esto es contradictorio a lo expresado por Palacios y Ortego²⁰ demostrando en su grupo femenino de estudio la habilidad para negociar el uso de este método y rechazando los encuentros sexuales sin protección. Sin embargo, también mencionaron que la decisión de usar

condón finalmente es determinada a lo que diga la pareja durante la actividad sexual.

Por su parte, Lalangui y Soliz²³ observaron en su población de mujeres solteras de 18 a 25 años, una cantidad muy pequeña (0.7%) con conducta asertiva para el uso de preservativo y mayor asertividad en la iniciativa de actividad sexual deseada, entendiendo que el estado civil de soltera posee un carácter asertivo para iniciar de forma deseada sus encuentros sexuales y expresando lo contrario para la decisión del uso del condón, debiendo ser contundente al momento de solicitar y usar preservativo dada la falta de estabilidad de sus parejas sexuales.

A todo esto, conviene resaltar la importancia de determinar estos hallazgos en un estudio definido para mujeres según estado civil que nos permita observar la presencia o no de conductas asertivas y también en población que no sea ajena al tema como los estudiantes en carreras de salud. Por un lado, Deleon et al.²⁴ (Brasil) en su estudio aplicado en educandos del área médica, manifestaba la ausencia de preservativo (60,7%) en los encuentros sexuales, alegando una relación estable en la mayoría de los participantes (58,53%). Además, al indagar acerca del preservativo femenino en las mujeres (97,98%) manifestaron nunca haber usado el mismo²⁴. Esto daría mayor responsabilidad al hombre, otorgándole la decisión final del uso de preservativo como medida protectora, tal como indica Palacios y Ortego²⁰, porque la falta de conocimiento y uso de un método de barrera que no dependa de la mujer evita disponer libremente de su uso y limita la toma de sus decisiones. Lo mencionado previamente se asemeja con lo expresado por Abril et al.²¹ dado que las mujeres (69,3%) mencionaban que su pareja fue el que llevaba preservativo en su último encuentro sexual. No obstante, esto no garantiza su uso durante la relación sexual debido a las dificultades para emplearlo, los estereotipos

entorno al género y la pérdida de placer sexual afirmada por varones al hacer uso del condón. Asimismo, las féminas de su estudio reportaron la negativa de la pareja para usarlo, así como la vergüenza femenina de adquirir preservativos y en varones fue presentado la falta de riesgo percibido para la transmisión de ITS y/o VIH.

En Latinoamérica, las estructuras y concepciones culturales tradicionales sobre el género obstruyen la comunicación en las parejas para adoptar conductas sexuales seguras puesto que, la visión “machista” de la sociedad actúa como un patrón social en la población masculina que establece la sexualidad femenina como más conservadora⁶ generando una valoración negativa de la conducta sexual de las mujeres cuando no son acorde al rol de género tradicional. Por lo tanto, la relación sexual podría ocurrir en un ambiente persuadido por la subordinación y dominancia donde el poder de negociación en las parejas y una limitada asertividad sexual de la mujer es un determinante para afianzar conductas sexuales saludables que incluyen el uso de preservativo¹Error! No se encuentra el origen de la referencia.. Asimismo, Pasco et al.¹⁶ al consultar el uso de condón en el encuentro sexual más reciente, subrayó en su población femenina la falta de uso aun cuando refirieron el preservativo como método para evitar la transmisión del VIH, dando a entender que, en la práctica sexual esta medida preventiva no se realiza habitualmente. Abril et al.²¹ también lo demuestra al encontrar un menor uso del condón durante la última relación sexual y que solo el 1,4% de mujeres lo utilizó porque consideraba su protección contra ITS y VIH, lo que indicaría una minoría en las que consideran y cumplen esta medida preventiva en sus encuentros sexuales.

Por consiguiente, la relevancia de la asertividad sexual es notable dado que actúa como un mediador de la respuesta y funcionamiento sexual de la persona relacionado positivamente con el deseo, excitabilidad sexual y una mayor

experiencia de orgasmos, incluso como predictor de la satisfacción sexual según lo expresado por Hurlbert³⁴ y reforzado por Haavio-Mannila y Kontula²⁹ en sus respectivos estudios. Además de reducir la exposición a situaciones de coerción sexual y victimización (asociada a la capacidad de rechazo de relaciones sexuales) y a situaciones de riesgo sexual asumiendo un papel protector en dichos casos y al mismo tiempo, generando conductas responsables que previenen y evitan los riesgos de exposición a ITS, incluido el VIH, o embarazos no planificados (utilización de barreras de protección sexual para evitar embarazos e ITS incluido el VIH)³⁵, siendo reportado por Uribe et al.³⁶ dada la relación positiva entre la capacidad de ser asertiva sexualmente y la utilización de preservativos en mujeres actuando como un facilitador en el empleo de este método de barrera.

Cabe señalar que, cuando hablamos de asertividad en un contexto sexual debe ser diferenciada de asertividad general o social porque aquellas personas que se muestran asertivas socialmente no lo son necesariamente en un contexto sexual y así lo demuestra Chávez y Garrido³⁷ al identificar la presencia de ambos tipos de asertividad en universitarios de Lima Metropolitana, sin encontrar un vínculo significativo entre ambas variables. Por lo tanto, se entiende que el desarrollo de asertividad es diferente en cada ámbito y debe abordarse de forma separada.

Los programas de intervención para el entrenamiento de conductas basadas en asertividad sexual en mujeres han generado una disminución en el número de conductas sexuales de riesgo como el contacto sexual desprotegido³⁸ debido a que promueve la insistencia de uso de preservativo y aumenta la utilización del mismo durante las relaciones sexuales; la aplicación de este principio, según lo observado en los resultados, podría fortalecer la seguridad y confianza de las mujeres en el presente estudio para asegurar o insistir el uso del preservativo e incluso negarse

a la actividad sexual cuando la pareja no quiera hacer uso de este método de barrera. Asimismo, Weinstein et al.³⁹ relacionan positivamente la asertividad sexual en féminas con un mejor desenvolvimiento respecto a los conocimientos sobre anticoncepción y la aceptación del uso de preservativo como medida preventiva para las ITS y el VIH/SIDA. Por ello, las estrategias o intervenciones enfocadas en la promoción del uso del preservativo también deben considerar y centrarse en desarrollar conductas asertivas en el ámbito sexual con la pareja, específicamente durante los encuentros sexuales^{40,41}.

Por otra parte, el conocimiento del “uso del condón” por parte de las mujeres como prevención para el contagio VIH se encuentra representado por un 79,6% según ENDES en el año 2018 y el 11.1% de las mujeres que han escuchado temas referentes al VIH/SIDA utilizó esta barrera de protección en el último mes¹¹, esto evidencia una baja adherencia para hacer uso del mismo en población peruana. Asimismo, ONUSIDA⁴² ha subrayado la producción de cambios en la condición de una mujer vulnerable, aquella con un reducido control acerca del riesgo sexual, debiendo trabajar en su autonomía en aspectos sobre su salud y permitiendo un mejor acceso educativo a la información en salud para desarrollar capacidades en este grupo vulnerable y la disposición de centros de asistencia sanitaria para un acceso oportuno y apropiado a los servicios preventivos de ITS y VIH, promoviendo opciones de protección sexual que dependan de la mujer como el preservativo femenino.

En definitiva, la importancia que representa el constructo de asertividad sexual es evidenciada como elemento central de la sexualidad humana para promover una vida sexual saludable. En el Perú, estudios basados en este tema han sido abordados en estudiantes universitarios y la revisión de las Guías Nacionales de

Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva⁴³ menciona el término asertividad referida como habilidad social y no enfocada directamente en el ámbito sexual. Por lo tanto, los hallazgos encontrados en esta investigación permiten observar la vulnerabilidad de la mujer durante el ejercicio de su sexualidad que afectan significativamente la calidad de vida. De esta manera, se aportan conocimientos que revelan la importancia de la variable estudiada como una forma de valorar y predecir el riesgo sexual en población femenina, siendo oportuno para reestructurar estrategias o desarrollar programas e intervenciones para el abordaje preventivo de las problemáticas que afectan la salud sexual de la mujer, que es de especial interés para los profesionales encargados de la salud sexual y reproductiva de la población.

V. CONCLUSIONES

La presente investigación obtuvo las conclusiones descritas a continuación:

- La población de estudio en el consultorio de planificación familiar estuvo representada por mujeres adultas jóvenes en estado civil de convivencia y con niveles de instrucción de secundaria completa. Respecto al comportamiento sexual, el inicio temprano de relaciones sexuales es evidenciado durante la etapa de la adolescencia y el número de parejas sexuales predominante fue de 2.
- Las mujeres encuestadas obtuvieron un nivel medio de asertividad sexual para iniciativa para las relaciones sexuales deseadas, representado por el 66.9%. Asimismo, se evidenciaron puntuaciones poco favorables que demostraron baja asertividad para indicar explícitamente a la pareja el tocamiento o estimulación oral de sus genitales femeninos.
- Las participantes evidenciaron un nivel medio de asertividad sexual para el rechazo de actividad sexual no deseada, representado por el 58.5% de la muestra. El rechazo de la actividad sexual no deseada presentó puntajes apropiados para aspectos no deseados que dependen de la acción femenina (como besar, estimular los genitales oralmente o tener intimidad), pero en presencia del carácter insistente de su pareja (para recibir caricias en el cuerpo o en los genitales femeninos) ceden ante la acción del mismo para tener relaciones que no desean.

- Las mujeres estudiadas evidenciaron un nivel medio de asertividad sexual para la decisión del uso del anticonceptivo de barrera es inadecuado para la prevención de embarazo y de ITS en las relaciones sexuales de nuestras encuestadas, representado por el 64.1%. A pesar de que refirieron no tener relaciones sexuales sin preservativo cuando ellas desean usar este método (cuando su pareja no desea, no quiere o insista en tener intimidad sin preservativo), no se aseguran en usar este método, no insisten en su uso (aunque en primera instancia si prefieran hacerlo) y tampoco se niegan rotundamente a tener estos encuentros sexuales sin protección.

VI. RECOMENDACIONES

A las instituciones encargadas de velar por los derechos de la mujer:

- Promover estrategias y programas sociales enfocadas en mejorar y fortalecer los derechos sexuales de mujeres, más aún en situación de vulnerabilidad, que aborden temas sobre los límites sexuales y comunicación en la relación con la pareja.

A los profesionales de la Salud del Hospital Sergio E. Bernales:

- Continuar y reforzar las actividades educativo-preventivas con el propósito de retrasar la edad del inicio de relaciones sexuales durante la adolescencia, observado en la población de estudio, para disminuir el riesgo de exposición y la prevalencia del embarazo en la adolescencia.

Al profesional de Obstetricia encargado del consultorio de planificación familiar del hospital en mención:

- Realizar talleres que introduzcan la importancia de implementar asertividad sexual en la vida y lograr promover un papel activo en el desarrollo de la vida sexual femenina para proteger la salud sexual y fomentar su autonomía sexual, además de mejorar la calidad en la atención y consejería actividades didácticas de promoción del preservativo para mejorar su capacidad asertiva en la toma de decisiones para la autoprotección sexual respecto a infecciones de transmisión sexual y, especialmente en promover el uso del

preservativo femenino procurando una adecuada aceptación y adherencia para su uso respectivo.

A los profesionales de Obstetricia:

- Profundizar en aspectos conductuales de la vida sexual de cada mujer, durante las atenciones realizadas siempre en ambientes privados, procurando una comunicación libre de tabúes para obtener un panorama más amplio que permita identificar la presencia de algún riesgo sexual y brindar una orientación y consejería adaptada e individualizada, además de adquirir información sobre la postura de la mujer respecto al uso de preservativo y aclarando interrogantes sobre los riesgos de su falta de utilización, con la finalidad de promover la autonomía sexual femenina. Asimismo, optar por un manejo conjunto con el área de psicología para un mejor abordaje del trasfondo de actitudes y conductas de la mujer que presente ciertos riesgos en el ejercicio de su vida sexual.

A la comunidad de investigadores con especial interés en esta línea de investigación:

- Continuar realizando investigaciones y/o propuestas en grupo poblacionales diferentes, en establecimientos sanitarios y en instituciones educativas a nivel nacional, tomando una muestra más grande de participantes, para aplicar e indagar las dimensiones de la Escala de Asertividad Sexual con el fin de plantear opciones educativas que fortalezcan esta capacidad en mujeres y promuevan la salud sexual femenina en el país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Documento Técnico: Promoción de la salud sexual Recomendaciones para la acción [Internet]. Guatemala: OPS; 2000 [citado 5 de mayo de 2023]. Disponible de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51672/ReunionSaludSexual2000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2019. Salud Sexual; 27 de agosto 2019 [citado 5 de mayo de 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
3. Gaeta L, Galvanovskis A. Asertividad: Un Análisis Teórico-Empírico. Enseñanza e Investigación en Psicología [Internet]. 2009 [citado 18 de mayo de 2023]; 14 (2): 403-425. Disponible de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992013>
4. Morokoff PJ, Quina K, Harlow LL, Whitmire L, Grimley DM, Gibson PR, Burkholder GJ. Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: development and validation. J Pers Soc Psychol [Internet]. 1997 [citado 5 de mayo de 2023]; 73 (4): 790-804. Disponible de: doi: 10.1037//0022-3514.73.4.790

5. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P. Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología* [Internet]. 2011 [citado 5 de mayo de 2023]; 27 (1): 17-26. Disponible de: https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/32233/Sierra_SexualAssertivenessScale.pdf?sequence=1
6. Martínez JA, Bolívar Y, Rey CA, Ramírez LC, Lizarazo AM, Yanez LY. Esquemas Tradicionales de Roles Sexuales de Género, Poder en las Relaciones y Violencia en el Noviazgo. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* [Internet]. 2021 [citado 6 de mayo de 2023]; 12 (1): 1-16. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.23923/j.rips.2021.01.041>
7. Urzúa A, Zuñiga P. Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado 6 de mayo de 2023]; 42 (5): 822-9. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000050>
8. Uribe JI, Bahamón MJ, Reyes L, Trejos AM, Alarcón Y. Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta.colomb.psicol* [Internet]. 2017 [citado 8 de mayo de 2023]; 20 (1): 203-211. Disponible de: <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/1079/1232>
9. Rickert V, Sanghvi R, Wiemann C. Is Lack of Sexual Assertiveness among Adolescent and Young Adult Women a Cause for Concern? Perspectives on Sexual and Reproductive Health. *JSTOR* [Internet]. 2002 [citado 8 de mayo de 2023]; 34 (4): 178-183. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.2307/3097727>

10. ONUSIDA [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; c2015. Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado; 7 de julio 2015 [citado 9 de mayo de 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention
11. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Capítulo 11: Conocimiento de VIH e ITS [Internet]. Perú: INEI – ENDES; 2018 [citado 9 de mayo de 2023]. Disponible de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap011.pdf
12. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, DC: OPS; c2020. Infecciones de Transmisión Sexual; agosto 2020 [citado 10 de mayo de 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual>
13. ONUSIDA. Hoja informativa – Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia del VIH/SIDA [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2021 [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
14. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades: Situación epidemiológica del VIH-sida en el Perú [Internet]. Perú: MINSA; 2023 [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible de: https://www.dge.gob.pe/vih/uploads/nacional_vih.html

15. Bermúdez PM, Ramiro MT, Teva I, Ramiro T y Buela G. Conducta sexual y realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes que estudian en la universidad en Cuzco (Perú). Gac Sanit [Internet]. 2018 [citado 15 de mayo de 2023]; 32 (3): 223-229. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.002>
16. Pasco CV, Puestas PR, Díaz C. Análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas de la población peruana femenina sobre el VIH-SIDA según encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2013- 2017. Rev Cuerpo Med HNAAA [Internet]. 2020 [citado 15 de mayo de 2023]; 13 (3): 228-37. Disponible de: doi: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.133.729>
17. Zavala ST, Inga E. Representaciones y prácticas sobre sexualidad en mujeres de los comités de vaso de leche, distrito de Chilca [tesis de licenciatura en Internet]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú, 2021 [citado 17 de mayo de 2023]. 140 p. Disponible de: https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/7990/T010_45511855_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Pacompia M, Rocha N. Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios [tesis de licenciatura en Internet]. Puno: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú, 2022 [citado 17 de mayo de 2023]. 75 p. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.35622/inudi.b.009>
19. Cuadra M, Solano ME, Paz ES, Izquierdo MI, Córdova FJ, Tapia CD, et al. Nivel de conocimientos y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de Trujillo. Rev Invest Científica [Internet]. 2022

- [citado 18 de mayo de 2023]; 4 (1). Disponible de:
<https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/REDIES/article/view/4418>
20. Palacios JR, Ortego N. Diferencias en los estilos de negociación sexual y autoeficacia en el uso del condón en hombres y mujeres universitarios de Querétaro, México, 2018. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [citado 18 de mayo de 2023]; 71 (1): 9-20. Disponible de: doi:
<https://doi.org/10.18597/rcog.3327>
21. Abril E, Román R, Cubillas MJ, Domínguez SE. Creencias sobre el uso del condón en una población universitaria. Ciencia ergo-sum [Internet]. 2018 [citado 19 de mayo de 2023]; 25 (3). Disponible de: doi:
<https://doi.org/10.30878/ces.v25n3a5>
22. Patiño TL, León DC. Niveles de Asertividad sexual en estudiantes universitarios de la ciudad de Cuenca [tesis de licenciatura en Internet]. Ecuador: Universidad de Cuenca, 2018 [citado 19 de mayo de 2023]. 31 p. Disponible de:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29854/3/Trabajo%20de%20Titulacion.pdf>
23. Lalangui PA, Soliz JM. Asertividad sexual en adultos emergentes de la zona rural buenos aires del cantón cuenca en el período 2019 – 2020 [tesis de licenciatura en Internet]. Ecuador: Universidad de Cuenca, 2020 [citado 20 de mayo de 2023]. 46 p. Disponible de:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34620/1/TRABAJO%20DE%20TITULACION.pdf>
24. Deleon L, Passos C, Spindola T, Costa ER, Nepomuceno NL, Vieira CV. Prevención de infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes e

- importancia de la educación sanitaria. *Enferm Glob* [Internet]. 2022 [citado 20 de mayo 2023]; 21 (1): 74–115. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.481541>
25. Ministerio de Salud. Documento técnico: Plan operativo institucional anual 2023. Lima: MINSA; 2022. Resolución Directoral N° 295-2022-SA-DG-HNSEB.
26. Montañez JR, Palma AY. Propuesta para la elaboración de Baremos de un instrumento en trabajos de Investigación. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2023 [citado 25 de enero 2023]; 7(6): 7418-7436. Disponible de: [https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9284/13804#:~:text=\(2018\)%20definen%20que%20el%20baremo,23](https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9284/13804#:~:text=(2018)%20definen%20que%20el%20baremo,23)
27. Lottes I, Kontula O. *New Perspectives on Sexual Health* [Internet]. Helsinki: The Population Research Institute; 2000 [citado 21 de mayo de 2023]. 7-28 p. Disponible de: https://www.researchgate.net/publication/275274732_New_Perspectives_on_Sexual_Health
28. Pernaz G, Cárcamo C. Conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la infección por VIH/SIDA. *Rev Perú Med. Exp. Salud Pública* [Internet] 2015 [citado 21 de mayo de 2023]; 32 (4). Disponible de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000400006&script=sci_arttext&tlng=en
29. Haavio-Mannila E, Kontula O. Correlates of increased sexual satisfaction. *Arch Sex Behav* [Internet] 1997 [citado 19 de mayo de 2023]; 26 (4): 399-419. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1023/A:1024591318836>

30. Pérez D, Orengo R. Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas. Rev Puertorriquena Psicol [Internet] 2012 [citado 21 de mayo de 2023]; 23 (2): 48-61. Disponible de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3932546/>
31. O'Sullivan LF. Sexual coercion in dating relationships: Conceptual and methodological issues. Sexual and Relationship Therapy [Internet] 2005 [citado 20 de mayo de 2023]; 20 (1): 3-11. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1080/14681990500037246>
32. Macy RJ, Nurius PS, Norris J. Responding in their best interests: Contextualizing women's coping with acquaintance sexual aggression. Violence Against Women [Internet] 2006 [citado 22 de mayo de 2023]; 12 (5): 478-500. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1177/1077801206288104>
33. Grimberg M. "Saber de SIDA" y cuidado sexual en mujeres jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires. Apuntes para la definición de políticas de prevención. Cad. Saúde Pública [Internet] 2001 [citado 21 de mayo de 2023]; 17 (3). Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000300004>
34. Hurlbert DF. The role of assertiveness in female sexuality: a comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. J Sex Marital Ther [Internet] 1991 [citado 19 de mayo de 2023]; 17 (3): 183-90. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1080/00926239108404342>
35. Ruiz CL, Onofre DJ. Subestructuración teórica: Modelo de Conducta Sexual Asertiva en Migrantes. Index Enferm [Internet]. 2021 [citado 28 de mayo 2023]; 30 (1-2). Disponible de:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100019

36. Uribe Alvarado J. I, Andrade Palos P, Zacarías Salinas X, Betancourt Ocampo D. Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* [Internet] 2013 [citado 20 de mayo de 2023]; 15 (2): 75-92. Disponible de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80228344005>
37. Chávez Kanashiro M, Garrido Arévalo S. Asertividad Y Asertividad Sexual: Un Análisis de relación en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Rev. Perú. Obstet. Enferm* [Internet]. 2015 [citado 18 de mayo de 2023]; 11 (1). Disponible de: <https://portalrevistas.aulavirtualusmp.pe/index.php/rpoe/article/view/738>
38. Stoner SA, Norris J, George WH, Morrison DM, Zawacki T, Davis KC, Hessler DM. Women's condom use assertiveness and sexual risk-taking: effects of alcohol intoxication and adult victimization. *Addict Behav* [Internet] 2008 [citado 22 de mayo de 2023]; 33 (9): 1167-76. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.04.017>
39. Weinstein RB, Walsh JL, Ward LM. Testing a New Measure of Sexual Health Knowledge and Its Connections to Students' Sex Education, Communication, Confidence, and Condom Use. *International Journal of Sexual Health* [Internet] 2008 [citado 22 de mayo de 2023]; 20 (3): 212-221. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1080/19317610802240279>
40. Uribe Alvarado J. I, Aguilar Villalobos J, Zacarías Salinas X, Aguilar Casis A. Modelos Explicativos del Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de Adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica* [Internet] 2015 [citado 21

- de mayo de 2023]; 5 (1): 1904-1915. Disponible de: https://www.researchgate.net/publication/276921362_Modelos_Explicativos_del_Uso_del_Condon_en_las_Relaciones_Sexuales_de_Adolescentes_Urbe_A_JI_Aguilar_Villalobos_J_Zacarias-Salinas_X_Aguilar_C_A_pp_1904-1915_de_la_pagina_98_a_la_109_del_pdf
41. Uribe Alvarado J. I, Andrade Palos P, Zacarías Salinas X, Betancourt Ocampo D. Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* [Internet] 2013 [citado 20 de mayo de 2023]; 15 (2): 75-92. Disponible de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80228344005>
42. Suiza. ONUSIDA. Las mujeres y el SIDA: Punto de vista del ONUSIDA [Internet]. Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas: Punto de vista (1997 Oct) [citado 27 de mayo de 2023]. Disponible de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/women-pov_es_0.pdf
43. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Lima: MINSA; 2004 [citado 21 de mayo de 2019]. Disponible de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf

VII. ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO

CONDUCTA SEXUAL DE MUJERES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2023

Fecha:

Datos generales:

- Edad: _____
- Estado Civil: - Soltera () - Conviviente () - Casada ()
- Divorciada () - Viuda ()
- Grado de instrucción: - Primaria: Completa () Incompleta ()
- Secundaria: Completa () Incompleta ()
- Superior: Completa () Incompleta ()
- Edad de inicio de relaciones sexuales: _____
- Número de parejas sexuales: _____

ESCALA DE ASERTIVIDAD SEXUAL (SAS)

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

0 = Nunca

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

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

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

4 = Siempre

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

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

El presente estudio tiene como objetivo conocer la conducta sexual de las mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Si usted decide participar de manera voluntaria en esta investigación, se le pedirá responder un formulario que incluyen preguntas sobre situaciones específicas relacionadas a su vida sexual. La información que usted brinde al estudio será estrictamente confidencial y no será usada para otros fines ajenos a la presente investigación, su privacidad y anonimato será respetada en todo momento.

Si tuviera alguna duda sobre este estudio, puede hacer las preguntas que usted crea necesarias. Asimismo, debe tener presente que su participación en la investigación puede ser retirada en cualquier momento si usted así lo decide, sin perjuicio alguno. Si siente incomodidad frente a alguna pregunta puede expresárselo a la persona responsable del estudio y reservar su respuesta.

El resultado de esta investigación tendrá beneficios para usted y para el personal de salud encargado de su atención, dado que el conocimiento de la misma permitirá intervenir mejorando y fortaleciendo ciertos aspectos de su salud sexual.

Le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en la presente investigación. Declaro haber recibido información y tener la oportunidad de hacer preguntas y discutir sobre el estudio.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que los datos que yo brinde en la encuesta son estrictamente confidenciales y que solo serán usados para el propósito de esta investigación.

He sido informada que puedo retirar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este consentimiento e información del estudio cuando haya concluido.

Perú, ____ de _____ de 2023

Nombre del participante

DNI

Firma

ANEXO 3: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	VALOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Conducta sexual	Características de expresión y experimentación del individuo respecto a su sexualidad	Características sociodemográficas y de comportamiento sexual	Edad	- 18 a 24 - 25 a 29 - 30 a 34 - 35 a 39 - 40 a 44 - 45 a 49	Cuantitativa discreta	Formulario de recolección de datos
			Estado civil	- Soltera - Conviviente - Casada - Divorciada - Viuda	Cualitativa Nominal	
			Grado de instrucción	- Primaria completa - Primaria incompleta - Secundaria completa - Secundaria incompleta - Superior completo - Superior incompleto	Cualitativa Ordinal	
			Edad de inicio de relaciones sexuales	- 12 a 16 - 17 a 21 - 22 a 26	Cuantitativa discreta	
			Número de parejas sexuales	- 1 - 2 - 3 - 4 - 5 = 5 a 10	Cuantitativa discreta	
		Iniciativa de una actividad sexual de forma deseada	Nivel bajo	0 a 7	Cualitativa Ordinal	Escala de Asertividad sexual (SAS)
			Nivel medio	8 a 15	Cualitativa Ordinal	
			Nivel alto	16 a 24	Cualitativa Ordinal	
		Actividad sexual no deseada	Nivel bajo	0 a 7	Cualitativa Ordinal	Escala de Asertividad sexual (SAS)
			Nivel medio	8 a 15	Cualitativa Ordinal	
			Nivel alto	16 a 24	Cualitativa Ordinal	
		Decisión del uso de preservativo en las relaciones sexuales para la prevención de embarazo y de ITS	Nivel bajo	0 a 7	Cualitativa Ordinal	Escala de Asertividad sexual (SAS)
			Nivel medio	8 a 15	Cualitativa Ordinal	
			Nivel alto	16 a 24	Cualitativa Ordinal	

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE APLICÓ EL INSTRUMENTO



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.
BERNALES

N° 0071-2023

CONSTANCIA DE DECISIÓN ÉTICA

El Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernalles (CIEI-HNSEB) hace constar que el protocolo de investigación denominado: "Conducta sexual de mujeres atendidas en el consultorio de planificación familiar en el Hospital Nacional Sergio Emilio Bernalles 2023" fue **APROBADO** bajo la modalidad de **REVISIÓN EXPEDITA**.

Investigadora:

Keyla Pamira Leon Molina

El protocolo de investigación aprobado corresponde a la **versión 01** de fecha **16 de agosto de 2023**.

Para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de los lineamientos metodológicos y éticos en investigación, que incluye el balance beneficio/riesgo, confidencialidad de los datos y otros.

Las enmiendas en relación con los objetivos, metodología y aspectos éticos de la investigación deben ser solicitadas por el investigador principal al CIEI-HNSEB.

El protocolo de investigación aprobado tiene un período de vigencia de 12 meses; desde el 16 de agosto de 2023 hasta el 15 de agosto de 2024, y; de ser necesario, deberá solicitar la renovación con 30 días de anticipación.

De forma semestral, deberá enviarnos los informes de avance del estudio a partir de la presente aprobación y así como el informe de cierre una vez concluido el estudio.

Lima, 16 de agosto de 2023

MINISTERIO DE SALUD
HOSP. NAC. SERG. E. BERNALLES
YESSICA IRIS SALAZAR QUIRÓZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ
INSTITUCIONAL DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN

